



HAL
open science

Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin ?

Adeline Ricoup

► To cite this version:

Adeline Ricoup. Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01730724

HAL Id: dumas-01730724

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01730724v1>

Submitted on 13 Mar 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé

Année 2015-2016

N°

THESE D'EXERCICE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comment le médecin traitant peut-il améliorer
la participation des femmes
au dépistage du cancer du col de l'utérus
par le frottis cervico-utérin ?**

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2015

par

Adeline RICOUP

Née le 13 novembre 1986 à Caen (14)

Président
Membres du Jury

Monsieur le Professeur Christopher PAYAN
Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL
Madame le Professeur Pascale MARCORELLES
Madame le Docteur Edith POSTEC-OLLITRAULT
Madame le Docteur Françoise BOMMELAERE

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

**FACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

DOYENS HONORAIRES :

Professeur H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS ÉMÉRITES

CENAC Arnaud

Médecine interne

LEHN Pierre

Biologie Cellulaire

YOUINOU Pierre

Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE

COLLET Michel

Gynécologie - Obstétrique

MOTTIER Dominique

Thérapeutique

RICHE Christian

Pharmacologie fondamentale

SENECAIL Bernard

Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel

Réanimation Médicale

COCHENER - LAMARD Béatrice

Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique

Médecine & Santé au Travail

FEREC Claude

Génétique

JOUQUAN Jean

Médecine Interne

LEFEVRE Christian

Anatomie

OZIER Yves

Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

ROBASZKIEWICZ Michel

Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ÈRE} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DELARUE Jacques	Nutrition
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique ; brûlologie
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ÈME} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses, maladies tropicales
AUBRON Cécile	Réanimation ; médecine d'urgence
BEN SALEM Douraied	Radiologie & Imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HUET Olivier	Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale/Médecine d'urgences
LIPPERT Éric	Hématologie ; transfusion : option hématologie
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
MONTIER Tristan	Biologie Cellulaire
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie
STINDEL Éric	Biostatistiques, Informatique Médicale & technologies de communication

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - PRATICIEN LIBÉRAL

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS À MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - LRU

BORDRON Anne

Biochimie et Biologie moléculaire

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE HORS CLASSE

LE MEVEL Jean Claude

Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ÈRE CLASSE

ABGRAL Ronan

Biophysique et Médecine nucléaire

DELLUC Aurélien

Médecine interne

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HERY-ARNAUD Geneviève

Bactériologie – Virologie; Hygiène

HILLION Sophie

Immunologie

JAMIN Christophe

Immunologie

LE BERRE Rozenn

Maladies infectieuses-Maladies tropicales

LE GAC Gérald

Génétique

LE ROUX Pierre-Yves

Biophysique et Médecine nucléaire

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MIALON Philippe

Physiologie

MOREL Frédéric

Médecine & biologie du développement
& de la reproduction

PERSON Hervé

Anatomie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et Biologie Moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et Médecine nucléaire

VALLET Sophie

Bactériologie – Virologie ; Hygiène

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2ÈME CLASSE

BROCHARD Sylvain

Médecine Physique et Réadaptation

CORNEC Divi

Rhumatologie

LE GAL Solène

Parasitologie et Mycologie

PERRIN Aurore

Biologie et médecine du développement &
de la reproduction

TALAGAS Matthieu

Cytologie et histologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES

LE VEN Florent

Cardiologie

MAITRE DE CONFÉRENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier

Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉ MI-TEMPS

BARAIS Marie

Médecine Générale

CHIRON Benoît

Médecine Générale

NABBE Patrice

Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

FAYAD Hadi

Génie informatique, automatique et traitement
du signal

HAXAIRE Claudie

Sociologie - Démographie

KARCHER Brigitte

Psychologie clinique

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MORIN Vincent

Électronique et Informatique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A TEMPS COMPLET

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

AGRÉGÉS / CERTIFIÉS DU SECOND DEGRÉ

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

REMERCIEMENTS

Au Docteur Postec-Ollitrault, directrice de thèse, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, pour ces conseils et sa disponibilité.

Au Professeur Payan, président de jury, pour m'avoir soutenue et encouragée dans ce projet et pour son aide lors de la rédaction.

Au Docteur Bommelaere et au Docteur Foll de l'ADEC 29, pour m'avoir aidé à initier cette étude, pour leur aide dans l'élaboration des questionnaires et le temps qu'ils m'ont consacré.

Aux Professeurs Marcorelles et Merviel pour avoir accepté d'être membre du jury, et permettre l'aboutissement de ce travail.

A Mr Lancien, maître de conférences, pour son aide précieuse dans la rentrée des données et l'analyse statistique.

Au Docteur Bellot, qui m'a sensibilisée à cette thématique.

A tous les médecins qui ont participé à cette enquête, ainsi qu'aux praticiens qui m'ont accueillie lors du stage de Saspas et qui m'ont permis d'initier ce travail.

A Catherine, pour son amitié, et pour toutes ces heures passées à m'épauler.

A Aurélie, Anne-Sylvie et Tiphaine pour leur précieuse aide.

A Chan, Claire, et July pour leurs conseils linguistiques.

A Julia, pour les footings à des heures impromptues.

A Chloé, Emilie et Mathieu, pour leurs évasions.

A Alix, Elodie et Thomas, mes co-internes pour ces bons moments de stage.

A Hélène, Mathilde, Julie, Sacha, Katy, Juliane, Frédérique, Marie, Catha, Andrea, Esther, Lisa, Bill, Eduardo, Kian ... et à tous ceux que je n'ai pas pu citer.

ABREVIATIONS

ADEC : Association pour le DEpistage des Cancers

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

ANTD : Antécédents

ARS : Agence Régionale de Santé

CCU : Cancer invasif du Col de l'Utérus

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia

CnamTS : Caisse nationale d'assurance maladie des Travailleurs Salariés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EGB : Echantillon Généraliste Bénéficiaire

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

FRANCIM : France Cancer Incidence et Mortalité

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé (*anciennement ANAES*)

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

HCL : Hospices Civils de Lyon

HPV : Human Papilloma Virus

InVS : Institut de Veille Sanitaire

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé

IReSP : Institut de Recherche en Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSB : Observatoire Régional de la Santé Bretagne

SFSP : Société Française de Santé Publique

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

Tableau n° I : Caractéristiques des 18 cabinets ayant participé à notre étude.

Tableau n° II : Caractéristiques générales, informations relatives au FCU et relation avec leur médecin traitant pour les groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

Figures

Figure n°1 : Evolution de la mortalité liée au cancer du col de l'utérus entre 2000 et 2009 dans les pays de l'OCDE.

Figure n°2 : Evaluation de l'incidence et de la mortalité (taux standardisé monde) du cancer du col de l'utérus entre 1980 et 2012.

Figure n° 3 : Incidence et mortalité observées dans les régions sur la période 2008-2010 (pour l'incidence) et 2005-2009 (pour la mortalité).

Figure n°4 : Indices comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus selon les 21 pays de Bretagne : position par rapport à la moyenne nationale (IMC = 100) – Période 1991-1999.

Figure n°5 : Histoire naturelle histologique de l'infection à HPV.

Figure n°6 : Probabilité de régression, de persistance ou de progression des CIN.

Figure n°7 : Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005, France (taux bruts).

Figure n°8 : L'évolution de l'estimation du taux de couverture global du FCU dans la population cible de 1995 à 2010.

Figure n°9 : Taux de couverture du dépistage du FCU en France pour la période 2006-2008 : disparité inter départementale.

Figure n°10 : Estimations des taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans selon l'âge pour les quatre périodes glissantes de 3 ans entre 2006 et 2011 (données CnamTS).

Figure n°11 : Part de femmes sans frottis au cours des deux dernières années (avril 2013-mars2015).

Figure n°12 : Localisation des 18 cabinets au sein du Finistère.

Figure n° 13 : Répartition des cabinets de médecine générale selon les différentes zones définies dans notre étude.

Figure n° 14 : Répartition des femmes de la population cible selon les classes d'âge.

Figure n° 15 : Répartition des femmes de la population « cible » selon les différentes zones définies dans notre étude.

Figure n°16 : Caractéristiques générales des femmes de la population « cible ».

Figure n°17 : Source de l'information relative au FCU dans la population « cible ».

Figure n°18 : Désir d'information chez les femmes de la population « cible ».

Figure n°19 : Connaissances des femmes de la population « cible » concernant les possibilités de réalisation du FCU.

Figure n°20 : Connaissances des femmes de la population « cible » concernant le rôle du FCU.

Figure n°21 : Comment les femmes de la population « cible » parlent du FCU avec leur médecin.

Figure n°22 : Comment le médecin traitant évoque le suivi gynécologique et le FCU avec les femmes de la population « cible ».

Figure n°23 : Qui réalise les FCU chez les femmes « dépistées » ?

Figure n°24 : Qui incite les femmes du groupe « dépistées » à faire les FCU ?

Figure n°25 : Principal frein à la réalisation du FCU ces trois dernières années rapporté par les femmes « insuffisamment dépistées ».

Figure n°26 : Proportion de femmes favorables à une sollicitation systématique de la part de leur médecin traitant pour réaliser les FCU dans le groupe « insuffisamment dépistées ».

Figure n°27 : Répartition des femmes « non suivies » selon les différentes classes d'âge.

Figure n°28 : Caractéristiques générales des femmes « non suivies ».

Figure n°29 : Source de l'information relative au FCU chez les femmes « non suivies ».

Figure n 30 : Désir d'information chez les femmes « non suivies ».

Figure n°31 : Connaissances des femmes « non suivies » concernant les possibilités de réalisation du FCU.

Figure n°32 : Connaissances des femmes « non suivies » concernant le rôle du FCU.

Figure n 33: Comment les femmes « non suivies » parlent du FCU avec leur médecin.

Figure n°34 : Comment le médecin traitant évoque le suivi gynécologique et le FCU avec les femmes « non suivies ».

Figure n°35 : Répartition des femmes du groupe « non suivies » selon leur statut « dépistées » ou « insuffisamment dépistées ».

Figure n°36 : Qui réalise les FCU chez les femmes « non suivies » et « dépistées » ?

Figure n°38 : Principal frein à la réalisation du FCU ces trois dernières années rapporté par les femmes « insuffisamment dépistées » dans le groupe « non suivies ».

Figure n°39 : Proportion de femmes « non suivies » et « insuffisamment dépistées » favorable à une sollicitation systématique de leur médecin traitant pour réaliser les FCU

Figure n°40 : Répartition des femmes consultant dans un cabinet « FCU - » selon leur statut « dépistées » ou « insuffisamment dépistées » et « suivies » ou « non suivies ».

Figure n°41 : Comment les femmes des centres « FCU - » parlent du FCU avec leur médecin traitant.

Figure n°42 : Comment le médecin traitant exerçant dans un centre « FCU - » évoque le suivi gynécologique et le FCU avec les femmes.

Figure n°43 : Comparaison des caractéristiques générales des groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

Figure n°44 : Comparaison de la source de l'information relative au FCU dans les groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

Figure n°45 : Comparaison du désir d'information des femmes des groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

Figure n°46 : Comparaison des connaissances sur les possibilités de réalisation du FCU entre les groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

Figure n°47 : Comparaison de l'aisance des femmes des groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » à parler du FCU avec leur médecin traitant.

Figure n°48 : Comparaison des groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » concernant le questionnement du médecin traitant relatif au suivi gynécologique et au FCU.

Figure n°49 : Comparaison de la proportion de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » entre les groupes de femmes consultant dans les cabinets où il est possible de faire un FCU sur place (« FCU + ») et celles consultant dans un cabinet où les médecins ne réalisent pas de FCU (« FCU - »).

Figure n°50 : Différences significatives observées en comparant les femmes de la population « cible » selon la démographie en médecins généralistes du lieu de consultation.

Figure n°51 : Différences significatives observées en comparant les femmes de la population « cible » selon la démographie en gynécologues du lieu de consultation.

Figure n°52 : Différences significatives observées en comparant les femmes de la population « cible » selon le mode d'exercice du médecin généraliste consulté.

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Taux d'incidence du cancer de l'utérus (corps et col) selon l'âge en France métropolitaine et en Bretagne en 2005.

Annexe n°2 : Critères de Wilson et Junger (1968), repris par l'OMS.

Annexe n°3 : Programme de dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus couvrant l'ensemble du territoire national dans les pays d'Europe en 2013.

Annexe n°4 : Variations des valeurs concernant le taux de couverture nationale du FCU selon les instituts d'évaluation.

Annexe n°5 : Disparités en termes de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus au sein du Finistère.

Annexe n°6 : Démographie médicale en 2014 en France.

Annexe n°7 : Répartition des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes au sein du Finistère.

Annexe n°8 : Evolution du taux de couverture du FCU dans les enquêtes déclaratives selon les tranches d'âge entre 2005 et 2010.

Annexe n°9 : Lettre d'introduction adressée aux médecins généralistes de notre étude.

Annexe n°10 : Questionnaire utilisé pour l'étude.

Annexe n°11 : Comparaison des caractéristiques des femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

Annexe n°12 : Analyse du groupe de femmes « non suivies » et « dépistées ».

Annexe n°13 : Disparités nationales en termes d'incidence du CCU, de taux de couverture du FCU et de taux de pauvreté.

Annexe n°14 : Comparaison des femmes de la population cible en fonction de la démographie médicale en médecins généralistes ou en gynécologues du lieu de consultation.

Annexe n°15 : Comparaison des femmes consultant dans un cabinet médical situé en zone à faible densité en médecins généralistes à celles consultant dans un cabinet médical situé en zone à faible densité en gynécologues.

Annexe n°16 : Comparaison des femmes consultant un médecin généraliste femme à celles consultant un médecin généraliste homme.

Annexe n°17 : Comparaison des femmes consultant un médecin exerçant seul à celles consultant un médecin exerçant dans un cabinet de groupe.

PLAN

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : ETAT DES LIEUX.....	2
<u>I Le cancer du col de l'utérus : état des lieux et connaissances actuelles.....</u>	<u>2</u>
I-1 Epidémiologie du cancer du col de l'utérus	2
I-1-a Au niveau mondial	2
I-1-b Au niveau de l'Union Européenne (UE).....	3
I-1-c Au niveau national	3
I-1-d En Bretagne.....	5
I-2 Développement du cancer, histoire naturelle	6
I-2-a Facteurs de risque	6
I-2-b Histoire de la maladie et développement du cancer	7
I-2-c Population cible.....	8
<u>II Les moyens de prévention.....</u>	<u>9</u>
II-1 La prévention primaire.....	9
II-2 La prévention secondaire : le dépistage	9
II-2-a Le cancer du col de l'utérus : un candidat idéal pour le dépistage	10
II-2-b Le dépistage des lésions précancéreuses : technique de référence et périodicité	10
II-2-c L'organisation du dépistage en France en 2015	11
<u>III Le paradoxe : pourquoi un cancer en théorie évitable continue-t-il à tuer ?.....</u>	<u>13</u>
III-1 Principale raison : un taux de couverture du FCU insuffisant	13
III-1-a A l'échelle nationale.....	13
III-1-b Des inégalités manifestes	15
III-2 Limites et freins connus au dépistage par FCU en France.	16
III-2-a Freins liés à l'organisation du parcours de soins	17

III-2-b Facteurs « individuels » du côté des patientes	17
III-3 La problématique en médecine générale.....	22
III-3-a Place du médecin généraliste	22
III-3-b Difficultés rencontrées à la réalisation du FCU en médecine générale	24
III-4 Facteurs d'adhésion au dépistage.....	26
III-4-a Information et médiation.....	26
III-4-b Organisation du parcours de soins.....	26
<u>IV Conclusion</u>	26
PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE	28
<u>I Contexte</u>	28
<u>II Problématique</u>	28
<u>III Objectifs de l'étude</u>	28
III-1 Objectif primaire	28
III-2 Objectifs secondaires	28
<u>IV Matériel et méthode</u>	29
IV-1 Type d'étude	29
IV-2 Période de l'étude	29
IV-3 Population étudiée	30
IV-3-a Recrutement dans des cabinets de médecine générale.	30
IV-3-b Population cible.....	31
IV-4 Le Questionnaire.....	31
IV-5 Déroulement de l'étude	31
IV-5-a Dépôts des questionnaires.....	31
IV-5-b Collecte des données.....	32
IV-5-c Recueil des questionnaires.....	32
IV-5-d Saisie des données brutes.....	32

IV-5-e Classement des données.....	32
IV-5-f Analyse des données et test statistique.....	32
IV-6 Définitions des populations et des zones.....	33
IV-6-a Population cible.....	33
IV-6-b Population de femmes « dépistées »/ « insuffisamment dépistées »...33	
IV-6-c Population de femmes « suivies »/« non suivies ».....	33
IV-6-d Définition des zones.....	34
IV-7 Méthodologie de la recherche.....	36
<u>V Résultats</u>	
V-1 Données descriptives	36
V-1-a Caractéristiques des cabinets de médecine générale	36
V-1-b Description de la population de femmes « cibles ».....	39
V-1-c Description des groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».....	49
V-1-d Description de la population de femmes « non suivies ».....	51
V-1-f Description des femmes consultant dans un cabinet sans possibilité de réalisation de FCU (cabinet « FCU - »)	59
V-2 Données analytiques.....	62
V-2-a Comparaisons des groupes de femmes « dépistées » et femmes « insuffisamment dépistées ».....	62
V-2-b Comparaison de la proportion de femmes « insuffisamment dépistées » au sein des cabinets réalisant les FCU sur place (<i>FCU +</i>) ou non (<i>FCU -</i>).....	68
V-2-c Comparaison des femmes en fonction de la démographie médicale du lieu de consultation	68
V-2-d Comparaison des femmes en fonction du sexe du médecin.....	71
V-2-e Comparaison des femmes en fonction du mode d'exercice du médecin traitant	71
 PARTIE III : DISCUSSION.....	 72

<u>I Limites et validité de l'étude</u>	73
I-1 Les biais attendus.....	73
I-1-a Biais de recrutement.....	73
I-1-b Biais de sélection.....	74
I-1-c Biais d'information	75
I-1-d Biais de classement	76
I-1-f Biais liés à l'analyse statistique.....	77
I-2 Validité externe de l'étude.....	77
<u>II Choix de la méthode : le recrutement des cabinets de médecine générale</u>	78
II-1 Localisation géographique.....	78
II-1-a Zones rurale et urbaine.....	78
II-1-b Démographie médicale.....	79
II-2 Type d'exercice des médecins.....	81
II-3 Répartition homme/femme	82
II-4 Possibilité de réalisation du FCU au cabinet.....	83
<u>III Principaux résultats de notre enquête</u>	85
III-1 Caractéristiques des femmes « insuffisamment dépistées ».....	85
III-2 Connaissance des femmes sur le FCU	87
III-3 Communication autour du FCU	87
III-3-a Notion de prévention.....	87
III-3-b Source de l'information.....	87
III-3-c Modalités du dépistage.....	88
III-3-d Contraintes organisationnelles.....	89
III-4 Importance du suivi.....	89
III-4-a Suivi gynécologique.....	89
III-4-b Suivi du statut du FCU.....	90
<u>IV Comment diminuer l'incidence du cancer du col de l'utérus en France</u>	91

IV-1 Solutions accessibles en médecine générale.....	91
IV-2 Autres voies d'amélioration possibles.....	92
IV-2-a Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.....	92
IV-2-b Renforcement des autres moyens de prévention et développements de nouvelles techniques.....	93
<u>V Conclusion</u>	94
CONCLUSION.....	96
BIBLIOGRAPHIE.....	97
ANNEXES.....	104

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est lié à la persistance d'une infection virale par papillomavirus humain (HPV) oncogène. Les altérations cellulaires engendrées correspondent aux lésions intraépithéliales du col utérin que le frottis cervico-utérin a pour but de détecter du cancer du col utérin est lente et il existe un moyen simple de le dépister par réalisation répétée de frottis cervico-utérin (FCU) .

Cet examen est non invasif et a montré son efficacité en termes de réduction de la morbi-mortalité de ce cancer depuis sa mise en place en France et à travers le monde il y a une trentaine d'années.

Hors actuellement en France seule la moitié des femmes ciblées par ce dépistage y participe, laissant encore apparaître chaque année plus de 3000 nouveaux cas de cancer responsables de 900 décès. Il demeure donc un problème de Santé Publique.

Le but de ce travail est de caractériser la population de femmes échappant au dépistage et consultant en médecine générale, et d'identifier les principaux freins à leur participation afin de dégager des pistes d'actions réalisables par le médecin généraliste pour améliorer leur adhésion au dépistage.

PARTIE I : ETAT DES LIEUX

I Etat des lieux et connaissances actuelles

I-1 Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

I-1-a Au niveau mondial

Le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer féminin en termes d'incidence dans le monde avec 493 000 nouveaux cas en 2002 et le premier en termes de mortalité par cancer (1)(2). Il existe une grande inégalité selon les pays, au bénéfice des pays industrialisés, aussi bien concernant l'exposition aux risques que l'accessibilité aux mesures de prévention et aux soins. 83% des nouveaux cas de cancer du col de l'utérus surviennent dans des pays en voie de développement (1) (2). C'est la première cause de décès par cancer de la femme jeune dans ces pays (3). A contrario, on observe qu'entre 2000 et 2009, les taux d'incidence et de mortalité du cancer de l'utérus ont baissé dans la plupart des pays industrialisés, comme l'illustre un rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) de 2011 (cf. Figure n°1), et ce, grâce au développement des mesures de prévention et de dépistage (4).

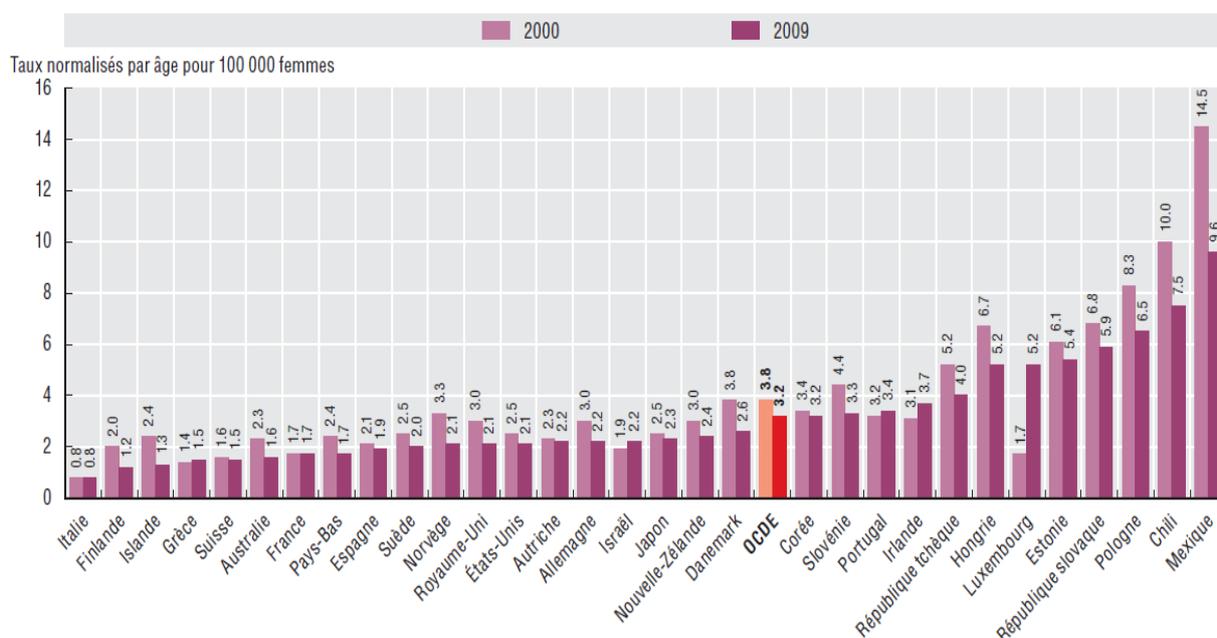


Figure n°1 : Evolution de la mortalité liée au cancer du col de l'utérus entre 2000 et 2009 dans les pays de l'OCDE.

1-1-b Au niveau de l'Union Européenne (UE)

Dans l'Union Européenne, le cancer du col affecte beaucoup moins les femmes que celui du sein ou du colon. Il reste cependant le deuxième cancer de la femme jeune, entre 30 à 45 ans (5). L'incidence était estimée à 30 400 nouveaux cas pour l'année 2004 et à 33 400 en 2012, ce qui le place actuellement à la 9^{ème} place des cancers féminins, responsable de 13 500 décès par an (2).

La situation est hétérogène au niveau européen, avec des taux d'incidence en 2012 variant de 4,2 (pour la Suisse) à 34,9 pour 100 000 femmes (pour la Roumanie), reflétant une importante disparité territoriale, également corrélée au niveau de développement et d'organisation des soins au sein des pays (6). Ce même constat est observé pour le taux de mortalité.

Le taux d'incidence standardisé sur la population européenne est en baisse depuis les années 1980 avec un taux initialement de 18,3 pour 10 000 femmes, n'étant plus qu'à 10,1 en 2000. La survie relative à 5 ans est estimée à 75% sur l'ensemble du territoire européen (6).

1-1-c Au niveau national

En 2004, l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus (CCU) en France faisait partie des plus élevées de l'Union Européenne (UE). Selon les estimations de l'année 2012, elle rejoindrait actuellement la moyenne européenne (7). Cependant, au vu des disparités territoriales au sein même de l'UE en termes d'accès à la prévention et l'inclusion de nouveaux pays avec des systèmes de soins moins performants, cette amélioration est à considérer avec beaucoup de précautions.

En 2012, le cancer du col de l'utérus se situait dans notre pays au 11^{ème} rang des cancers féminins, avec une incidence estimée à 3 028 nouveaux cas par an - *avec taux d'incidence de 6,7 pour 100 000 femmes (7)* - et étant responsables de 1 102 décès par an (8). Ces chiffres révélaient une amélioration par rapport aux données de 2000, où il se situait à la 9^{ème} place, avec une incidence de 3400 nouveaux cas (2)(6).

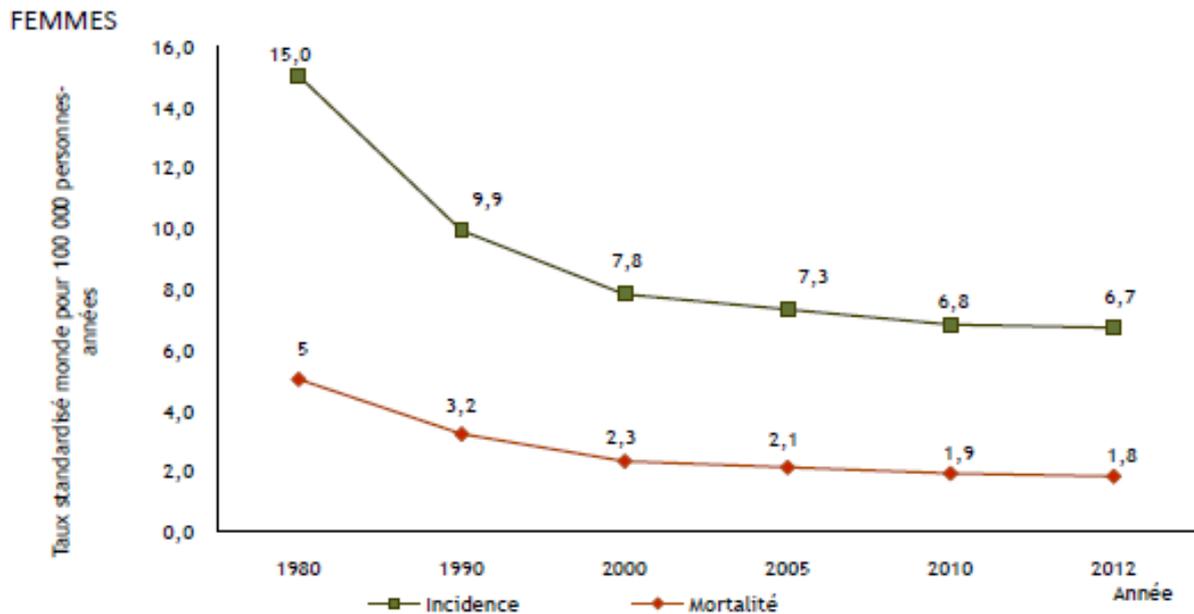
Tous les cancers du col de l'utérus sont enregistrés par le registre de cancer, mais seuls les cancers invasifs sont comptabilisés pour le calcul de l'incidence (6).

A noter que les statistiques de mortalité ne permettent pas la distinction des deux localisations (6)(9). Le cancer de l'utérus (col et corps) constitue la 4^{ème} cause de décès par cancer chez la femme, après le cancer du sein, du colon et du poumon (9). Les données à l'échelle mondiale ou européenne font référence au taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus, sans précision sur le mode de recueil de ces données, ce qui rend les comparaisons approximatives, mais permet néanmoins d'avoir une estimation.

Après une nette diminution de l'incidence du CCU (Cancer invasif du Col de l'Utérus) entre les années 1980 et 2000, on note une tendance à l'infléchissement de cette décroissance

depuis 2000, cette dernière n'étant plus que de 1,3% par an entre 2000 et 2012, contre 2,5 % par an entre 1980 et 2012 (8).

Il en est de même pour le taux de mortalité standardisé, qui a nettement baissé depuis les années 1980 passant d'un taux de 3,9 pour 100 000 PA (personnes-années) pour la période 1985-1989, à 1,9 pour 100 000 PA (personnes-années) sur la période 2005-2009 (10). Cette diminution tend à s'infléchir elle aussi (cf. Figure n°2). Elle était évaluée à 3,2 % par an pour l'ensemble de la période 1980-2012, et n'est plus que de l'ordre de 2,0% par an sur les dernières années, de 2000 à 2012 (8)(10).

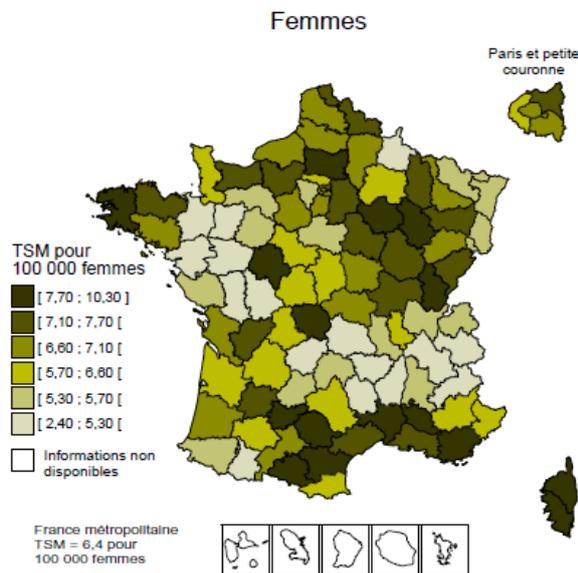


Sources: [Blinder-Foucard F, 2013]. Traitement: INCa 2013

Figure n°2 : Evaluation de l'incidence et de la mortalité (taux standardisé monde) du cancer du col de l'utérus entre 1980 et 2012 (7).

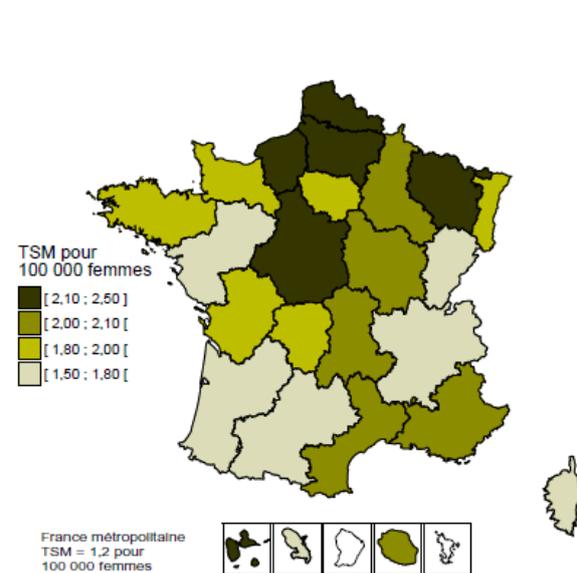
Au total, en 20 ans, l'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué de moitié, ainsi que le nombre de décès (6)(8)(11). Il existe cependant une disparité géographique au sein de l'hexagone en termes d'incidence et de mortalité par cancer (cf. Figure n°3)(7).

[Figure 27] Taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence du cancer du col utérin à l'échelle départementale en France métropolitaine en 2008-2010



Source: [Colonna M, à paraître]. Infographie: INCa 2014

[Figure 28] Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer du col utérin à l'échelle régionale en France métropolitaine et dans les DOM [2005-2009]



Source: InVS, CépiDc/Inserm. Infographie: INCa 2013

Figure n° 3 : Incidence et mortalité observées dans les régions sur la période 2008-2010 (pour l'incidence) et 2005-2009 (pour la mortalité) (7).

I-1-d En Bretagne

En Bretagne, le cancer de l'utérus (col et corps) est à la 3^{ème} position en termes de fréquence chez la femme. En 2000, le nombre de nouveaux cas de CCU estimé par le réseau France Cancer Incidence et Mortalité (FRANCIM) - *base commune des registres des cancers* - était de 157. Il constituait la 4^{ème} cause de décès par cancer chez la femme. Entre les années 1980 et 2000, la mortalité régionale par cancer de l'utérus avait diminué de 54%. A l'échelle régionale, les taux d'incidence et de mortalité étaient jusqu'en 2000 inférieurs à la moyenne nationale avec également des disparités au sein du territoire (cf. Figure n°4).(9)

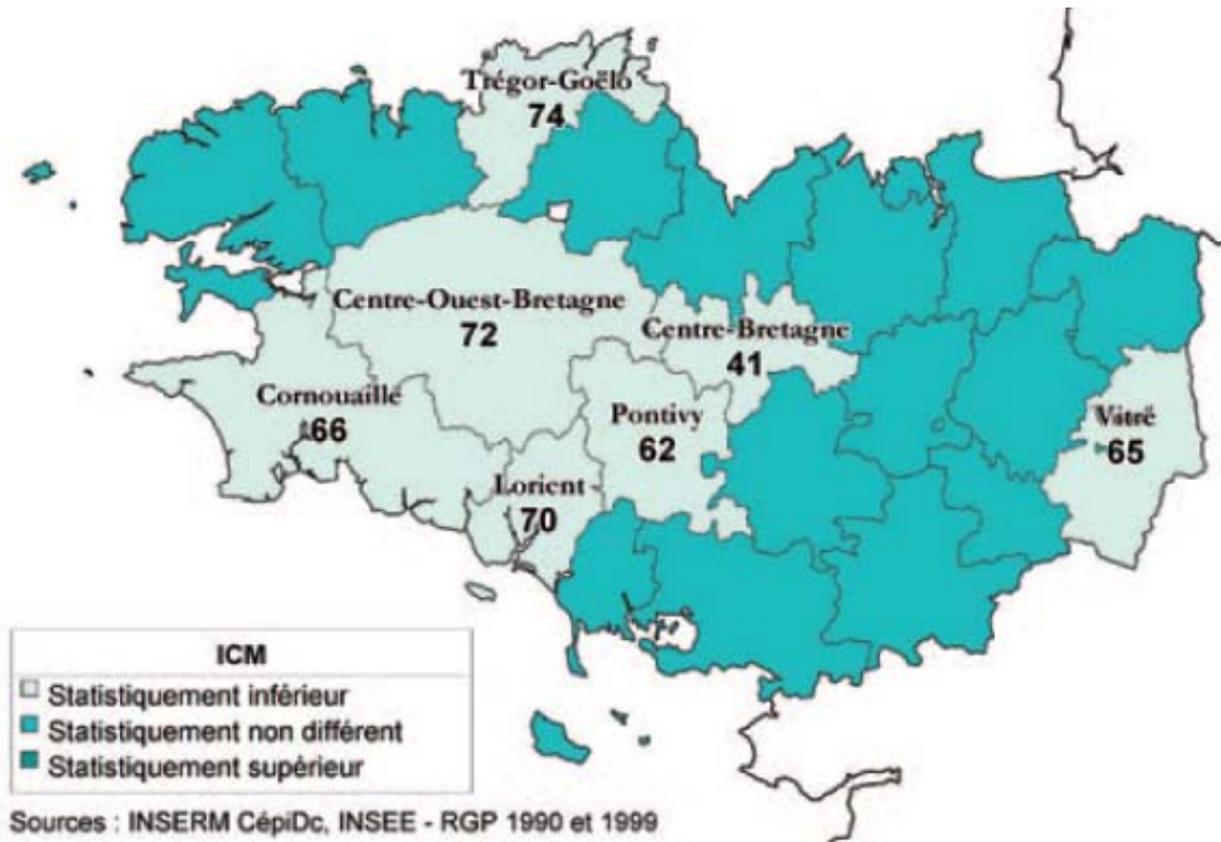


Figure n°4 : Indices comparatifs de mortalité par cancer de l’utérus selon les 21 pays de Bretagne : position par rapport à la moyenne nationale (ICM = 100) – Période 1991-1999 (9).

I-2 Développement du cancer, histoire naturelle

Le cancer de l’utérus se situe au 3^{ème} rang des localisations cancéreuses féminines après les localisations mammaires et colorectales. Il regroupe les cancers du col et du corps, or l’histoire de la maladie, les facteurs de risque, l’âge de survenue, leur durée d’évolution ou encore leur pronostic sont très différents (9). *Dans la suite de ce travail, nous ne nous intéressons qu’au cancer du col invasif de l’utérus (CCU).*

I-2-a Facteurs de risque

Le cancer du col utérin (CCU) est le premier cancer reconnu par l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme étant attribuable, à près de 100 % des cas, à une infection virale (8). Le principal facteur de risque du CCU est la persistance de l’infection par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) oncogène, transmis par voie sexuelle (1)(6)(9). C’est l’une des infections sexuellement transmissibles (IST) virales les plus répandues dans le monde (2). On le retrouve chez presque 80% des femmes (10), principalement avant 30 ans. On dénombre actuellement une vingtaine de HPV oncogènes. Les plus fréquemment rencontrés en Europe de l’Ouest sont les HPV 16 et 18 responsables de près de 70% des CCU. Le

nombre de nouvelles infections génitales est estimé à trente millions par an dans le monde (2). Elle est dans la grande majorité des cas asymptomatique et disparaît spontanément dans 70% des cas en un an et 90% des cas en deux ans (2): ce qu'on appelle la clairance virale. Cette dernière se définit par l'absence d'ADN viral retrouvé sur les prélèvements du col - *via les tests actuellement disponibles, ce qui ne permet pas d'affirmer une complète élimination du virus*(2).

L'infection par HPV est donc un facteur nécessaire - mais non suffisant - pour conduire au cancer du col utérin, puisque moins de 5% des femmes infectées par HPV le développeront (2).

Peuvent s'y associer des co-facteurs qui favorisent la persistance de l'infection par HPV, et la possibilité de développer des lésions. Les principaux sont le tabac (pour une consommation supérieure à 15 cigarettes par jour), l'utilisation pendant plus de 5 ans de contraceptifs oraux, la co-infection par d'autres IST (dont *Chlamydiae trachomatis* ou HSV 2), une parité élevée (au-delà de 7 accouchements), un déficit immunitaire inné ou acquis, ou encore certaines carences vitaminiques (2)(12). D'autres facteurs inhérents à l'infection par HPV peuvent favoriser le développement de lésions comme une charge élevée en HPV, une souche oncogène à haut risque, Par contre des facteurs comme l'âge du premier rapport, les antécédents d'IST, ... ne sont pas reconnus comme étant des co-facteurs, mais comme des facteurs « généraux » de risques d'IST(2).

I-2-b Histoire de la maladie et développement du cancer

L'histoire naturelle du développement de ce cancer est actuellement bien connue. Lorsqu'elle persiste, l'infection chronique par HPV peut entraîner, dans un délai d'environ 5 ans, l'apparition de lésions « pré-cancéreuses » - que l'on nomme « néoplasies intra-épithéliales » ou « CIN » pour « Cervical Intraepithelial Neoplasia (*cf. supra*) - qui elles-mêmes peuvent aboutir après une période allant de 5 à 20 ans à un cancer invasif (CCU) (8). Cela se produit pour environ 10% des femmes infectées(10). Le délai d'apparition de ce cancer est donc relativement long (*cf. Figure n°5*).

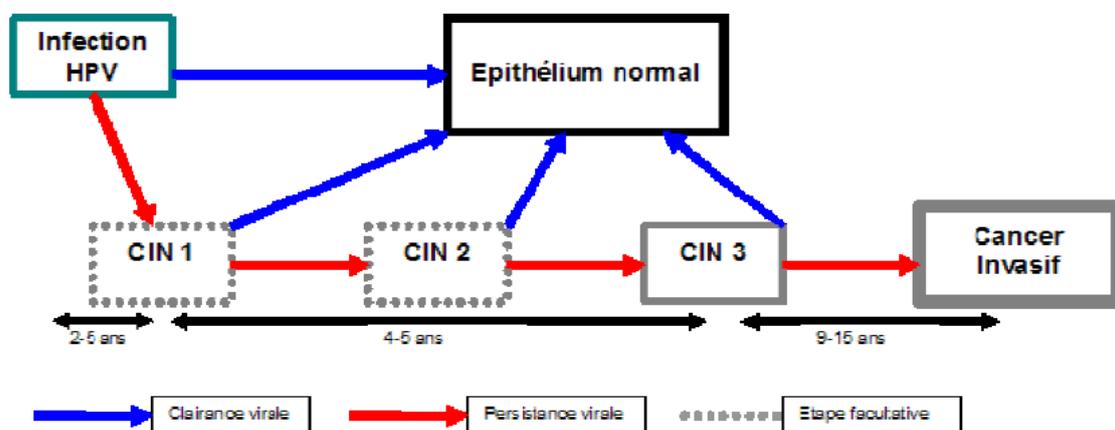


Figure n°5 : Histoire naturelle histologique de l'infection à HPV (2).

Une proportion non négligeable de lésions précancéreuses, de l'ordre de 32 à 57 % (7), régresse spontanément dans les deux premières années d'infestation (*cf. Figure n°6*). Le terme « cancer du col de l'utérus » ne fait allusion qu'aux « carcinomes » du col de l'utérus. Il en existe deux grandes catégories : les carcinomes épidermoïdes (environ 80%) et les adénocarcinomes (10 à 20%) (8). Les lésions cervicales précancéreuses regroupent 3 stades de modification cellulaire de l'épithélium cervical dont le stade CIN 3 correspond à la forme la plus sévère, précédant le stade de cancer invasif.(8).

Lésion	Régression	Persistance	Progression vers une CIN supérieure	Progression vers un cancer invasif
CIN 1	57 %	32 %	11 %	1 %
CIN 2	43 %	35 %	22 %	5 %
CIN 3	32 %	< 56 %	-	> 12 %

Figure n°6 : Probabilité de régression, de persistance ou de progression des CIN (2).

Il existe une nouvelle classification datant de 2014 proposée par l'OMS qui classe les lésions en stade 1,2 et 3, mais la classification en grade CIN reste encore largement utilisée (13).

I-2-c Population cible

En 2004, le pic d'incidence (*âge auquel on observe le plus grand nombre de découverte de cancers*) était autour de 40 ans (6) (*cf. Figure n°7*), avec un âge médian (*limite d'âge à laquelle 50% des cancers sont découverts chez des femmes plus jeunes, et 50% des cancers sont découverts chez des femmes plus âgées*) au diagnostic de 53 ans (en 2005) et de 51 ans en 2012 (7). Le pic de mortalité se situait vers 50 ans (10) avec un âge médian de décès aux alentours de 64 ans (7)(10). C'est donc un cancer de la femme jeune (1). *On retrouve la même distribution à l'échelle régionale (cf. Annexe n°1)(14).*

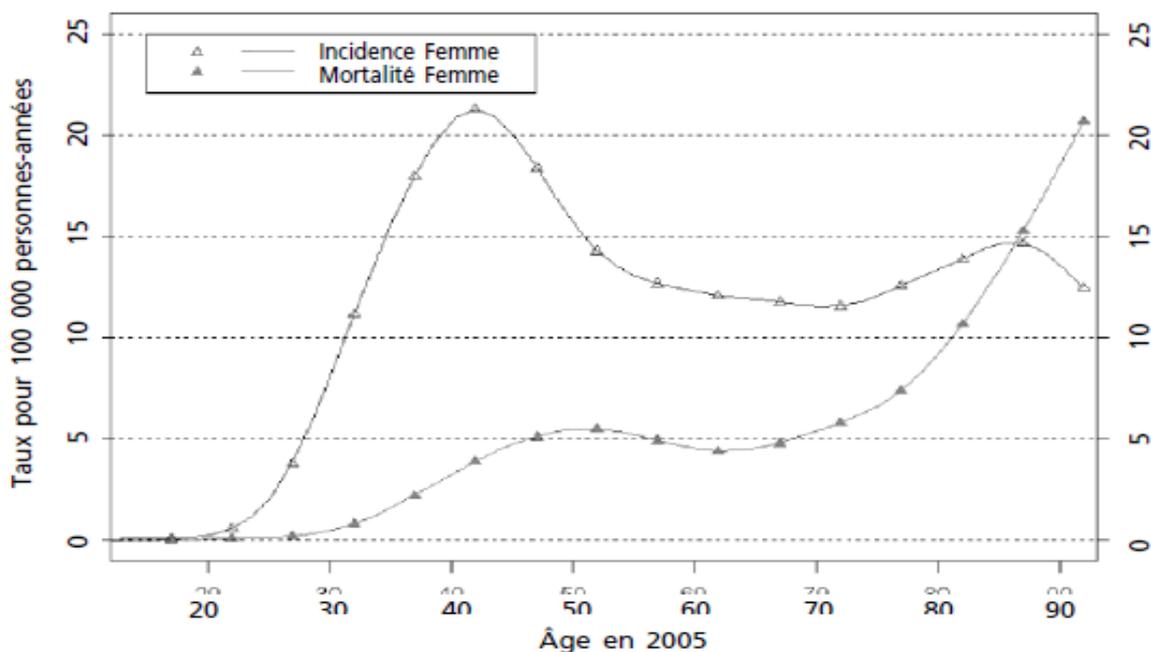


Figure n°7 : Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 , France (taux bruts) (1).

Le cancer du col est un cancer de relativement bon pronostic. La survie nette à 5 ans et 10 ans est respectivement de 66% et 59% (7). Cependant, cette répartition n'est pas homogène et la survie diminue nettement avec l'âge : elle est de 80% pour les 15-44 ans et de 39% chez les 75 ans et plus (survie à 5ans).

II Moyens de prévention

II-1 La prévention primaire

Les méthodes contraceptives par barrières mécaniques (préservatifs) ne sont que partiellement efficaces contre ce virus. La principale mesure de prévention primaire consiste en la vaccination. Le vaccin vise principalement à protéger contre les deux souches oncogènes les plus répandues en Europe de l'Ouest, responsables de près de 70 % des cancers invasifs (HPV 16 et 18)(8). Il ne protège pas les femmes ayant déjà été infectées par ces virus. En France, la vaccination prophylactique est recommandée à toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec un rattrapage pour les jeunes filles de 15 à 19 ans révolus non encore vaccinées (8)(15). *A noter que les effets de la vaccination ne seront évaluables que dans plusieurs décennies.*

II-2 La prévention secondaire : le dépistage

II-2-a Le cancer du col de l'utérus : un candidat idéal pour le dépistage

Selon les recommandations générales sur les pathologies susceptibles d'être dépistées et les critères de mise en place d'un programme de dépistage (critères de Wilson et Junger, 1968) (*cf. Annexe n°2*)(16), le cancer du col de l'utérus est un bon candidat au dépistage (1), de par sa lente évolution, les moyens simples de mettre en évidence (via le frottis cervico-utérin – *cf. supra*) et de traiter les lésions pré-cancéreuses afin d'éviter l'évolution vers un cancer invasif (1)(7).

En effet, l'évolution de la survie par stade met en évidence un très bon pronostic de ce cancer lorsqu'il est détecté et traité à temps avec un taux de survie relative à 5 ans de 97,5% pour un stade local, et de 57,7 % pour un stade régional (7).

II-2-b Le dépistage des lésions précancéreuses : technique de référence et périodicité

II-2-b-1 La technique de référence

La technique de référence, mise en place depuis les années 60 en France (7), se base sur une méthode décrite initialement en 1943 par Papanicolaou (2) qui consiste en un test cytologique appelé « frottis cervico-utérin » (FCU) (1). Il s'agit d'un prélèvement de cellules au niveau du col de l'utérus - *cellules endocervicales* - et de l'analyse anatomopathologique de celles-ci après étalement et fixation de ces dernières (pour le FCU conventionnel) (2)(12). Une autre technique consiste à mettre le matériel prélevé en suspension dans un liquide de conservation, avant d'en pratiquer l'analyse histologique. L'interprétation du FCU se fait selon le système de Bethesda, mis en place en 2001(2).

Chaque année, en France sont réalisés environ 6 000 000 frottis (17) et 95 % d'entre eux sont normaux (*c'est-à-dire sans lésions intraépithéliales*). En cas de frottis anormal - soit 3 à 4 % des frottis de dépistage (2)(12), il est nécessaire de réaliser des examens complémentaires à visée diagnostique (*FCU de contrôle, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation diagnostique, test HPV, biopsie...*), afin de préciser la nature histo-pathologique des lésions (2). La confirmation de l'anomalie conduit à une ablation de la lésion dont la technique la plus fréquemment utilisée est la conisation (1).

La qualité du prélèvement des FCU - *jugée par le pourcentage de frottis non évaluable* - est très bonne en France, de même que la qualité de lecture des frottis – *jugée selon le pourcentage de frottis de type ASC-US* (1)

Le FCU doit être réalisé dans certaines conditions pour être interprétable. Il est recommandé d'être à distance d'un rapport sexuel, en dehors des menstruations, en l'absence de traitement local ou d'infection locale et, idéalement, après un traitement local par œstrogène chez la femme ménopausée (12).

II-2-b-2 Périodicité et mise en œuvre

Les instances officielles internationales que sont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - à travers le *guide des bonnes pratiques de lutte contre le cancer du col de l'utérus datant de 2007* (3) ou le Conseil de l'Union Européenne - avec un rapport datant de 2003 (5) - convergent vers les mêmes recommandations : la réalisation d'un FCU tous les 3 ans à partir de 25 ans. Cependant, ces recommandations sont appliquées de façon inégale entre les différents pays, les stratégies de dépistage n'étant elles-mêmes pas uniformes à l'échelle nationale, ce qui entraîne des taux de couverture variables (18).

En France, depuis 2010, La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un FCU tous les trois ans pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans - à l'exception des femmes ayant subi une hystérectomie avec ablation du col pour des pathologies bénignes non HPV induites, ou les femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel - après deux FCU normaux consécutifs, réalisés à un an d'intervalle(7).

Le seuil de 25 ans a été retenu devant le faible pourcentage d'infections à HPV qui évoluent vers un cancer invasif et le développement lent de ce dernier, ce qui en fait un cancer exceptionnel avant l'âge de 30 ans. Le fait de dépister les femmes trop tôt entraîne un sur-diagnostic avec la mise en évidence de lésions qui n'évolueront probablement pas vers le stade de cancer invasif, conduisant à des traitements injustifiés aux conséquences parfois délétère. L'âge de sortie du dépistage a été fixé en se basant sur les recommandations de l'OMS et celles appliquées sur le territoire nord-américain (12).

Il est actuellement largement admis que la baisse de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus sont en grande partie attribuables à la mise en place depuis plus de 20 ans du dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus par la réalisation régulière du frottis cervico-utérin (5)(6)(9)(10)(17). Des études longitudinales menées à l'échelle internationale, ainsi qu'un essai randomisé réalisé en Inde ont pu démontrer l'efficacité de cette technique de dépistage en termes de réduction de l'incidence de ce cancer, et de la mortalité qui en résulte (12). Les effets conjoints de la vaccination et du dépistage devraient permettre de diminuer le risque individuel de développer un cancer de 98% (17), ce qui en fait une maladie « évitable ».

II-2-c L'organisation du dépistage en France en 2015

II-2-c-1 Le dépistage individuel

Le dépistage individuel - également appelé *dépistage « opportuniste »* ou *« spontané »* - repose sur l'initiative d'un professionnel de santé et consiste en la réalisation d'un frottis cervico-utérin tous les trois ans, et s'adresse à toutes les femmes de 25 à 65 ans. Ce type de dépistage existe depuis les années 60 en France, mais il est plus largement pratiqué depuis les

années 90 suite aux recommandations de la conférence de Lille (1990) et suivies des publications de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES – aujourd'hui devenue l'HAS) (1)(2)(19).

C'est un acte médical qui peut être réalisé par tout médecin ayant eu la formation appropriée (12). En pratique, ce sont principalement les gynécologues – à l'origine de 70 à 90% des FCU selon les départements (20) - les médecins généralistes et les médecins biologistes exerçant dans les laboratoires d'analyses médicales, qui réalisent cet examen. Les sages-femmes sont également habilitées à pratiquer cet acte, depuis l'extension de leur demande de compétence inscrite dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 (18). Dans cette même loi, le dépistage individuel a été renforcé par la mise en place d'un dépistage systématique des femmes enceintes (21). Enfin, il est également possible de réaliser un FCU lors d'une consultation de gynécologie dans un centre hospitalier ou au planning familial.

Pour ce type de dépistage, la population est recrutée lors d'un recours aux soins, ce qui fait qu'il ne peut atteindre qu'une part de la population concernée (22).

II-2-c-2 Le dépistage organisé : 13 départements pilotes

Depuis les années 1990, un dépistage organisé est expérimenté à l'échelle départementale dans initialement quatre départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère, Martinique), étendu à treize en 2010. Cela couvre actuellement de 9 (2) à 13,4% (7) de la population française cible. Chaque structure de gestion a son organisation propre (1), mais se base sur un cahier des charges commun élaboré en 2005 par la Direction générale de la Santé (DGS) (18). L'un des objectifs était de cibler plus spécifiquement les femmes qui n'avaient pas eu de FCU dans les trois années précédentes afin de les inciter à se faire dépister – permettant ainsi de lutter contre les inégalités d'accès au dépistage - et de centraliser le recueil des frottis afin d'assurer un meilleur suivi des patientes. L'objectif était également de mieux coordonner la prise en charge thérapeutique en cas d'anomalies (7)(18).

Les différents exemples au niveau européen – *comme le Royaume-Uni où ce type d'organisation est instauré, le taux de couverture par FCU à 3 ans atteint 80 % (cf. Annexe n°3)* - ainsi que l'expérience menée dans les départements pilotes plaident tous pour une généralisation de ce type de dépistage à l'échelle nationale. Celui-ci permet à la fois d'augmenter le taux de couverture global du FCU dans la population cible mais également de favoriser la participation des populations les plus démunies tout en améliorant le respect du caractère triennal de ce dépistage (18). Il est recommandé par le Conseil de l'UE depuis 2003, et au niveau national, par le Haut Conseil en Santé Publique depuis 2007 et la Haute Autorité de Santé depuis 2010.

Dans les suites d'un appel à projet, une étude s'intéressant à la faisabilité de l'implantation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Bretagne réalisée en 2009 concluait que ce type d'organisation était envisageable dans notre région (21).

III Le paradoxe : pourquoi un cancer en théorie évitable continue-t-il à tuer ?

Grâce à la vaccination et au dépistage, le cancer du col de l'utérus est en théorie un cancer totalement évitable (5)(12)(17)(23)(24). Or, alors qu'on observait une diminution constante de l'incidence et de la mortalité de ce cancer depuis les années 80, on observe depuis les années 2000 un infléchissement de la courbe de décroissance, ce qui fait que ce cancer demeure toujours un problème de santé publique, faisant encore en France plus de 1000 morts par an.

III-1 La principale raison : un taux de couverture du FCU insuffisant

III-1-a A l'échelle nationale

III-1-a-1 Estimations officielles selon l'EGB de la CnamTS

Chaque année environ 31 000 femmes sont concernées par la découverte de lésions précancéreuses et 3000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués. La réalisation du FCU est une pratique largement répandue au sein du territoire. Cet examen non invasif a permis de réduire de façon importante la morbi- mortalité liée à ce cancer (24). Cependant, parmi la population de femmes concernées, un nombre non négligeable ne bénéficie pas de ce dépistage (6).

Le nombre annuel de frottis réalisé en médecine libérale est donné à partir des actes remboursés de l'Assurance Maladie, permettant de calculer un taux de couverture théorique, dans la population cible (femmes de 25 à 65 ans). A titre indicatif, on recensait en 2004, 2005 et 2006 respectivement 4 534 271 , 4 682 902 et 4 625 671 FCU remboursés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CnamTS) - couvrant 90% de la population générale en 2012, hors sessions locales mutualistes (1). Lorsque l'on rapporte le nombre de frottis annuels réalisés par rapport au nombre de femmes concernées par le dépistage (*femmes de 25 à 65 ans*), le taux de couverture serait théoriquement de 89,4 % si chacune ne bénéficiait que d'un seul frottis tous les 3 ans (1)(18).

Ceci ne tient pas compte des sur- dépistages (*femmes ayant plus d'un frottis par 3 ans*) et sous- dépistages (*femmes n'ayant pas de FCU tous les 3 ans régulièrement*), ni des frottis de contrôle de lésions précancéreuses – *ces derniers ne représenteraient que 5% de l'ensemble des FCU* (25).

Grâce à des méthodes de calculs plus précises réalisées sur l'Echantillon Général Bénéficiaire (EGB) de l'Assurance Maladie, on peut estimer un taux de couverture global du FCU au niveau national (18). Celui-ci serait actuellement de 55,88 % pour la période 2013-2015 (*Sources CnamTS 2015*).

Il était resté globalement stable de 2000 à 2010, avec des taux de couverture respectivement de 57%, 57,4% et 57,7% pour les périodes 2004-2006, 2005-2007 et 2006-2008 (25) – (cf. Figure n°8).

Âges	1995-1997	1998-2000	Âges	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	Objectif 2010
20-29 ans	54,9%	59,7%						80%
30-39 ans	56,8%	61,0%	25-34 ans	56,3%	58,0%	58,4%	59,6%	
40-49 ans	56,9%	58,7%	35-44 ans	65,7%	65,3%	66,2%	67,1%	
50-59 ans	47,4%	48,0%	45-54 ans	58,5%	58,9%	59,0%	60,1%	
60-69 ans	25,8%	23,8%	55-65 ans	45,6%	46,0%	46,0%	46,4%	
Total	51,5%	53,6%		57,0%	57,4%	57,7%	58,5%	

Source : CNAMTS. Champ : régime général, France métropolitaine

Figure n°8 : L'évolution de l'estimation du taux de couverture global du FCU dans la population cible de 1995 à 2010 (25).

A noter que ces chiffres sont à considérer avec précaution puisque ce ne sont que des estimations. De plus, selon les différents rapports officiels consultés (HAS, DRESS, CPAM...), ce taux varie pour les mêmes périodes couvertes, et ce avec parfois 4 % de différence (cf. Annexe 4). De même, cette méthode de calcul sous-évalue le taux de couverture réel puisqu'il ne comptabilise pas les femmes bénéficiant d'autres régimes de sécurité sociale (26), tout comme les frottis impayés ou mal quotés, les oublis d'envoi de feuille de sécurité sociale et les frottis réalisés dans le cadre hospitalier qui sont de l'ordre de 15 % du volume global de FCU (1)(2)(18). Ces chiffres restent toutefois insuffisants.

De plus, alors qu'on observait une amélioration du taux de couverture jusque dans les années 2007-2008, la tendance actuelle serait à la diminution : le taux pour la période 2006-2008 était de 57,7% et serait actuellement à 55,8 % - sur la période 2013-2015. Un article récemment paru dans le Journal Européen de la Prévention des Cancers (JECP) et réalisé par un groupe de chercheurs de l'INSEE souligne aussi cet affaiblissement du dépistage individuel en France. D'après leurs analyses, celui-ci aurait débuté après 2007 (7).

Enfin, un rapport de l'HAS datant de 2013(12) indique que sur l'ensemble des FCU réalisés dans le cadre du dépistage individuel, seuls 8% des frottis le sont au rythme adéquat, c'est-à-dire de façon triennale. On observe notamment que 40% (12) à 50% (2) des femmes seraient trop souvent dépistées. Parmi elles, 52,7 % auraient un rythme de FCU tous les 2 ans et 7,2 % annuel - pour la période 1995-2000 (2) (12). A l'inverse, pour 37% des femmes insuffisamment dépistées, le dernier FCU daterait de plus de 6 ans (2).

L'ensemble de ces données met en exergue les insuffisances de l'organisation actuelle du dépistage en France.

Concernant notre département, le taux moyen de couverture par FCU pour la période 2011-2014 était estimé à 60,3% – Sources CNAM du 29/04/2015. Les derniers chiffres fournis par la CPAM du Finistère estimaient un taux de femmes sans frottis durant ces deux dernières années (avril 2013 à mars 2015) de 53,5% au sein de notre département (cf. Annexe n°5), pour

une couverture nationale du FCU estimée à 55,8 % entre 2013-2015 - *Sources CPAM Finistère (cf. Annexe n°4).*

III-1-a-2 Données déclaratives

Une autre manière d'estimer le taux de couverture du FCU est permise grâce aux enquêtes déclaratives menées en population générale. Il en résulte nécessairement une surestimation du taux de couverture réel, ces enquêtes étant soumises à différents biais difficilement évitables (biais de sélection - *dû à l'acceptation et à la participation des femmes les plus intéressées et informées* ; le biais de non réponse – *dû à la non-participation des personnes les plus précaires ou gravement malades*, et le biais d'information – *lié à la sur-déclaration des conduites de dépistage des personnes interrogées dans ces études, liées aux biais de mémoire, aux biais de réponse « socialement acceptables » ou « attendues »*) mais cela permet d'estimer une tendance et d'en suivre son évolution (1).

Entre 2005 et 2010, on observait une amélioration du taux de couverture déclarée pour les femmes de moins de 50 ans (à l'exception de la tranche d'âge 40-44 ans), mais une diminution concernant les femmes de plus de 50 ans (de 10% pour la tranche d'âge 55-59 ans) – (*cf. Annexe n°8*) (26). La tendance générale actuelle serait en faveur d'une diminution de taux de participation des femmes au dépistage du CCU depuis 2010.

D'après les données du Baromètre Santé 2010 (26), le taux de couverture du FCU déclaré était de l'ordre de 80% (*entre 75% et 85% selon les sources* (27)). On observait la même tendance au sur-dépistage avec 41% des femmes interrogées déclarant faire un frottis tous les 2 ans et 36% annuellement, le suivi triennal ne représentait que 8 % des femmes (26).

III-1-b Des inégalités manifestes

Il existe de fortes disparités au sein du territoire national quant à la participation des femmes au dépistage par FCU, comme l'illustre la carte représentant le taux de couverture du dépistage par FCU au niveau régional (*cf. Figure n°9*).

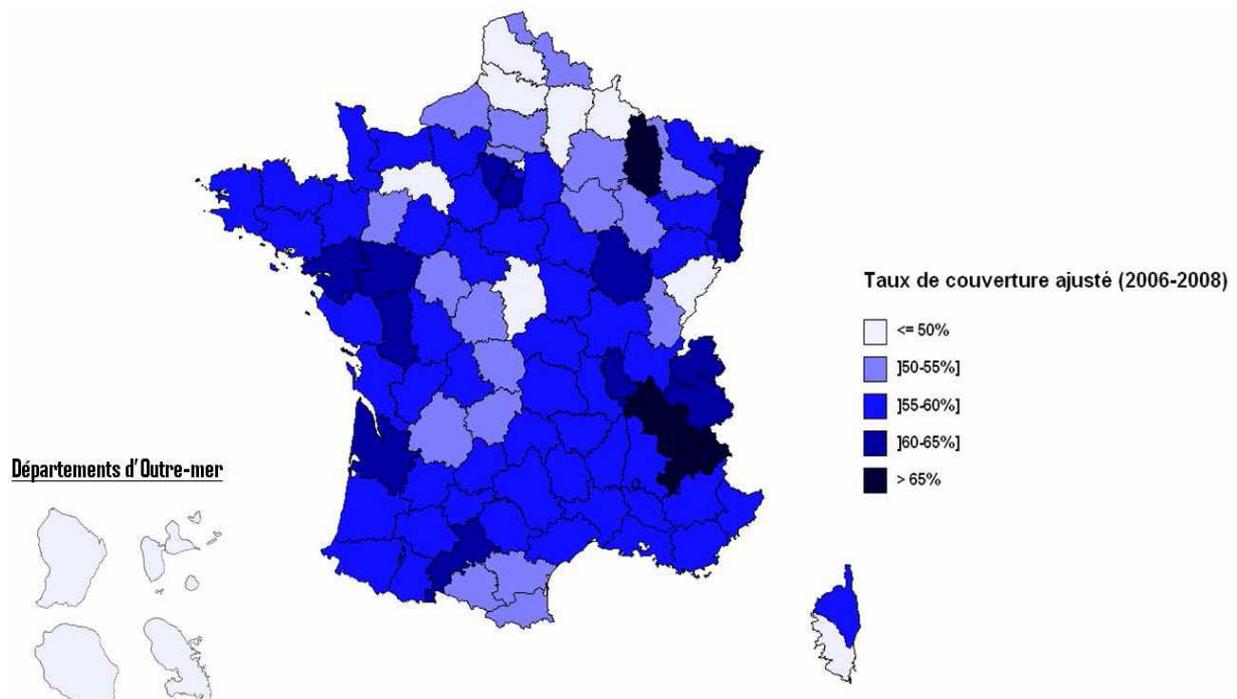


Figure n°9 : Taux de couverture du dépistage du FCU en France pour la période 2006-2008 : disparité inter départementale (28).

Au sein du Finistère, on observe également des disparités géographiques en termes de participation au dépistage, avec des taux de couverture sur deux ans variant de 56,4% à 26,7% - respectivement Plabennec et le Guilvinec (cf. Annexe 5).

Tout comme la baisse de l'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus observée entre les années 1980 et 2000 était attribuable à la pratique de plus en plus répandue du FCU (9), les disparités géographiques s'expliquent elles-aussi en grande partie par l'inégalité d'accès au dépistage. On observe des taux de couverture du FCU très variables entre les régions et au sein même des départements.

Les deux principaux facteurs reconnus comme influençant fortement la participation au dépistage sont la difficulté à être suivie par un gynécologue et le niveau social des patientes (29). Le risque individuel de chaque femme varie donc selon les possibilités d'accès aux soins ainsi que des facteurs socioculturels (7).

III-2 Limites et freins connus au dépistage par FCU en France

III-2-a Freins liés à l'organisation du parcours de soins : problème de démographie médicale et difficultés d'accès aux soins - *facteurs géographiques*

Comme évoqué précédemment, on remarque une disparité importante des taux de couverture par FCU au sein du territoire, aussi bien entre les régions qu'au sein même des départements. L'une des explications de ce phénomène réside dans la variation de la démographie médicale des médecins gynécologues au sein du territoire (12). Il existe à la fois une insuffisance globale dans l'offre de soins des gynécologues, mais également une inégalité de répartition entre les différents territoires (*cf. Annexe 6*). On sait que certaines régions rurales ou certaines zones économiquement défavorisées souffrent particulièrement du manque de médecins, conduisant à des inégalités géographiques et sociales d'accès au dépistage (24).

Selon les chiffres de l'Agence Régionale de Santé (ARS) au 1^{er} janvier 2014, la moyenne nationale était de 5,4 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants et dans le Finistère, la moyenne départementale au premier janvier 2014 était de 3,3 pour 100 000 habitants ce qui était donc inférieur à la moyenne nationale (30). D'après les données de l'Ordre National des Médecins (*ne considérant que l'activité libérale ou mixte*) au 1^{er} janvier 2015, la densité à l'échelle nationale était de 0,37 gynécologues pour 10 000 femmes et de 0,4 pour 10 000 femmes à l'échelle du Finistère, avec respectivement une diminution de la densité entre 2008 et 2015 de 25,8% et de 0,3% (31). Pour assurer une couverture suffisante dans la population cible – *soit un frottis tous les 3 ans pour les femmes de 25 à 65 ans*, il faudrait au minimum 3 gynécologues pour 10 000 femmes, en considérant ces derniers comme seuls effecteurs du FCU (12). En 2010, ce seuil n'était atteint que par 19 départements en France (12).

Le problème de démographie médicale en France n'est pas nouveau mais reste encore actuellement très inégalitaire. On observe une aggravation de ce phénomène avec la pénurie de plus en plus marquée des gynécologues médicaux. La démographie aurait diminuée de plus d'un quart (25,9%) entre 2008 et 2015 au sein du territoire national (31). Ceci entraîne une sollicitation accrue des médecins généralistes et des sages-femmes pour le suivi gynécologique des femmes et le dépistage des cancers féminins.

La convention médicale signée en 2011 a appuyé ce fait en renforçant le rôle du médecin traitant comme acteur du dépistage, à travers le biais de la rémunération à la performance (25), en l'incitant à effectuer lui-même le prélèvement ou à adresser ses patientes pour sa réalisation (32).

S'ajoute à cette stratégie l'augmentation du nombre de femmes suivies par les sages-femmes et les centres spécialisés (consultations gynécologiques hospitalières, planning familial) afin de maintenir une offre de soins suffisante pour le suivi gynécologique des femmes.

III-2-b Facteurs « individuels » du côté des patientes

III-2-b-1 Facteurs démographiques

Selon l'âge

Il existe une disparité connue en fonction de l'âge (26). Le taux de couverture le plus élevé concerne les femmes de 35 à 44 ans, estimé à 59,2 % entre 2006 et 2011. Il n'est plus que de 57,6% chez les 25-34 ans et 53,4% chez les 45-54 ans, puis chute à moins de 41,7 % pour les femmes de plus de 55 ans (cf. Figure n°10)(19).

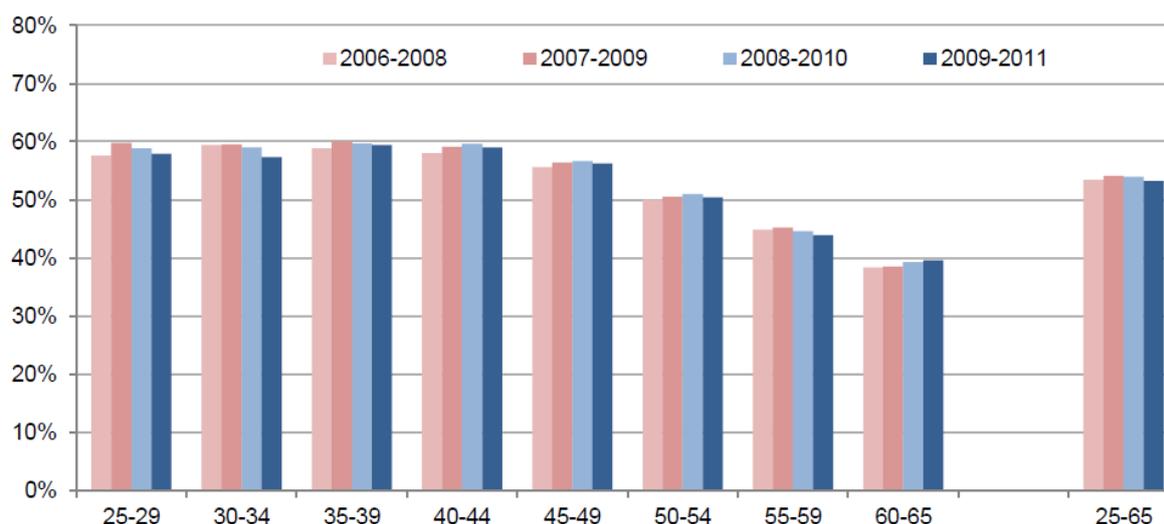
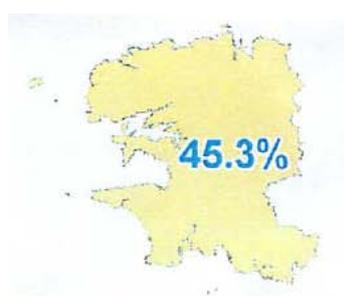


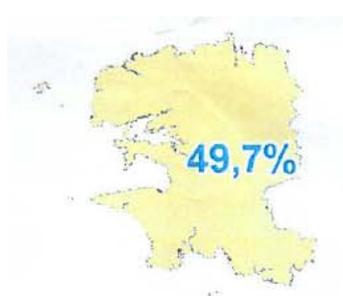
Figure n°10 : Estimations des taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans selon l'âge pour les quatre périodes glissantes de 3 ans entre 2006 et 2011 (données CnamTS) (19).

La même distribution est retrouvée lorsque l'on s'intéresse aux données déclaratives du baromètre santé 2010 (26) et de l'Enquête Santé et Protection Sociale de l'IRDES datant de 2008 (33) (cf. Annexe n°8).

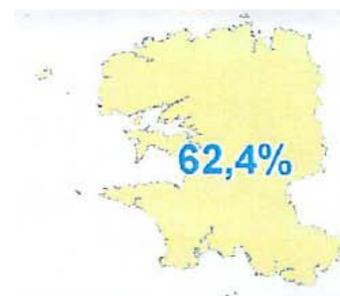
Au sein de notre département, on observe le même phénomène avec un taux de couverture moyen par FCU, calculé sur deux années, variant de 54,7% pour les femmes de 25 à 35 ans, à 37,6% pour celles de plus de 50 ans (cf. Figure n°11).



Femmes de 25 à 35 ans



Femmes de 35 à 50 ans



Femmes de plus de 50 ans

Figure n°11 : Part de femmes **sans frottis** au cours des **deux dernières** années (avril 2013-mars2015) Sources CPAM Quimper, 28/04/2015.

L'impact du niveau socio-économique sur la mortalité par cancer est largement démontré (1)(12)(18)(19)(29)(34) mais ce fait est particulièrement marqué pour le cancer du col de l'utérus (7)(8)(29)(35).

Selon le niveau socioéconomique

Parmi ces indicateurs on retrouve la catégorie socioprofessionnelle - *les femmes appartenant aux catégories les plus modestes étant deux fois moins dépistées que les cadres* (29), l'isolement social, les difficultés financières (27), l'insécurité du lieu de vie ou le fait de percevoir le RMI (29). Les bénéficiaires de la CMU ou les affiliées au RSI (Régime Social des Indépendants) ou à la MSA (Mutualité Sociale Agricole) bénéficient également moins du dépistage (12)(27).

Selon le niveau d'éducation

Le faible niveau d'études, indépendamment de la catégorie professionnelle, semble jouer un rôle, puisque les femmes n'ayant pas fait d'études sont souvent moins dépistées que les autres (24)(20)(22)(29).

Des résultats similaires sont retrouvés via les données déclaratives de l'enquête Santé et protection sociale 2008, menée par l'IRDS (Institut de Recherche et de Documentation Statistique), avec un gradient très net de la pratique du frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années selon le niveau d'études, ainsi que le niveau socio-professionnel des femmes répondant à l'enquête (19)(33).

Selon le statut en couple

On observe que les femmes célibataires se font moins dépister que celles étant en couple (24)(22), ce qui est également retrouvé dans les enquêtes déclaratives.

Dans le cas du cancer du col de l'utérus, les problématiques sociales ont une implication directe sur l'incidence et la mortalité de ce cancer (29). Ceci s'explique en partie par le faible recours aux consultations chez un spécialiste de par la contrainte financière (*beaucoup de spécialistes ayant recours aux tarifs du secteur deux*). Une autre explication réside dans le fait que les personnes en situation de précarité consultent essentiellement pour des problèmes de santé aigus et rarement pour un suivi ou un bilan systématique, ce qui limite la possibilité de

réaliser des mesures de prévention. Celles-ci sont d'ailleurs parfois mal comprises, perçues comme intrusives, ne concernant pas le motif de consultation initial.

A noter que ce phénomène n'est pas retrouvé pour le cancer du sein (29).

III-2-b-2 Freins rapportés par les patientes

Freins liés aux contraintes organisationnelles et matérielles :

Le manque de temps est fréquemment rapporté comme principal obstacle à la réalisation du FCU (36)(26)(37), de même que le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le gynécologue (36)(26), les difficultés pour s'y déplacer (37) ou le coût de l'acte (36)(12).

Freins psychologiques :

De nombreux freins d'ordre personnel sont mentionnés par les patientes. Parmi eux sont retrouvés :

- la peur liée à la découverte d'une maladie grave (37),
- la gêne de l'examen avec un sentiment d'intrusion (36)(38)(39)(37), renforcée par l'absence de symptôme - *entraînant parfois une incompréhension de la démarche* (39)(12) - et la problématique du tabou faisant référence à la sexualité (36)(39). *Dans certaines études, presque 60% des femmes trouvent l'examen gênant, même si 60% d'entre elles le déclare non douloureux* (26),
- la peur d'avoir mal (36)(40),
- une expérience de frottis antérieurs mal vécue (41),
- la relation avec le(s) professionnel(s) de santé (37),
- la négligence vis-à-vis de « sa santé »(40),
- la représentation de la maladie (36)(39).

Freins liés à la méconnaissance et aux fausses croyances :

Le manque d'information est connu pour être un motif important de non-participation aux campagnes de dépistage (36)(38)(24)(26)(22).

➤ Concernant l'anatomie et le corps :

La localisation de l'utérus et du col et la connaissance de sa propre anatomie font souvent défaut, notamment chez les femmes les plus âgées (41).

➤ Concernant la maladie :

Les femmes les plus jeunes ne se sentent pas concernées par le dépistage, tout comme les femmes ménopausées qui pensent ne plus être à risque de développer un cancer (24)(39)(12). Certaines femmes pensent, qu'en absence de rapport sexuel, il n'est plus utile d'être dépistées (36). L'une des raisons les plus fréquemment invoquées par les femmes pour expliquer la non-réalisation récente de frottis est l'absence de symptôme (26).

Ces différentes déclarations témoignent de l'absence de compréhension du lien entre la maladie - le cancer - et la surveillance par le FCU, ce qui ne favorise pas l'adhésion au dépistage (41).

Enfin pour certaines femmes, le lien entre la maladie et une infection sexuellement transmissible en fait un caractère « honteux » qui ne les incite pas à oser en parler et évoquer les moyens de se faire dépister (39).

➤ Concernant le dépistage et ses modalités :

Dans l'enquête barométrique de 2010, 66 % des femmes qui n'avaient pas eu de FCU récent déclaraient méconnaître le geste, son intérêt (26), ainsi que les modalités pratiques du dépistage (37). De même, la méconnaissance du caractère triennal ou le fait de ne plus se souvenir de la date du dernier frottis sont souvent rapportés pour expliquer l'absence de FCU récent (26)(37)(12).

➤ Concernant la prévention:

Lorsqu'on leur pose la question de l'importance du dépistage, la majorité des femmes reconnaissent son rôle protecteur pour leur santé. Cependant, en pratique les actions menées - *comme le suivi gynécologique systématique* - sont moins bien comprises (40). En effet, une campagne de dépistage s'intéresse à une population dite « saine », c'est pourquoi il est parfois difficile de faire adhérer les individus (22)(36), d'autant plus lorsqu'il existe d'autres préoccupations de santé ou d'ordre sociales (37). Bon nombre de femmes reconnaissent consulter leur médecin seulement si elles présentent des symptômes (26)(39)(40). La culture de la prévention est donc encore insuffisante et insuffisamment comprise (40)(42). Il persiste également une confusion entre dépistage et diagnostic, difficile à lever (41).

Freins liés au manque de communication

Certaines femmes reprochent un manque de sollicitation : le fait qu'on ne leur ait pas proposé ne les aurait pas incitées à le faire (36)(24)(43)(37).

Même si les bénéfices du dépistage en termes de réduction de la mortalité par cancer du col de l'utérus sont largement reconnus, il persiste en France encore actuellement de fortes inégalités et de nombreux freins concernant ce dépistage et la prise en charge de ce cancer.

L'objectif du Plan cancer 2014-2019 est d'atteindre un taux de couverture national du dépistage du cancer du col dans la population cible de 80%, afin de diminuer la mortalité de 30% en 10 ans (44). Il prévoit entre autre la généralisation du dépistage organisé afin de réduire les inégalités d'accessibilité au dépistage pour augmenter le taux de couverture par FCU. Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) confirme cette position en plaçant le dépistage par le FCU comme l'instrument essentiel de la stratégie de prévention du cancer du col de l'utérus, la vaccination venant en complément (27).

III-3 La problématique en médecine générale

III-3-a Place du médecin généraliste

Le médecin traitant occupe une place privilégiée dans la politique de prévention (22)(23)(45)(46). Il participe à lutter contre les inégalités d'accès aux soins - notamment au dépistage - dans la mesure où l'offre de soins lui est plus favorable, et parce qu'il est amené à rencontrer une part importante de la population générale, étant le premier maillon de la chaîne de soins. Il est parfois le seul interlocuteur médical des populations les plus défavorisées (24).

Selon les données de l'ARS, en 2014, la densité nationale en médecins généralistes était de 158,0 médecins pour 100 000 habitants et la densité départementale au sein du Finistère de 154,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants (30). Selon les données émanant de l'Ordre National des Médecins, au 1^{er} janvier 2015, la densité nationale en médecins généralistes était de 133,4 médecins pour 100 000 habitants et de 93.médecins pour 100 000 habitants au niveau départemental - *avec une variation respectivement de 7,4% et de 5,6% entre 2007 et 2015* (31). Notre département se situe donc légèrement en dessous de la moyenne nationale.

Rappelons que dans le cadre d'un dépistage opportuniste, la relation médecin-patient a un impact important sur l'adhésion au dépistage (22)(23)(26)(46)(47), puisque le recrutement des femmes cibles se fait à l'initiative du médecin.

Les motifs de consultations gynécologiques en médecine générale laissent une porte ouverte pour évoquer la question du dépistage des cancers gynécologiques. La prescription de la contraception en est un, et ce d'autant plus qu'elle nécessite une consultation annuelle. De par la pénurie des gynécologues, les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités à cet égard (47). Cependant, on observe aussi une tendance à la diminution de la démographie médicale concernant cette spécialité - *comme le souligne l'évolution démographique entre 2007 et 2015 (cf. infra)* - tant au niveau national que départemental, ces derniers devant alors répondre également à une demande croissante en soins primaires.

III-3-a-1 Dans le suivi du dépistage

Dans certaines études (48)(49) et travaux de thèse (50)(51) s'intéressant aux opinions des médecins généralistes en matière de dépistage des cancers féminins, ces derniers reconnaissent dans leur grande majorité - l'efficacité de ce dépistage (*pour 79% d'entre eux selon l'enquête barométrique de l'INCa/BVA de 2010* (48)). Mais selon cette même enquête, seuls 45 % d'entre eux déclarent vérifier systématiquement le statut à jour du frottis dans la population cible.

Parallèlement à ces données, les patientes rapportent à 34% (24) ou 64,1% (22) selon les études, le fait qu'aucun médecin généraliste n'aurait évoqué la question du dépistage du cancer du col de l'utérus avec elles.

III-3-a-2 Dans la pratique du FCU

Les pratiques sont très hétérogènes selon les médecins en ce qui concerne le frottis et le suivi du dépistage (23)(46). Selon l'enquête barométrique de l'INCa de 2010 interrogeant les médecins généralistes, seuls 50 % d'entre eux pratiqueraient cet examen (48). Dans une enquête réalisée en Bourgogne en 2004, 75 % à déclaraient réaliser les frottis, et dans 80% des cas, de leur propre initiative (41). Une étude similaire réalisée en Bretagne en 2005 retrouvait le chiffre de 37%, avec une prédominance féminine (47).

Il en est de même quant à la régularité de la pratique du FCU. En effet, dans une enquête réalisée en 2012 auprès de médecins généralistes du Tarn et s'intéressant aux gestes techniques pratiqués en médecine générale (52), parmi les médecins réalisant les FCU - *soit 67,7% des médecins de l'étude* - on observait que 32,8% d'entre eux en réalisaient au maximum 5 FCU par an.

III-3-a-3 Dans le volume global de FCU

En 2010 en France, seulement 10% (18)(53) des FCU étaient réalisés par les médecins généralistes - entre 2,5 à 4 % selon l'Inca(7) - avec encore une fois des disparités selon les départements (en Alsace, 2,5 % des FCU étaient réalisés par des médecins généralistes contre 14% dans le Doux en 2006 (20)).

Dans des enquêtes déclaratives interrogeant les patientes, 6,8%(22) à 11% (26) des femmes citent leur médecin généraliste comme préleveur du frottis, contre 80 % leur gynécologue.

Cependant, parmi les femmes qui réalisent un FCU tous les 3 ans, le médecin généraliste est à l'origine du prélèvement quatre fois plus souvent que lors d'une pratique annuelle laissant supposer qu'ils respectent davantage les recommandations concernant le rythme trisannuel des frottis (26). Ceci peut également expliquer en partie la faible part de FCU réalisée par ces derniers dans le volume global de FCU, puisque mécaniquement le nombre annuel de FCU réalisés est moins élevé.

III-3-a-4 La tendance actuelle

Un article récemment publié dans l'European Journal of Cancer Prevention (54) est basé sur les données de trois enquêtes trans-catégorielles conduites parmi des échantillons représentatifs de médecins généralistes français en 1998, 2002 et 2009. Cet article souligne la baisse importante du nombre de praticiens réalisant les FCU en médecine générale, alors que la pénurie de gynécologues contraint de plus en plus de femmes à abandonner leur suivi gynécologique. L'enquête réalisée en Bretagne en 2005 montrait une évolution similaire de la pratique du FCU en médecine générale (47).

Ces études révèlent un contraste entre la reconnaissance par le médecin généraliste de son rôle en tant qu'acteur important de la prévention et son implication réelle. Cette discordance s'explique par différents mécanismes.

III-3-b Difficultés rencontrées à la réalisation du FCU en médecine générale

III-3-b-1 Côté médecin

➤ Les problèmes organisationnels :

La gestion du temps est un facteur souvent rapporté comme limitant les mesures de prévention en médecine générale (23)(37)(40)(47)(53). On retrouve par exemple les motifs de consultation multiples, motif de consultation d'urgence primant sur le suivi systématique, la salle d'attente pleine, ou encore la contrainte du matériel (tables d'examen inadaptées, spéculum, pots de recueil, ...).

➤ Les problèmes de formation

Il existe une obligation légale de formation continue depuis 1996 (loi Juppé), avec une spécificité pour le suivi gynécologique rappelée lors des recommandations de 1998 et 2002 (41). Mais cette formation n'est pas clairement définie, variant selon les universités et incombe le plus souvent à l'initiative du médecin lors de son cursus. Certains médecins généralistes se reconnaissent comme insuffisamment formés pour le suivi gynécologique de leurs patientes (36). Parallèlement, on remarque que les médecins qui réalisent les frottis sont le plus souvent ceux ayant bénéficié d'une formation en gynécologie ou d'une sensibilisation au dépistage (48).

➤ Le problème de reconnaissance :

La reconnaissance de la compétence du médecin généraliste concernant le suivi gynécologique et les actes de dépistage n'est pas acquise. Une part importante des femmes pense que seul le gynécologue est habilité à les réaliser (46). Cependant, cette tendance est moins vraie pour les femmes de catégories sociales « moyennes » ou « faibles » (23).

➤ Problème de répartition des « rôles » :

La place du médecin généraliste par rapport au gynécologue en tant qu'acteur du suivi gynécologique et du dépistage des cancers féminins n'est pas clairement définie et certains médecins craignent que la relation avec leurs confrères gynécologues soit « mise à mal » (23).

➤ Difficultés à expliquer la démarche de dépistage :

Certains médecins admettent éprouver des difficultés à proposer ce dépistage à des patientes qui n'en sont pas demandeuses. Cette démarche pouvant être perçue comme intrusive d'autant plus qu'il existe encore beaucoup d'incompréhension autour de la maladie, de ses vecteurs et des moyens de prévention.

➤ Problèmes relationnels et gêne réciproque :

Enfin, l'un des freins majeurs rapporté par les médecins généralistes est le caractère tabou du geste faisant référence à la sexualité (50)(55)(51)(47)(41). Ceci entraîne une gêne réciproque, avec une réticence à proposer le dépistage de la part des médecins, ces derniers craignant de casser la relation de confiance qu'ils ont construite avec les patientes et qui est nécessaire à l'acceptation de toute démarche de soins.

III-3-b-2 Côté patiente

➤ Méconnaissance de la possibilité de faire un frottis chez le médecin généraliste et de sa compétence à le réaliser :

Ceci est souvent cité comme frein au dépistage chez le médecin généraliste (36)(38).

➤ La familiarité du contact avec le médecin traitant

Tout comme du côté des médecins généralistes, certaines femmes évoquent une réticence à réaliser le FCU chez leur médecin traitant, souhaitant préserver leur intimité en séparant le suivi classique du suivi gynécologique (50)(38)(56)(53). Cependant certaines femmes

rapportent le sentiment inverse, déclarant se sentir plus à l'aise avec leur médecin traitant (24).

III-4 Facteurs d'adhésion au dépistage

III-4-a Information et médiation

Même si la prévention est reconnue par les femmes comme un élément important pour améliorer leur santé, sa mise en pratique reste cependant moins évidente (24)(40).

Des actions menées dans le but d'augmenter l'adhésion au dépistage ont montré que l'utilisation de supports éducatifs et de campagnes d'information sur la maladie, ses facteurs de risques, les possibilités de dépistage et le rythme préconisé, favorisaient l'adhésion au dépistage (45)(12). Ces mêmes études ainsi que d'autres travaux ont mis en évidence l'importance de l'information concernant la maladie et les moyens de la prévenir (45), mais également de la relation médecin- patient (38) et de la sollicitation régulière des patientes (12).

Ce fait est appuyé par les données des enquêtes déclaratives où le fait « d'en avoir entendu parler » est rapporté comme un facteur favorisant l'adhésion au dépistage (12). De même, dans l'enquête du Baromètre Santé 2010 (26), 13 % des femmes interrogées citent spontanément l'évocation du FCU par leur médecin généraliste comme facteur les ayant incitées à effectuer le dépistage. Ceci est également rapporté dans une enquête de la DRASS réalisée en 2004 interrogeant les femmes sur leur relation à la santé et au système de soins (43).

III-4-b Organisation du parcours de soins

Beaucoup de femmes rapportent ne plus se souvenir de quand avait été réalisé leur dernier frottis. Dans les départements où a été testé le dépistage organisé, l'utilisation de procédure de rappel incitant à réitérer les frottis favorise la bonne conduite du dépistage (45). Le fait d'être suivi régulièrement par un médecin est un facteur associé à la bonne conduite du dépistage du cancer du col de l'utérus (12).

IV Conclusion

Il existe de nombreux freins entravant la participation des femmes au dépistage et expliquant le faible pourcentage de FCU réalisés par les médecins généralistes.

Selon les études, on estime que 17 à 30 % des femmes consultant en médecine générale sont insuffisamment dépistées, laissant donc l'opportunité au médecin généraliste de les inciter à réaliser les frottis.

Dans les enquêtes déclaratives, les femmes reconnaissent une certaine passivité vis-à-vis des démarches préventives et mentionnent comme frein à leur participation le fait qu'on ne leur ait pas proposé le dépistage par FCU.

Le rôle du médecin traitant dans le dépistage du cancer du col ne se limite donc pas à la pratique du frottis. Mais il joue également un rôle important dans l'information délivrée aux femmes et il est important qu'il les encourage à participer au dépistage, étant le plus souvent leur premier interlocuteur de Santé.

PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE

I Contexte

Le dépistage du cancer du col de l'utérus, même s'il est largement répandu en France, n'arrive à atteindre que la moitié de la population cible (55,8 % *lors des dernières estimations pour la période juillet 2013- juin 2015 selon les chiffres fournis par la CnamTS, hors régime spéciaux – RSI/MSA*), de par son caractère opportuniste nécessitant un recrutement passif lors d'un recours aux soins auquel s'associent de nombreux freins pouvant entraver la participation des femmes, ainsi que celles des médecins généralistes.

Le but de notre travail est d'essayer de comprendre quels sont les principaux facteurs qui empêchent les femmes - consultant en médecine générale - de réaliser les FCU ; et de proposer des solutions simples applicables en médecine générale en prenant en compte ces difficultés.

II Problématique

Nous souhaitons répondre à la question suivante :

Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin ?

III Objectifs de l'étude

III-1 Objectif primaire

Nous nous sommes intéressés à évaluer l'impact de la communication réalisée par le médecin généraliste autour du suivi gynécologique et du FCU sur la participation des femmes au dépistage du cancer du col.

III-2 Objectifs secondaires

Nous souhaitons également :

- évaluer les connaissances des femmes de la population cible sur le frottis, le dépistage, leur moyen d'information, ainsi que leur ressenti vis-à-vis du suivi, de leurs connaissances et ce qu'elles souhaitaient améliorer,
- estimer la proportion de femmes « candidates » au dépistage par le FCU, consultant en médecine générale et n'étant pas correctement dépistées, ainsi que les caractériser,
- comparer les sous-groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » pour comprendre ce qui les différencie en termes de caractéristiques démographiques, de connaissances, de parcours de soins, d'adhésion ou réticence au dépistage et dans leur relation avec leur médecin traitant.

IV Matériel et méthode

IV-1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale, descriptive, multicentrique, qui s'intéresse aux femmes âgées de 25 à 65 ans, consultant dans un cabinet de médecine générale du département Finistère (29), entre Mai et Juin 2015.

Elle repose sur des questionnaires déposés dans les salles d'attente des cabinets de médecins généralistes du Finistère ayant accepté notre étude, de mai à juin 2015.

IV-2 Période de l'étude

Le questionnaire a été élaboré courant mai 2015. Nous avons effectué une première phase test dans deux cabinets afin d'évaluer l'acceptabilité de notre étude auprès du public concerné, et d'estimer la durée nécessaire à la constitution d'un échantillon de femmes ne bénéficiant pas du dépistage suffisamment conséquent pour être analysable. L'objectif était fixé à 50. Sur les deux cabinets tests, une femme sur 10 était insuffisamment dépistée, ce qui confirmait les estimations retrouvées dans la littérature (39)(46). Notre objectif était donc de récupérer 500 questionnaires exploitables. Au total, plus de 600 questionnaires ont été déposés, répartis dans les 18 centres sélectionnés en fonction du nombre de médecins.

Le dépôt des questionnaires et le recueil des urnes se sont déroulés de fin mai à début juillet 2015. En moyenne il fallait environ 10 jours pour arriver à l'épuisement des questionnaires.

La période d'inclusion et de recueil se confondaient puisque nous récupérions l'urne une fois que le stock de questionnaires était épuisé.

La saisie brute des données s'est déroulée en juillet 2015, et le tri et la classification des questionnaires mis de côtés (*problèmes de plusieurs réponses, incohérences, non lisible, ...*)

en août 2015. Le calcul ainsi que l'analyse statistique des résultats se sont déroulés en septembre.

IV-3 Population étudiée

IV-3-a Recrutement dans des cabinets de médecine générale

Les cabinets de médecine générale ont été recrutés via l'annuaire des pages jaunes par contacts téléphoniques ou en les rencontrant sur place directement. Une lettre de présentation était fournie ainsi qu'un exemplaire du questionnaire (cf. *Annexe n°9 et n°10*). Après accord de leur part, nous avons déposé le matériel (affiches informant de l'étude, questionnaires papiers et crayons, boîte de recueil). Tous les cabinets ont accepté de participer à notre étude.

(Nous n'avons pu étendre à plus de centres faute de moyens matériels (distance à parcourir, temps limité) et humains (un seul examinateur) suffisants.

Au total 18 cabinets ont été recrutés permettant de déposer plus de 600 questionnaires. Les centres étaient répartis sur l'ensemble du territoire finistérien (cf. *Figure n°12*).

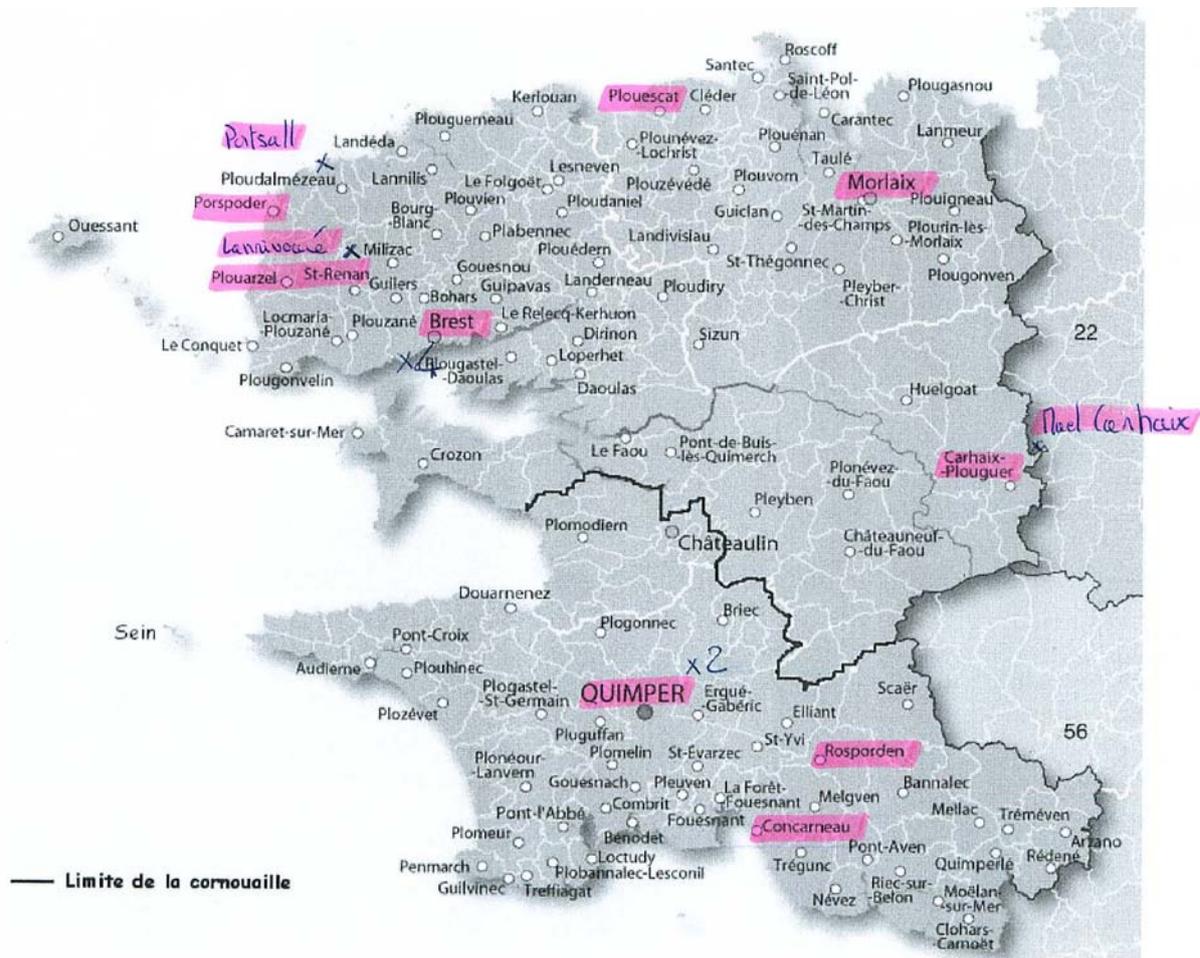


Figure n°12 : Localisation des 18 cabinets au sein du Finistère.

Le nombre de questionnaires délivrés par centre a été fixé à environ 20 questionnaires par médecins exerçant afin de remplir l'objectif des 500 questionnaires. Le nombre de questionnaires recueillis par centre était donc fixé par la méthode.

IV-3-b Population cible

Notre enquête s'intéressait à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans et consultant dans un cabinet de médecine générale du Finistère (*à l'exception d'un centre situé en zone limitrophe, situé dans le département des Côtes d'Armor*).

IV-4 Le Questionnaire (cf. Annexe n°10)

Nous avons élaboré le questionnaire via une revue de la littérature concernant divers travaux de thèses, articles scientifiques et rapports (24)(36)(37)(38)(39)(40)(45)(47)(56)(57)(15) sur les obstacles à la réalisation du FCU par les femmes et les freins rencontrés en médecine générale à sa réalisation. Il a été réalisé en collaboration avec l'ADEC 29, l'association pour le dépistage des cancers du Finistère.

Le but était d'évaluer l'opinion des femmes, leur ressenti vis-à-vis du frottis, ainsi que leurs connaissances, les éventuels manquements et les solutions possibles à apporter en médecine générale. Le questionnaire était organisé de la façon suivante :

- la première partie permettait de caractériser les femmes de la population cible,
- la seconde concernait leurs connaissances sur le FCU et la manière dont elles avaient été informées,
- la troisième partie s'intéressait au positionnement et au questionnement du médecin traitant vis-à-vis du suivi gynécologique et du dépistage de leurs patientes ;
- enfin la quatrième partie permettait la création de deux groupes : le groupe des femmes correctement dépistées et celui des femmes insuffisamment dépistées. En fonction, nous recherchions les modalités de réalisation – *ou non* - du FCU et leurs motivations respectives.

IV-5 Déroulement de l'étude

IV-5-a Dépôts des questionnaires

Les questionnaires ont été déposés dans les salles d'attente des différents cabinets au cours des mois de mai et juin 2015 après accord du médecin. Par le biais d'affiche, nous expliquions succinctement l'étude et incitions les femmes à répondre à notre enquête. Les secrétaires pouvaient également informer les patientes sur notre étude lors de leur arrivée. Dans seulement un cabinet, par soucis d'organisation, les questionnaires ont été délivrés par les médecins.

IV-5-b Collecte des données

Les questionnaires ont été remplis en salle d'attente avant (*majoritairement*) ou après le rendez-vous avec le médecin généraliste, puis déposés dans une urne laissée à leur disposition, garantissant l'anonymat et la confidentialité du recueil.

IV-5-c Recueil des questionnaires

Le cabinet nous contactait quand il ne restait plus de questionnaires à disposition. Les boîtes étaient ensuite récupérées sur place sauf pour trois cabinets où nous avons procédé à un envoi postal.

IV-5-d Saisie des données brutes

Les données du questionnaire ont été saisies informatiquement dans le logiciel Microsoft Office Excel, à l'aide d'un tableau paramétré pour chaque item du questionnaire.

IV-5-e Classement des données

Au total 522 questionnaires ont été recueillis – *soit 87% des questionnaires déposés*. 18 questionnaires ont été exclus : 10 questionnaires étaient incomplets, 6 concernaient des femmes hystérectomisées et deux questionnaires se révélaient incohérents (*c'est-à-dire avec des réponses discordantes*).

9 questionnaires « indécis » avaient initialement été mis de côté pour des problèmes de classement et parmi eux, 5 ont pu être reclassés (*comme « insuffisamment dépistées »*) et 3 ont été exclus, ce qui fait un total de 509 questionnaires exploitables.

IV-5-f Analyse des données et test statistique

Pour l'analyse de ces données qualitatives, nous avons utilisé un test khi 2 afin de chercher une liaison statistique. Nous n'avons réalisé que des analyses uni-variées. Les résultats étaient considérés comme statistiquement significatifs si la *p-value* était inférieure ou égale à 0,05.

IV-6 Définitions des populations et des zones

IV-6-a Population «cible»

IV-6-a-1 Critères d'inclusion

Toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans consultant un cabinet de médecine générale du Finistère en mai et juin 2015, et ayant rempli lisiblement la moitié, ou plus de la moitié, des questions de chaque partie (*caractéristiques/connaissances/relation patiente-médecin/participation au dépistage*).

IV-6-a-2 Critères d'exclusion des questionnaires

Les questionnaires remplis insuffisamment – *c'est-à-dire moins de la moitié des questions de chaque partie*), inexploitable (*ratés, corrections non lisibles,...*), ou lorsque ni la question 21, ni la question 24 n'avaient été renseignées, ont été exclus. Les femmes ayant des antécédents d'hystérectomie ont également été exclues, ainsi que celles de moins de 25 ans ou plus de 65 ans.

IV-6-b Population de femmes « dépistées »/« insuffisamment dépistées »

IV-6-b-1 Femmes « dépistées »

Les femmes qui avaient eu un FCU dans les trois dernières années étaient considérées comme « dépistées ».

IV-6-b-2 Femmes « insuffisamment dépistées »

Les femmes dont le dernier frottis datait de plus de trois ans ou qui n'en avaient jamais eu étaient considérées comme « insuffisamment dépistées ».

IV-6-c Population de femmes « suivies »/« non suivies »

IV-6-c-1 Femmes « suivies »

Ce groupe concerne toutes les femmes ayant répondu « oui » à la question « êtes-vous actuellement suivie par un gynécologue ou un(e) sage-femme », ainsi que toutes les femmes dont le dernier frottis datait de moins de trois ans et avait été réalisé par un(e) sage-femme ou un gynécologue.

IV-6-c-2 femmes « non suivies »

Toutes les femmes ayant répondu « non » à la question « êtes-vous actuellement suivie par un gynécologue ou un(e) sage-femme ».

IV-6-d Définition des zones

IV-6-d-1 Zone rurale

Dans notre étude, a été définie comme « zone rurale » toutes communes de moins de 3 000 habitants regroupés et ne se situant pas dans la périphérie d'une ville (*c'est-à-dire à plus de 5 km d'une ville*) ; à l'exception de la commune de Rosporden qui comptent 7 500 habitants mais qui ne dispose d'aucun centre de soins (hôpital/clinique), ni gynécologue ou de laboratoire d'analyses médicales réalisant les frottis à moins de 15 km. C'est pourquoi nous l'avons également classé en « zone rurale ».

IV-6-d-2 Zone urbaine

Nous avons défini dans cette étude comme « zone urbaine » toutes communes de plus de 3 000 habitants regroupés, ou se situant dans la périphérie d'une ville.

IV-6-d-3 Zone à faible densité en médecins généralistes.

A été considérée comme « zone à faible densité en médecins généralistes » toute zone géographique où la densité était inférieure à 7,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants (*cf. Annexe 7*).

IV-6-d-4 Zone à faible densité en gynécologues

A été considérée comme « zone à faible densité en gynécologues » toute zone géographique où la densité était inférieure à 0,7 gynécologues pour 10 000 femmes (*cf. Annexe 7*).

IV-6-d-4 Zone à faible densité en sage-femmes

A été considérée comme une « zone à faible densité en sage-femmes » toute zone géographique où la densité était inférieure à 2,94 sage-femmes pour 10 000 femmes (cf. *Annexe 7*).

IV-6-d-5 Zone éloignée

A été définie comme une « zone éloignée » toute zone où la distance à parcourir pour pouvoir réaliser un FCU dans un centre agréé (*laboratoire avec un médecin biologiste, hôpital, clinique ou planning familial*) est de plus de 10 kms.

IV-7 Méthodologie de la recherche

Les recherches bibliographiques pour ce travail ont été réalisées en langue française principalement et en langue anglaise. Ces recherches se sont déroulées en grande partie avant le recueil des données afin de connaître l'état des lieux des connaissances sur le sujet choisi et aider à l'élaboration du questionnaire. Les moteurs de recherche qui ont été utilisés sont : Google, Google Scholar, Pubmed, TEL, Sudoc, These.fr, Cochrane, CAIRN, HAL.

Les mots clefs utilisés en langue française ont été par exemple :

- frottis cervico-utérin
- dépistage cancer du col
- médecine générale
- taux de couverture
- pourcentage de réalisation de FCU
- freins, obstacles, limites
- facteurs socio-économiques, inégalités
- HPV

V Résultats

V-1 Données descriptives

V-1-a Caractéristiques des cabinets de médecine générale (*cf.*
Tableau I)

Tableau n° I : Caractéristiques des 18 cabinets ayant participé à notre étude.

N° de Centre	Rural/ Urbain	Nombre de médecins par cabinet	Homme, femme, les deux (fê/hô)	Possibilité de faire FCU au sein du cabinet	Zone de faible densité en gynécologues	Zone de faible densité en médecins généralistes	Zone de faible densité en sage-femmes	Zone éloignée (si « Non », lieu où il y a la possibilité de réaliser du FCU à moins de 10 km)	Possibilité d'adresser à médecin généraliste proche (dans le même cabinet ou dans la même commune) pour faire un FCU
1	Urbain	3	Les deux (1/2)	Oui	Non	Non	Non	Non (hôp/clin/labo/planning)	Non connu
2	Urbain	3	Femmes	Oui	Non	Non	Non	Non (hôp/clin/labo/planning)	Non connu
3	Urbain	1	Homme	Non	OUI	OUI	OUI	Non (hôpital)	Oui
4	Rural	2	Hommes	Non	OUI	OUI	OUI	OUI	Non connu
5	Urbain	4	Hommes	Oui	Non	Non	Non	Non (hôpital/labo/planning)	Non connu
6	Rural	2	Les deux (1/1)	Oui	Non	Non	Non	OUI	Non connu
7	Urbain	2	Les deux (1/1)	Oui	OUI	Non	Non	Non (hôpital)	Non connu
8	Urbain	1	Homme	Non	Non	Non	Non	Non (hôpital/labo/planning)	Non connu
9	Urbain	1	Homme	Non	Non	Non	Non	Non (hôpital/labo/planning)	Non connu
10	Rural	1	Homme	Non	OUI	Non	OUI	OUI	Non connu
11	Urbain	5	Les deux (2/3)	Oui	OUI	OUI	OUI	Non (hôpital)	Non connu
12	Urbain	2	Femmes	Oui	Non	Non	Non	Non (hôpital/labo/planning)	Non connu
13	Rural	3	Les deux (2/1)	Oui	OUI	Non	OUI	OUI	Oui
14	Rural	3	Les deux (2/1)	Oui	Non	Non	Non	OUI	Non connu
15	Urbain	6	Les deux (3/3)	Oui	Non	Non	Non	OUI	Non connu
16	Rural	6	Les deux (2/4)	Oui	OUI	OUI	OUI	OUI	Non connu
17	Rural	2	Les deux (1/1)	Oui	OUI	OUI	OUI	OUI	Non connu
18	Urbain	1	Femme	Oui	OUI	Non	OUI	Non (hôpital+/-labo)	Non connu

V-1-a-1 Localisation au sein du département (cf. Tableau I)

18 centres ont été recrutés concernant 48 médecins sur les 891 médecins généralistes actuellement en activité dans le Finistère (*données de la CPAM du Finistère*). Sur les 18 centres, 11 se situaient en zone urbaine (61,11%) et 7 en zone rurale (38,89%) – soit respectivement 29 (60,42%) et 19 (39,58%) médecins.

V-1-a-2 Type d'exercice et ratio homme/femme (cf. Tableau I)

Il s'agissait majoritairement de cabinets de groupe, allant de 2 à 6 médecins installés, soit 13 cabinets sur 18 (72,22%) – concernant 43 des 48 des médecins ayant participé à notre étude (89,58 %). 5 médecins exerçaient seul c'est-à-dire 27,78 % des centres - ou 10,42% des médecins.

Concernant le ratio homme/femme des cabinets de médecins généralistes :

- 3 cabinets n'étaient composés que de femmes (16,67%), travaillant en groupe pour 2 cabinets et exerçant seule pour une d'entre elles,
- 6 cabinets n'étaient composés que d'hommes (33,33%), installés en groupe pour 2 cabinets et exerçant seuls pour 4 d'entre eux,
- et 9 cabinets étaient mixtes, ce qui concerne 50,00% de l'ensemble des cabinets ayant participé à notre étude et 69,23% des cabinets de groupe.

Au total, parmi les 48 médecins sélectionnés dans notre étude, il y avait 21 femmes (43,75 %) et 27 hommes (56,25 %).

A noter que parmi les cabinets de groupe (n=13), 6 se situaient en zone rurale (46,15%). On observe également que sur ces 6 cabinets de groupes exerçant en zone rurale, quasiment tous sont mixtes, à l'exception d'un centre.

V-1-a-3 Réalisation du FCU (cf. Tableau I)

Le FCU ne pouvait pas être réalisé dans 5 centres sur 18 (27,78%), ce qui concernait 6 des 48 médecins participant à notre étude (33,33%). Ces cabinets étaient composés exclusivement d'hommes (100%), travaillant majoritairement seul - c'est-à-dire 4 médecins sur les 6 ne pratiquant pas de FCU (66,67%). Parmi eux, un médecin déclarait adresser ses patientes à une collègue (16,67%).

V-1-a-4 Répartition selon la démographie médicale (cf. Figure n°13)

Parmi les 18 centres :

- 9 cabinets se situaient en zone à faible densité en gynécologues (50,00%),
- 5 se trouvaient en zone à faible densité en médecins généralistes (27,78%),
- 8 résidaient dans une zone à faible densité en sage-femmes (44,44%),
- 8 cabinets se trouvaient éloignés d'un centre de soins ou d'un laboratoire de biologie médicale réalisant le FCU (44,44%).

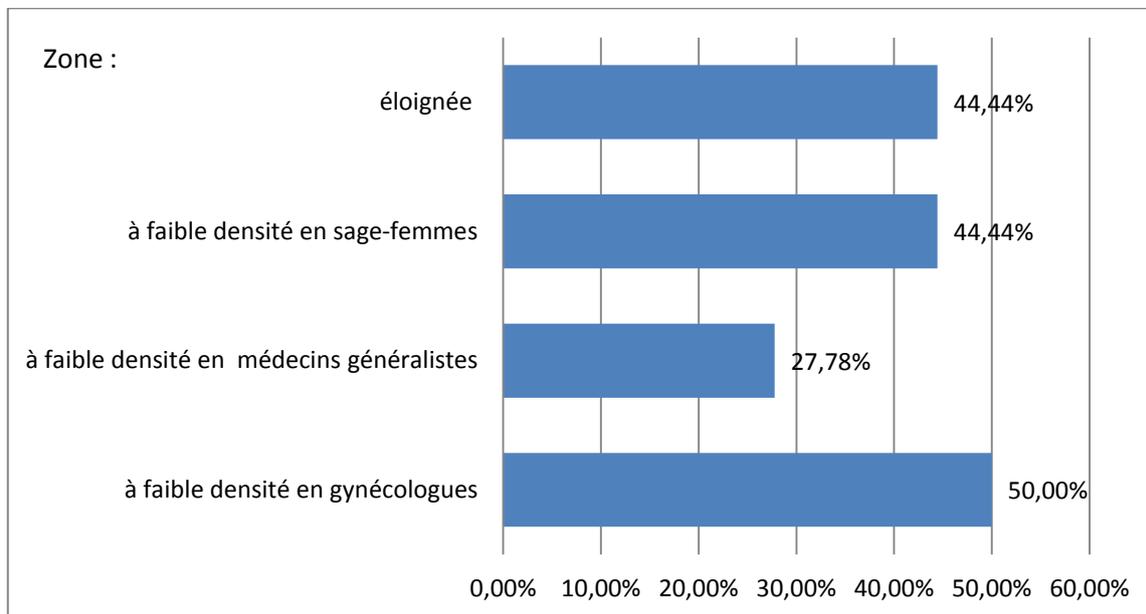


Figure n° 13 : Répartition des cabinets de médecine générale selon les différentes zones définies dans notre étude.

V-1-b Description de la population de femmes « cibles » - soit 509 femmes.

V-1-b-1 Caractéristiques générales

L'âge des femmes interrogées

Dans notre échantillon de femmes « cible », l'âge moyen était de 43,65 ans (+/- 10,85 ans). La répartition en fonction des classes d'âge était la suivante : 127 femmes avaient entre 25 et 35 ans (24,95%), 151 femmes avaient entre 35 et 45 ans (29,67%), 126 femmes avaient entre 45 et 55 ans (24,75%) et 105 femmes avaient entre 55 et 65 ans (20,63%) – (cf. Figure n°14). Au total, 151 femmes avaient plus de 50 ans (29,67%) – (cf. Figure n° 16).

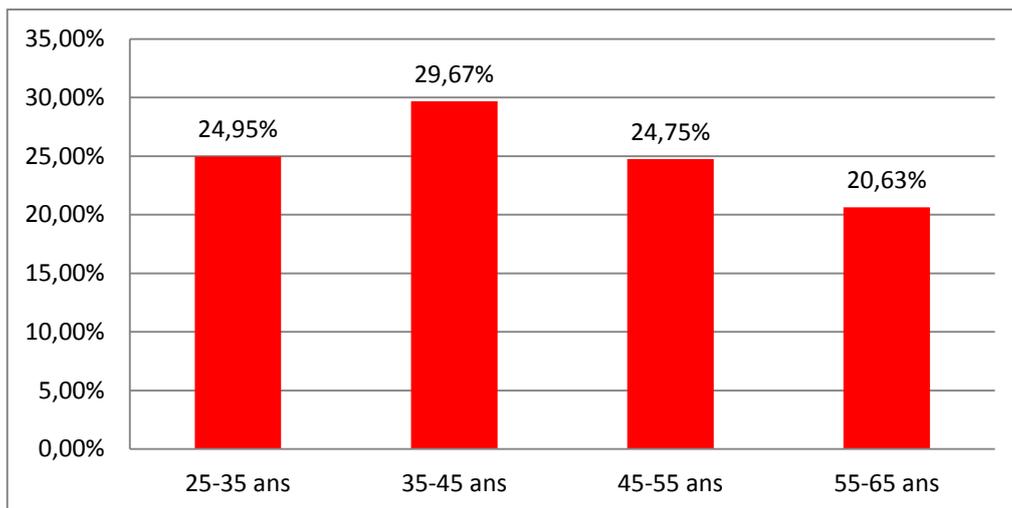


Figure n° 14 : Répartition des femmes de la population cible selon les classes d'âge.

La commune de consultation (cf. Figure n°15)

208 femmes consultaient en milieu rural (40 %) et 301 en milieu urbain (60 %).

Parmi les 509 femmes de la population « cible » :

- 224 femmes consultaient dans un cabinet situé dans une zone à faible densité en gynécologues (44,01%),
- 145 femmes consultaient dans un cabinet situé dans une zone à faible densité en médecins généralistes (28,49%),
- 212 femmes consultaient dans un cabinet situé dans une zone à faible densité en sage-femmes (41,65%),
- 238 femmes consultaient dans un cabinet éloigné d'un centre de soins ou d'un laboratoire de biologie médicale réalisant les FCU (46,76%).

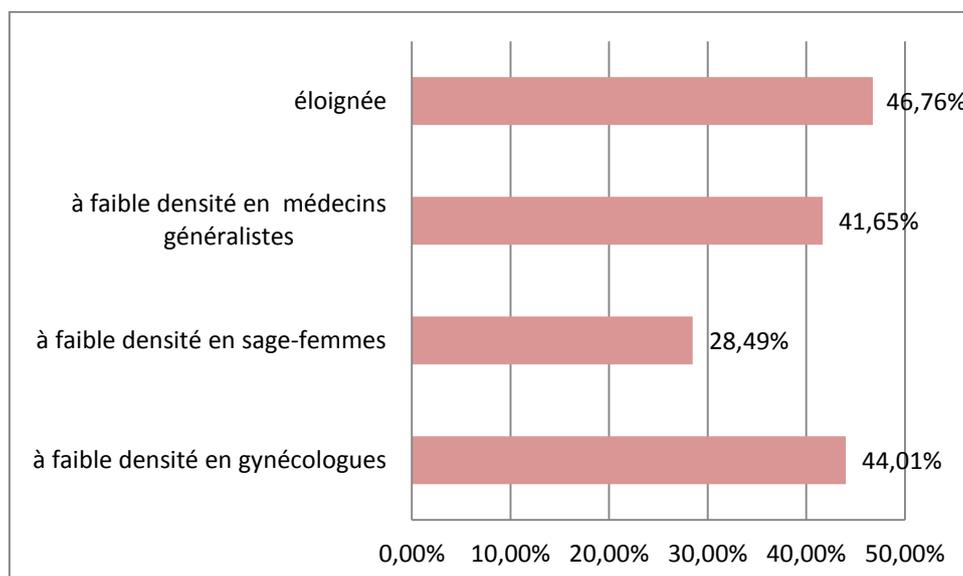


Figure n° 15 : Répartition des femmes de la population « cible » selon les différentes zones définies dans notre étude.

Parmi les femmes de la population « cible », 398 femmes (78,19%) consultaient dans un cabinet où il est possible de réaliser un FCU sur place et 111 (21,80) dans un cabinet sans possibilité de le faire.

Les grossesses, le suivi gynécologique, le fait d'être en couple et la participation au dépistage du cancer du sein (cf. Figure n°16)

440 femmes rapportaient avoir eu une ou plusieurs grossesses (86,44%), 433 femmes étaient suivies par un gynécologue ou un(e) sage-femme (85,40% - avec 2 non réponses (0,39%)), 426 femmes étaient en couple (84,69% - avec 6 non réponses (1,18%)). Parmi les femmes candidates pour le dépistage organisé du cancer du sein (femmes de 50 ans ou plus, n= 151), 131 y participaient (92,25%) - avec 9 (5,96%) femmes n'ayant pas répondu à cette question).

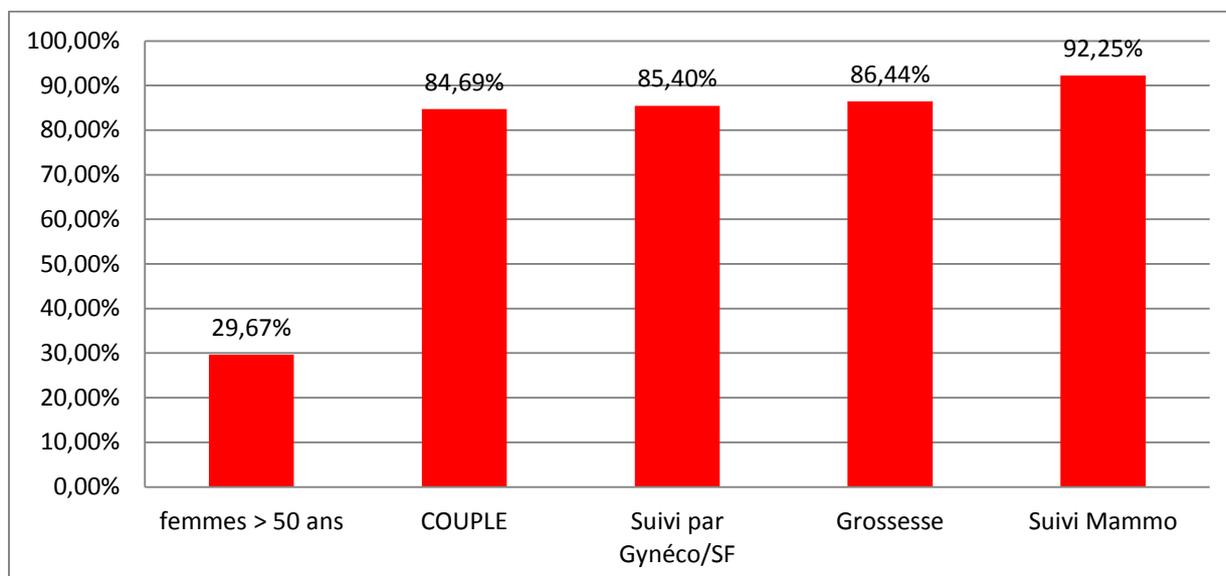


Figure n° 16 : Caractéristiques générales des femmes de la population « cible ».

A noter que parmi les 433 femmes suivies, 401 citent leur gynécologue comme préleveur des FCU (92,61%) et 16 femmes citent leur sage-femme (3,69%).

V-1-b-2 Informations et connaissances sur le FCU

La source de l'information (cf. Figure n°17)

433 femmes ont reçu une information concernant le FCU par leur gynécologue (85,07%), 265 par leur médecin généraliste (52,06%), 68 par leur entourage (13,36%), 46 par les médias (9,04%), 38 par les brochures ou affichages (7,47%) et 9 par internet (1,77%).

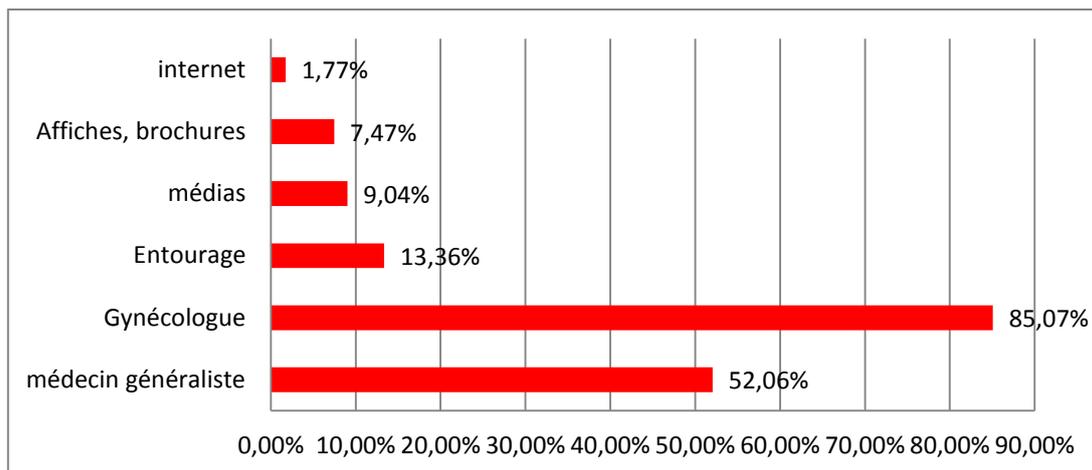


Figure n°17 : Source de l'information relative au FCU dans la population « cible ».

Le désir d'information (cf. Figure n°18)

392 femmes se disaient suffisamment informées (78,40%), 101 souhaitaient avoir plus d'informations (20,20%) et 7 femmes se disaient insuffisamment informées mais ne souhaitaient pas l'être davantage (1,40%) – avec 9 non réponses (1,77 % des questionnaires).

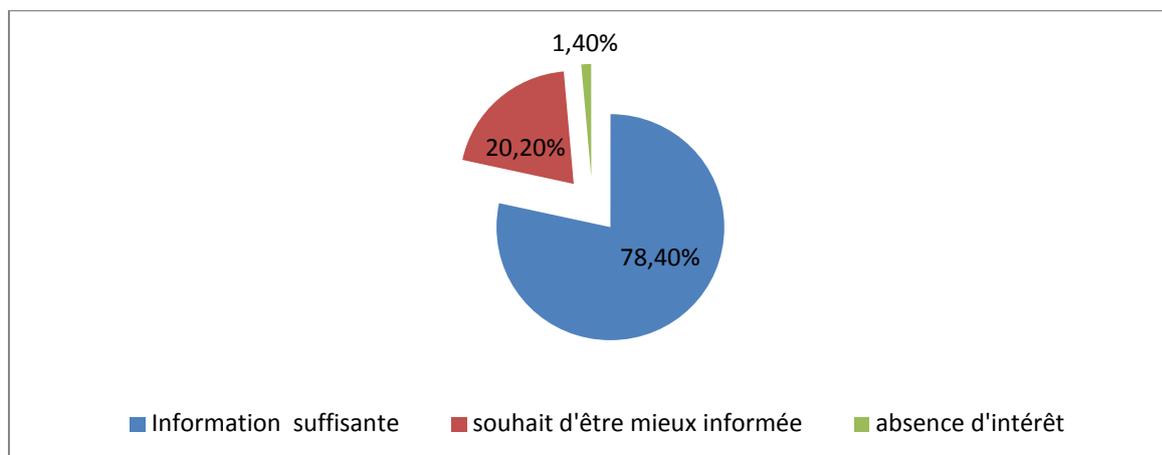


Figure n°18 : Désir d'information chez les femmes de la population « cible ».

L'habilitation à faire un FCU (cf. Figure n°19)

484 femmes savaient qu'il est possible de réaliser un FCU chez un gynécologue (95,09%), 352 à l'hôpital ou à la clinique (69,16%), 342 chez un médecin généraliste (67,19 %), 228 chez un(e) sage-femme (44,79%), 211 au planning familial (41,45%) et 98 au laboratoire d'analyses médicales (19,25%).

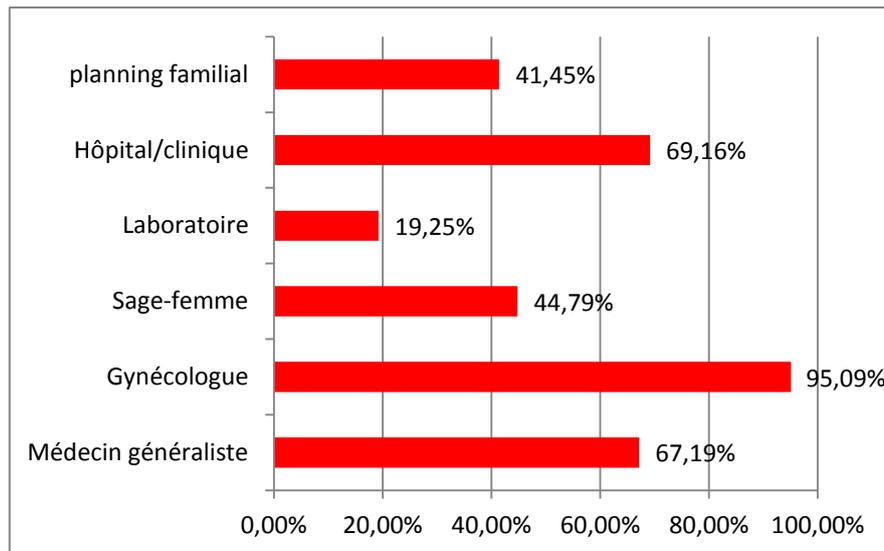


Figure n°19 : Connaissances des femmes de la population « cible » concernant les possibilités de réalisation du FCU.

L'intérêt du FCU (cf. Figure n°20)

438 femmes attribuaient la réalisation du FCU à l'éviction du développement d'un cancer (87,25%), 99 à la recherche d'une IST (19,72%), 81 à la recherche d'une mycose (16,14%) et 18 femmes disaient ne pas connaître son utilité (3,59%) – 7 femmes n'avaient pas répondu à cette question (1,37%).

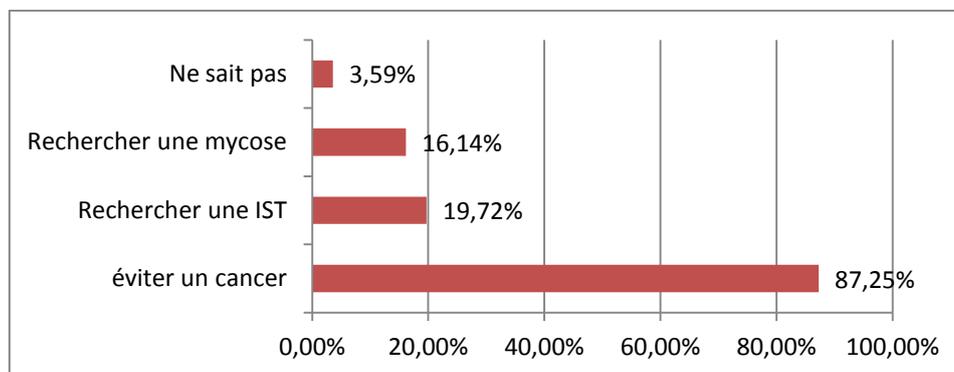


Figure n°20 : Connaissances des femmes de la population « cible » concernant le rôle du FCU.

V-1-b-3 Place du médecin traitant dans leur suivi gynécologique

Le FCU abordé par les femmes avec leur médecin (cf. Figure n°21)

270 femmes déclaraient évoquer facilement le FCU avec leur médecin traitant (54,55%) et 146 souhaiteraient en parler davantage (30,87%) - avec respectivement 14 (2,75%) et 36 femmes n'ayant pas répondu (7,07%).

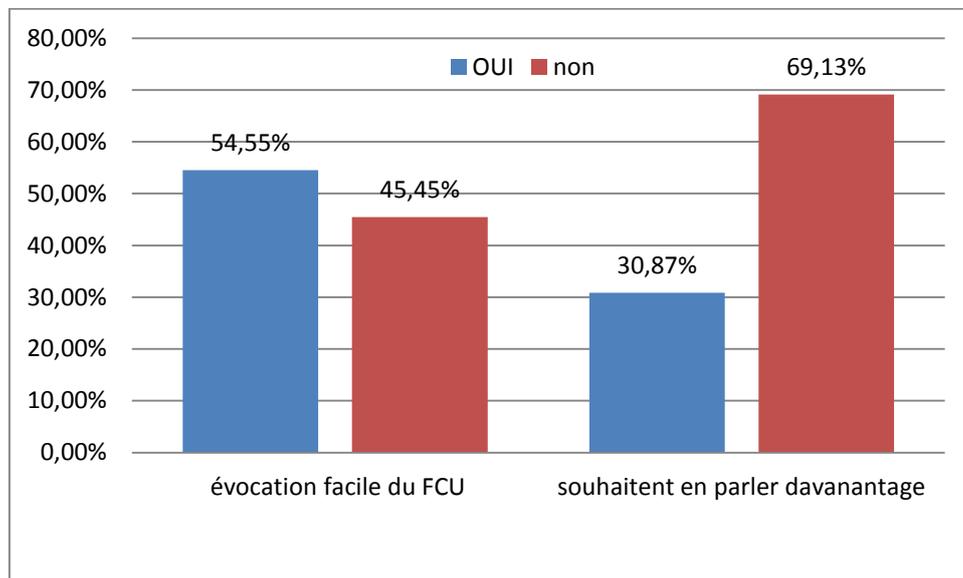


Figure n°21 : Comment les femmes de la population « cible » parlent du FCU avec leur médecin.

La contraception (cf. Figure n°22)

Le médecin traitant prescrivait la contraception pour 94 femmes parmi les 358 femmes concernées (c'est-à-dire les femmes de moins de 50 ans) - avec 2 femmes n'ayant pas répondu (0,55%).

Questionnement du médecin traitant vis-à-vis du suivi gynécologique et du FCU (cf. Figure n°22)

Parmi les femmes de la population « cible » :

- 319 femmes avaient été questionnées par leur médecin traitant au sujet de leur suivi gynécologique (64,97%) - avec 18 non réponses (3,54%),
- pour 265 femmes, le médecin traitant avait parlé du FCU (54,08%) - avec 19 non réponses (3,73%),
- 218 femmes avaient été encouragées par ce dernier à faire un FCU (46,48%) - avec 40 non réponses (7,86%),
- 74 femmes avaient déjà eu un FCU réalisé par leur médecin traitant (15,23%) - avec 23 non réponses (4,52%),
- et 109 femmes avaient été adressées par leur médecin traitant à un gynécologue, un(e) sage-femme ou au laboratoire pour réaliser un FCU (23,59%) - avec 47 non réponses (9,23%).

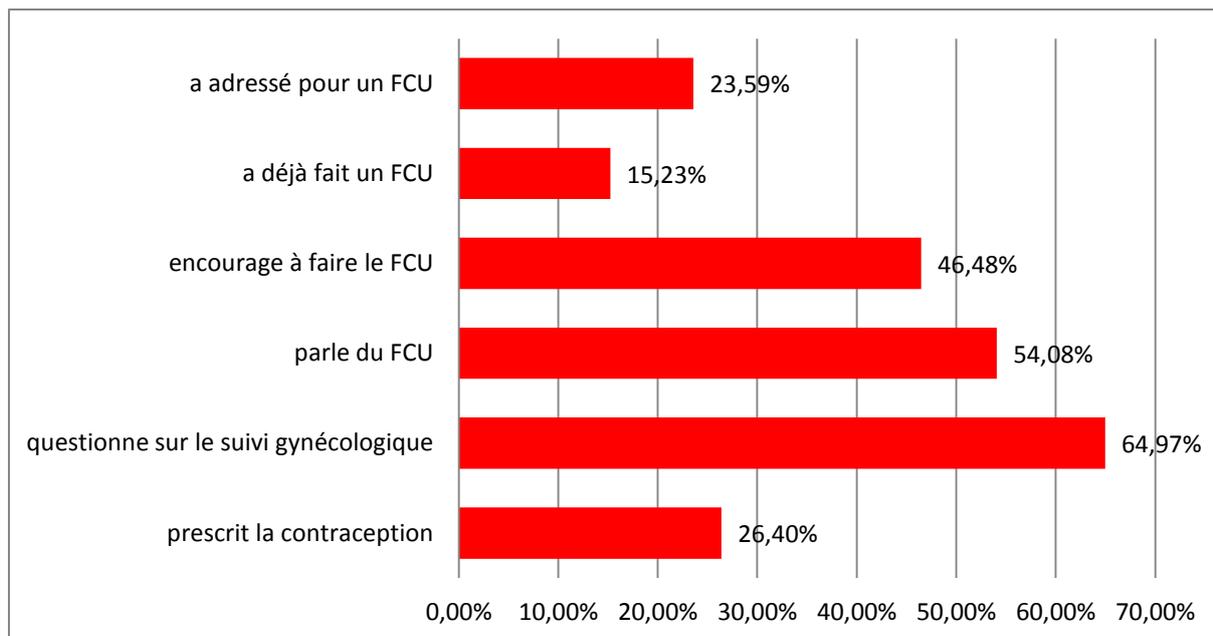


Figure n°22 : Comment le médecin traitant évoque le suivi gynécologique et le FCU avec les femmes de la population « cible ».

V-1-b-4 Participation des femmes au dépistage

Parmi la population « cible », 447 femmes appartenait au groupe « dépistées » (87,82%), - *c'est-à-dire avaient eu un FCU de dépistage dans les trois dernières années*, et 62 femmes appartenait au groupe « insuffisamment dépistées » (12,18%) – *c'est-à-dire que leur dernier frottis datait de plus de 3 ans, ou qu'elles n'en avaient jamais eu*.

V-1-b-4-a La pratique du FCU chez les femmes « dépistées » - *soit 447 femmes*

Le préleveur (*cf. Figure n°23*)

Il s'agissait du gynécologue pour 401 femmes (89,71%), du médecin traitant pour 41 (9,17%), du/de la sage-femme pour 16 femmes (3,58%), d'un autre médecin pour 3 femmes (0,67%) et du laboratoire d'analyses médicales pour 3 femmes (0,67%). Aucune femme n'avait effectué de FCU au planning familial.

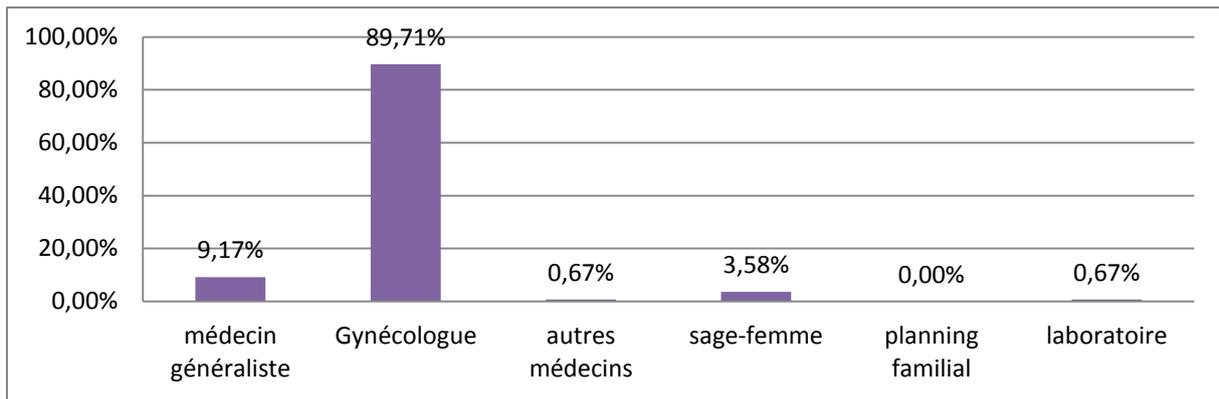


Figure n°23 : Qui réalise les FCU chez les femmes « dépistées » ?

A noter que 19 femmes mentionnaient plusieurs préleveurs (4,25%). Parmi elles, 17 citaient leur gynécologue (89,57%) et 10 leur médecin traitant (52,63%) comme un des deux effecteurs. Il n'y avait pas plus de 2 préleveurs rapportés.

Leur motivation (cf. Figure n°24)

La principale raison de leur acceptation du FCU était de suivre les conseils de leur gynécologue ou de leur sage-femme pour 357 femmes (80,59%), de leur médecin traitant pour 69 femmes (15,58%) et de leur entourage pour 18 femmes (4,06%). 10 femmes s'étaient renseignées sur internet (2,26%) et 8 avaient été sollicitées par les médias (1,81%).

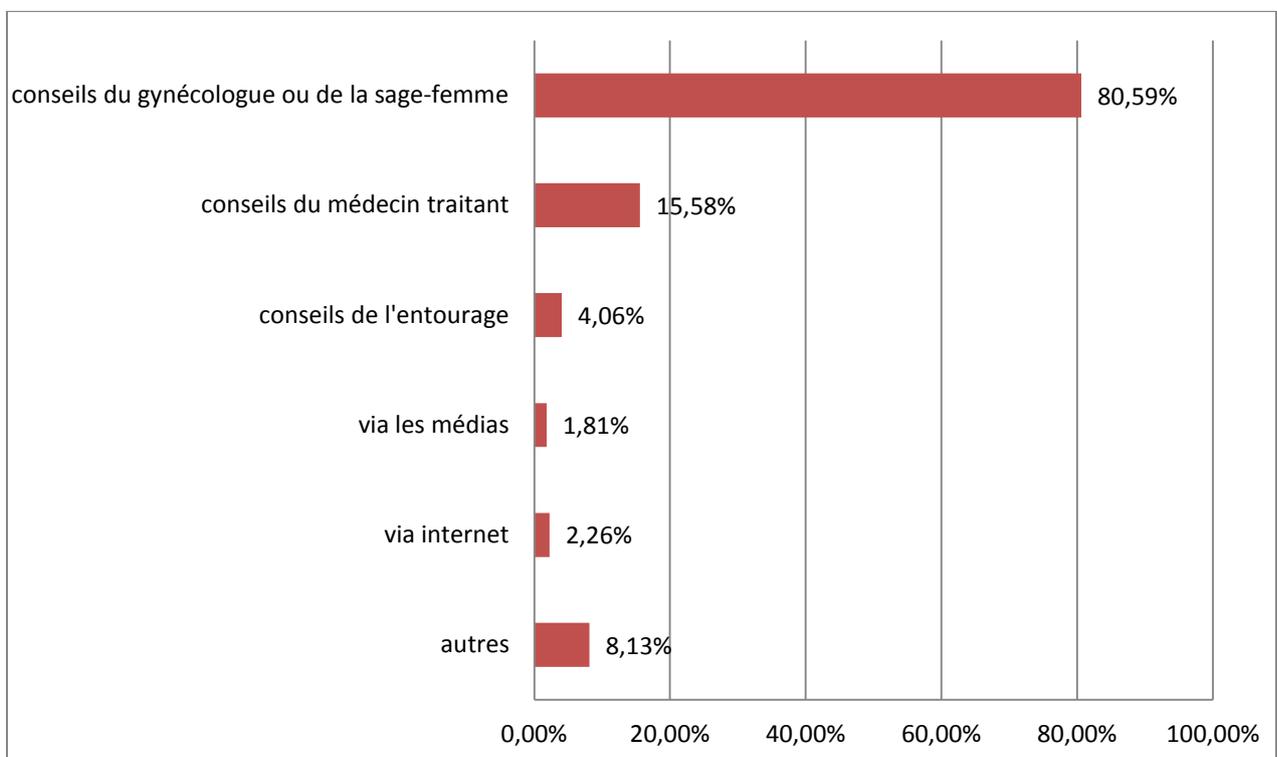


Figure n°24 : Qui incite les femmes du groupe « dépistées » à faire les FCU ?

Parmi les 36 femmes ayant répondu librement à cette question (8,13%), 10 d'entre elles rapportaient des antécédents personnels gynécologiques (27,78%) et 11 disaient le faire de façon systématique (30,56%) – 5 femmes n'avaient pas répondu à cette question (1,1%).

L'importance qu'elles y accordent

Lorsque l'on demandait si faire un FCU tous les 3 ans était important pour protéger leur santé, 438 femmes acquiesçaient (99,10%) – avec 5 non réponses (1,12%).

V-1-b-4-b Le FCU chez les femmes « insuffisamment dépistées » - soit 62 femmes

Obstacles à la réalisation d'un FCU ces 3 dernières années (cf. Figure n°25)

Concernant la principale raison expliquant pourquoi les femmes « insuffisamment dépistées » n'avaient pas pu réaliser de FCU ces 3 dernières années (avec 1 non réponse soit 1,6 % de la population) :

- 22 femmes reconnaissaient ne plus se souvenir de quand datait leur dernier FCU (36,07%),
- 15 femmes déclaraient ne pas savoir qu'il fallait à nouveau le faire après 3 ans (24,59%),
- 13 femmes rapportaient qu'il était difficile d'obtenir un rendez-vous (21,31%),
- pour 13 femmes également, cela ne faisait pas partie de leurs priorités (21,31%),
- le manque de temps était mentionné par 9 femmes (14,75%),
- 7 femmes reconnaissaient y penser seulement lorsqu'elles avaient des symptômes gynécologiques (11,48%),
- 4 femmes rapportaient le fait d'être gênée (6,56%),
- pour 3 femmes, la peur du résultat ou du geste était citée (4,92%),
- 3 femmes mentionnaient une mauvaise expérience passée (4,92%).

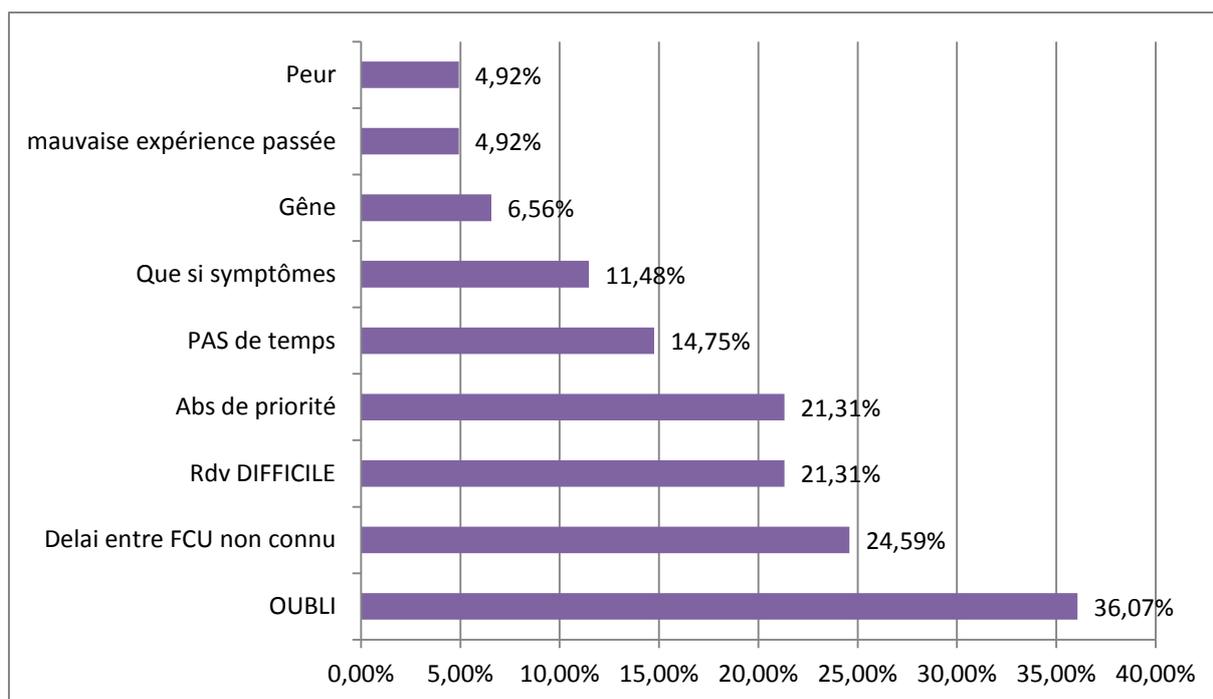


Figure n°25 : Principal frein à la réalisation du FCU ces trois dernières années rapporté par les femmes « insuffisamment dépistées ».

Sensibilité et sollicitation systématique

44 femmes (72,13%) se disaient concernées par cet examen de dépistage contre 17 femmes qui déclaraient ne pas l'être (27,87%). Parmi les femmes « non concernées », la principale raison invoquée était le fait d'être ménopausée - mentionné par 7 femmes (41,17%) - suivi de l'absence de désir de future grossesse - rapporté par 3 femmes (17,64%) – avec 1 non réponse (1,61%).

Parmi les 62 femmes « insuffisamment dépistées », 39 souhaiteraient que le médecin traitant leur propose systématiquement de faire cet examen, soit par son biais, soit en les adressant à un autre praticien (63,93%) - (cf. Figure n°26).

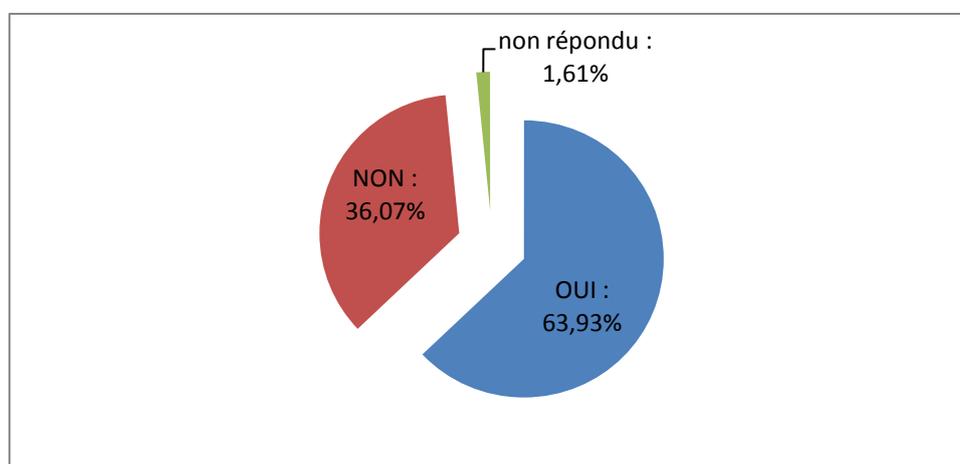


Figure n°26 : Proportion de femmes favorables à une sollicitation systématique de la part de leur médecin traitant pour réaliser les FCU dans le groupe « insuffisamment dépistées ».

V-1-c Description des groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » (cf. *Tableau n° II*)

Tableau n° II : Caractéristiques générales, informations relatives au FCU et relation avec leur médecin traitant pour les groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

QUESTIONNAIRE		Femmes :	« dépistées » - 447 femmes (87,81%)	Non répondu	« insuffisamment dépistées » 62 femmes (12,18%)	Non répondu
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	Classe d'âge	25-35 35-45 45-55 55-65	115 (25,73%) 136 (30,43%) 109 (24,38%) 87 (19,46%)	abs	12 (19,35%) 15 (24,19%) 17 (27,42%) 18 (29,03%)	abs
	Lieu de consultation	rural / urbain	108 (40,27%) / 267 (59,73%)		28 (45,16%) / 34 (54,84%)	
	Femmes > 50 ans		125 (27,96%)		26 (41,94%)	
	En couple		389 (88,01%)	5NR (1,12%)	37 (60,66%)	1NR (1,61%)
	Antd de grossesse(s)		392 (87,70%)	abs	48 (77,42%)	abs
	Suivi par gynéco/SF		417 (93,29%)		16 (26,67%)	2NR (3,22%)
	Participation au dépistage du cancer du sein		114 (96,61%)	7NR (5,60%)	17 (70,83%)	2NR (7,69%)
INFORMATION SUR le FCU	délivrée par	le médecin généraliste	229 (51,23%)	abs	36 (58,06%)	abs
		le gynécologue	393 (87,92%)		40 (64,52%)	
		l'entourage	55 (12,30%)		13 (20,97%)	
		les médias	35 (7,83%)		11 (17,74%)	
		les affiches ou brochures	31 (6,94%)		7 (11,29%)	
		internet	8 (1,79%)		1 (1,61%)	
	désir d'information	information suffisante	349 (79,50%)	8 (1,79%)	43 (70,49%)	1NR (1,61%)
		souhait de plus d'information	86 (19,59%)		15 (24,59%)	
		absence d'intérêt	4 (0,91%)		3 (4,92%)	
	Le FCU peut être fait	par le médecin généraliste	303 (67,79%)	abs	39 (62,90%)	abs
		par le gynécologue	428 (95,75%)		56 (90,32%)	
		par la sage-femme	208 (46,53%)		20 (32,26%)	
		au laboratoire	94 (21,03%)		4 (6,45%)	
		à l'hôpital/ la clinique	312 (69,80%)		40 (64,52%)	
au planning familial		187 (41,83%)	24 (38,71%)			
Le FCU sert	à éviter un cancer	387 (87,56%)	5NR (1,12%)	50 (83,33%)	2NR (3,22%)	
	à éviter une IST	86 (19,46%)		12 (20,00%)		
	à éviter une mycose	69 (15,61%)		12 (20,00%)		
	je ne sais pas	15 (3,39%)		3 (5,00%)		
RELATION/SUIVI AVEC/PAR LE MEDECIN TRAITANT	Les femmes	évoquent facilement le FCU avec lui	248 (57,01%)	12NR (2,68%)	22 (36,67%)	2NR (3,22%)
		souhaitent lui en parler d'avantage	118 (28,50%)	33NR (7,38%)	28 (47,46%)	3NR (4,84%)
	Le médecin traitant	prescrit la contraception	85 (26,56%)	2NR (0,45%)	9 (25,00%)	0
		questionne sur le suivi gynécologique	294 (67,90%)	14NR (3,13%)	25 (43,10%)	4NR (6,45%)
		parle du FCU	229 (53,26%)	17NR (3,80%)	36 (60,00%)	2NR (3,22%)
		encourage au FCU	195 (47,33%)	35NR (7,82%)	23 (40,35%)	5NR (8,06%)
		a déjà fait un FCU	67 (15,69%)	20NR (4,47%)	7 (11,86%)	3NR (4,84%)
		adresse pour le FCU	101 (24,82%)	40NR (8,94%)	8 (14,55%)	7NR (11,29%)

V-1-d Description de la population de femmes « non suivies » - soit 74 femmes.

V-1-d-1 Caractéristiques générales

L'âge des femmes interrogées

Dans la population des femmes « non suivies » par un gynécologue ou une sage-femme, l'âge moyen était de 44,94 ans (+/- 11,29 ans). La répartition en fonction des classes d'âge est la suivante : 18 femmes avaient entre 25 et 35 ans (24,32%), 17 avaient entre 35 et 45 ans (22,97%), 21 avaient entre 45 et 55 ans (28,38%) et 18 avaient 55 et 65 ans (24,32%) - (cf. Figure n°27). Au total, 26 femmes avaient plus de 50ans (39,19%) - (cf. Figure n°28).

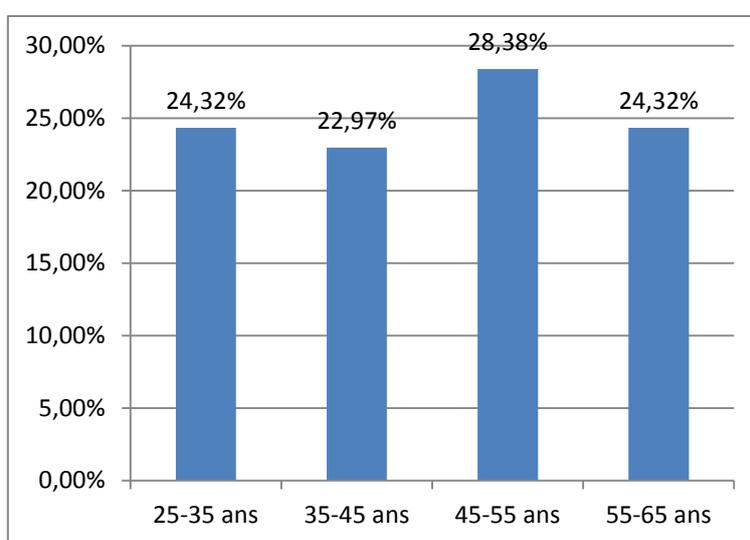


Figure n°27 : Répartition des femmes « non suivies » selon les différentes classes d'âge.

La commune de consultation

23 femmes consultaient en milieu rural (31,08%) et 51 en milieu urbain (68,90%).

Les grossesses, le fait d'être en couple et la participation au dépistage du cancer du sein (cf. Figure n°28)

56 femmes rapportaient avoir eu une ou plusieurs grossesses (75,68%), 52 femmes étaient actuellement en couple (71,23%) – avec 6 non réponses (8,11%) - et parmi les femmes candidates pour le dépistage organisé du cancer du sein (femmes de 50 ans ou plus, n=29), 20 y participaient (71,43%) – avec 1 non réponse (1,35%).

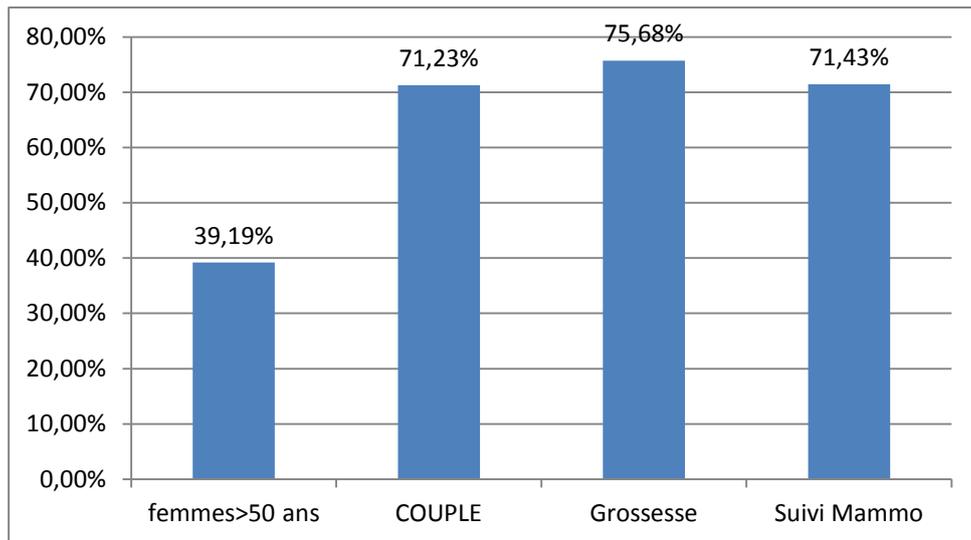


Figure n°28 : Caractéristiques générales des femmes « non suivies ».

V-1-d-2 Informations et connaissances sur le FCU

La source de l'information (cf. Figure n°29)

56 femmes ont reçu une information concernant le FCU par leur médecin généraliste (75,68%), 32 femmes par le gynécologue (43,20%), 16 par les médias (21,62%), 15 par leur entourage (20,27%), 9 par les brochures ou affichages (12,16%), 4 par un autre médecin ou professionnel de santé (5,41%) et une par internet (1,35%).

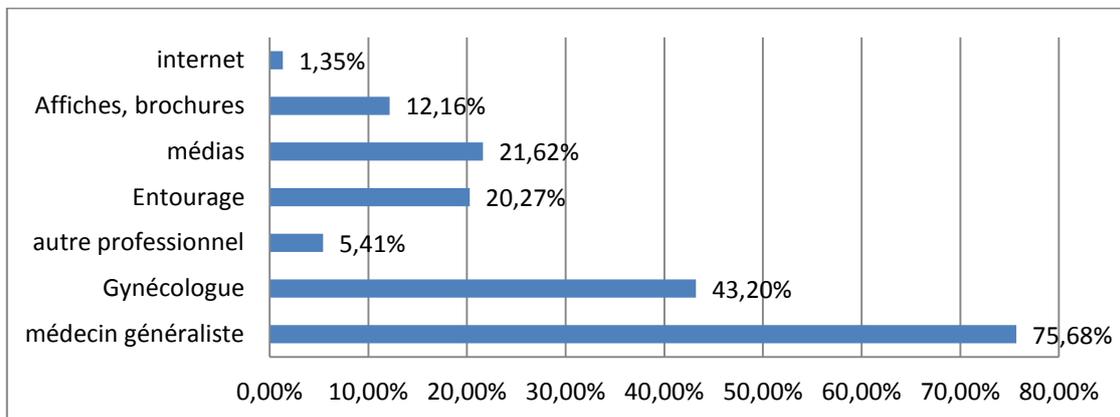


Figure n°29 : Source de l'information relative au FCU chez les femmes « non suivies ».

Le désir d'information (cf. Figure n° 30)

53 femmes se disaient suffisamment informées (72,60%), 16 souhaitaient recevoir plus d'information (21,92%) et 4 femmes se disaient insuffisamment informées mais ne souhaitaient pas l'être davantage (5,48%) – avec 1 non réponse (1,35%).

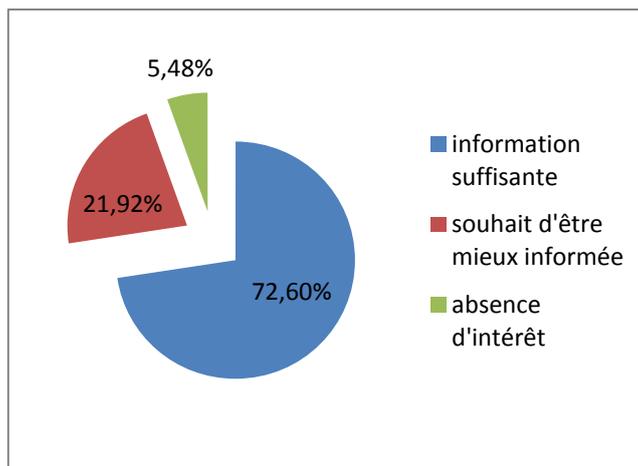


Figure n 30 : Désir d'information chez les femmes « non suivies ».

L'habilitation à faire un FCU (cf. Figure n°31)

60 femmes savaient qu'il est possible de réaliser un FCU chez un gynécologue (81,08%), 56 chez un médecin généraliste (75,68%), 41 à l'hôpital ou à la clinique (55,41%), 28 au planning familial (37,84%), 23 chez un(e) sage-femme (31,08%) et 8 au laboratoire d'analyses médicales (10,81%).

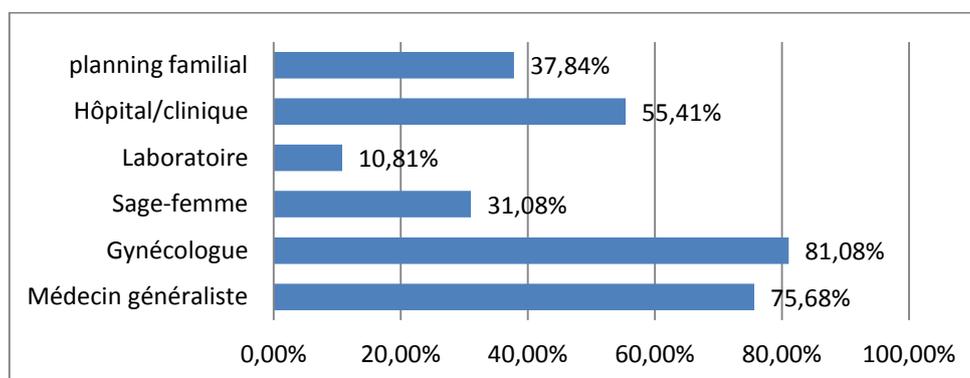


Figure n°31 : Connaissances des femmes « non suivies » concernant les possibilités de réalisation du FCU.

L'intérêt du FCU (cf. Figure n°32)

59 femmes attribuaient la réalisation du FCU à l'éviction du développement d'un cancer (84,29%), 13 à la recherche d'une IST (18,57%), 10 à la recherche d'une mycose (14,29%) et 5 femmes disaient ne pas connaître son utilité (7,14%) – avec 3 non réponses (4,05%).

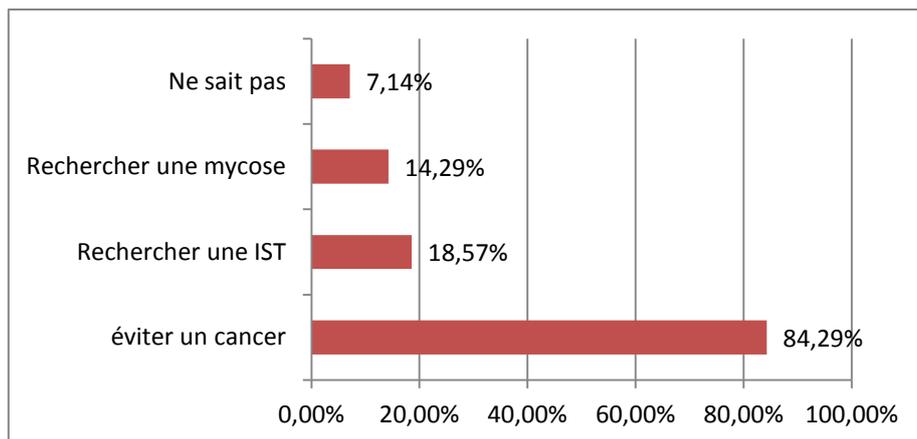


Figure n°32 : Connaissances des femmes « non suivies » concernant le rôle du FCU.

V-1-d-3 Place du médecin traitant dans leur suivi gynécologique

Le FCU abordé par les femmes avec leur médecin (cf. Figure n°33)

41 femmes déclaraient évoquer facilement le FCU avec leur médecin traitant (56,16%) et 34 femmes souhaiteraient en parler davantage (49,28%) - avec respectivement 1 (1,35%) et 5 femmes (6,75%) qui n'avaient pas répondu.

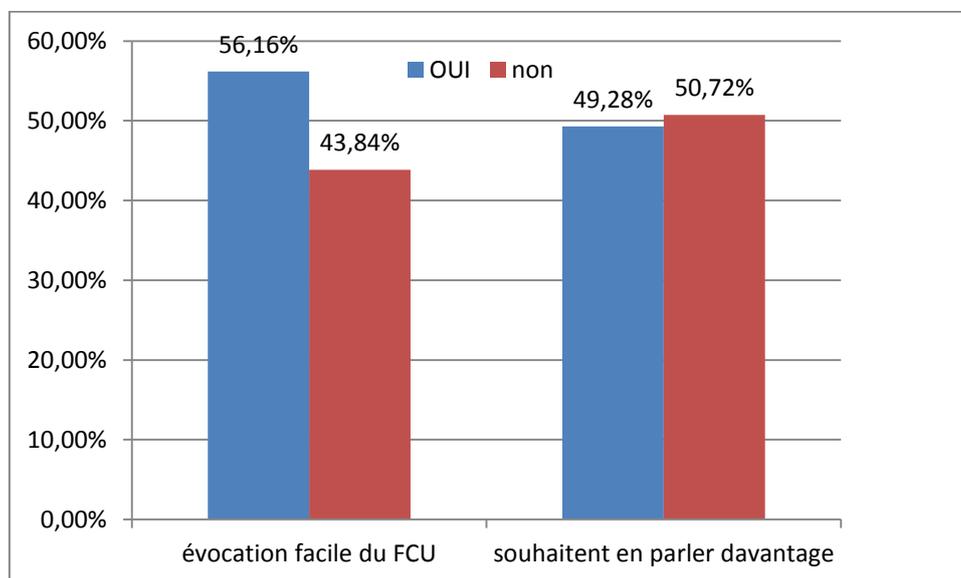


Figure n 33: Comment les femmes « non suivies » parlent du FCU avec leur médecin.

La contraception (cf. Figure n°34)

Le médecin traitant prescrivait une contraception chez 21 femmes (46,67%) parmi les 45 femmes concernées (c'est-à-dire les femmes de moins de 50 ans).

Renseignement sur le suivi gynécologique (cf. Figure n°34)

Parmi les femmes non suivies :

- 29 femmes avaient été questionnées par leur médecin traitant au sujet de leur suivi gynécologique (43,28%) - avec 7 non réponses (9,45%),
- pour 56 femmes, le médecin traitant avait parlé du FCU (76,71%) – avec 1 non réponse (1,35%),
- 40 femmes avaient été encouragées par ce dernier à faire un FCU (58,82%) - avec 6 non réponses (8,11%),
- 33 femmes avaient déjà eu un FCU réalisé par leur médecin traitant (45,83%) - avec 2 non réponses (2,70%),
- et 9 femmes avaient été adressées par leur médecin traitant à un gynécologue, un(e) sage-femme ou au laboratoire pour réaliser un FCU (13,85%) - avec 9 non réponses (12,16%).

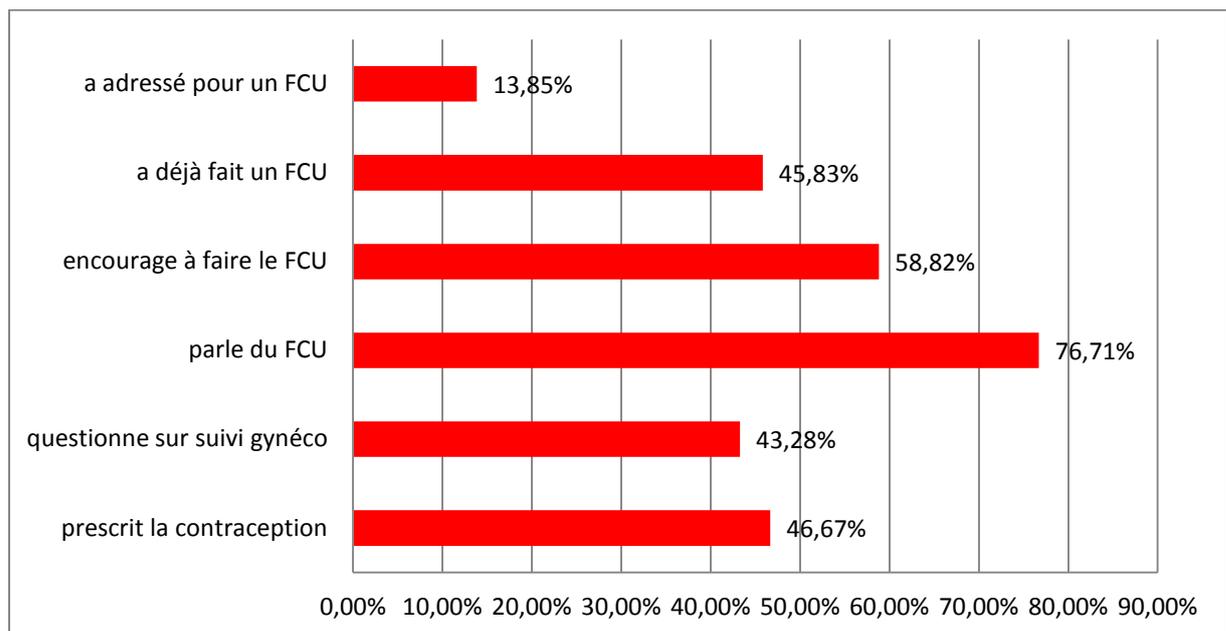


Figure n°34 : Comment le médecin traitant évoque le suivi gynécologique et le FCU avec les femmes « non suivies ».

V-1-d-4 Participation des femmes au dépistage (cf. Figure n°35)

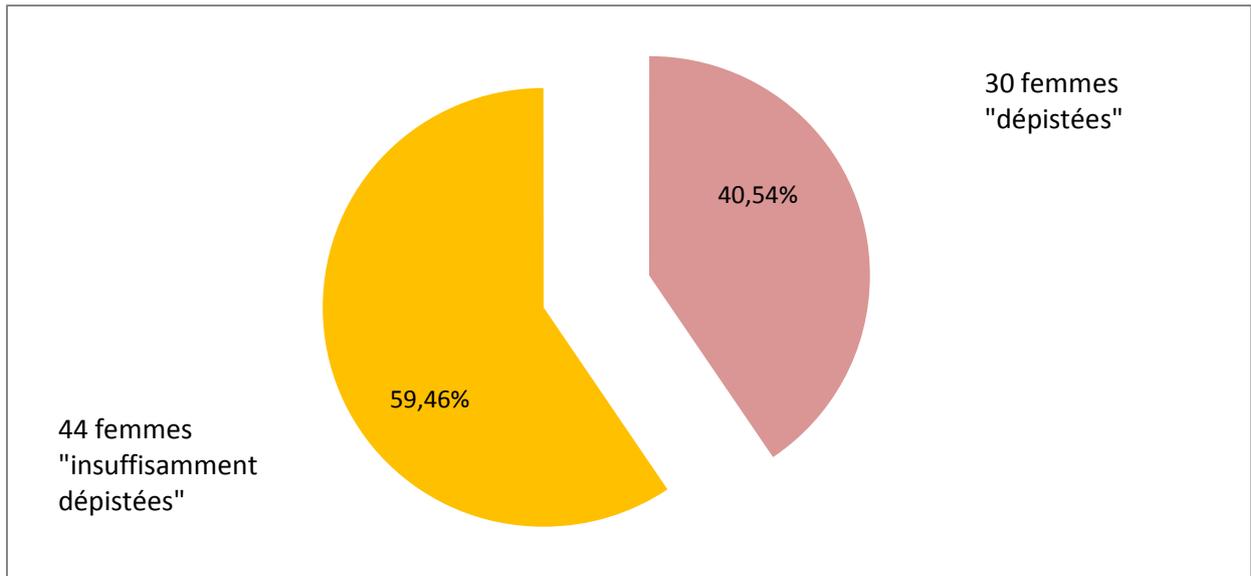


Figure n°35 : Répartition des femmes du groupe « non suivies » selon leur statut « dépistées » ou « insuffisamment dépistées ».

V-1-d-4-a Femmes dépistées dans la cohorte « non suivie » - soit 30 femmes

Le préleveur (cf. Figure n°36)

Dans le groupe de femmes « non suivies » par un gynécologue ou une sage-femme mais ayant eu un FCU dans les trois dernières années, 27 femmes rapportaient le médecin traitant comme préleveur des FCU (90,00%), 1 femme citait un autre médecin (3,33%), 1 femme citait le laboratoire d'analyses médicales (3,33%) et 1 femme citait l'hôpital en commentaire libre (3,33%). Aucune n'avait réalisé de FCU au planning familial et aucune ne rapportait plusieurs préleveurs.

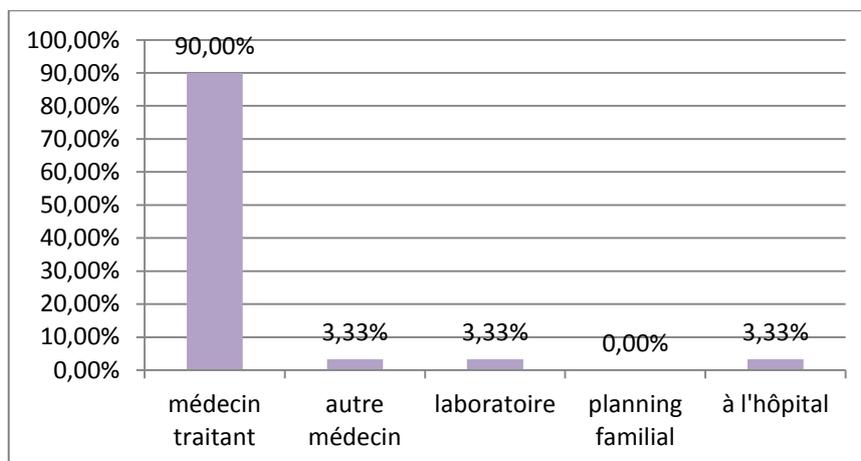


Figure n°36 : Qui réalise les FCU chez les femmes « non suivies » et « dépistées » ?

Leur motivation (cf. Figure n°37)

24 femmes rapportaient avoir suivi les conseils de leur médecin traitant (82,76%), 3 femmes citaient leur entourage (10,34%), 1 femme s'était renseignée sur internet (3,45%) et 1 femme en avait entendu parler dans les médias (3,45%). Parmi les 3 réponses libres (10,34%), était cité « systématique », « initiative personnelle » et « antécédent personnel gynécologique » comme motivation à la réalisation du FCU - 1 femme n'avait pas répondu (3,45%).

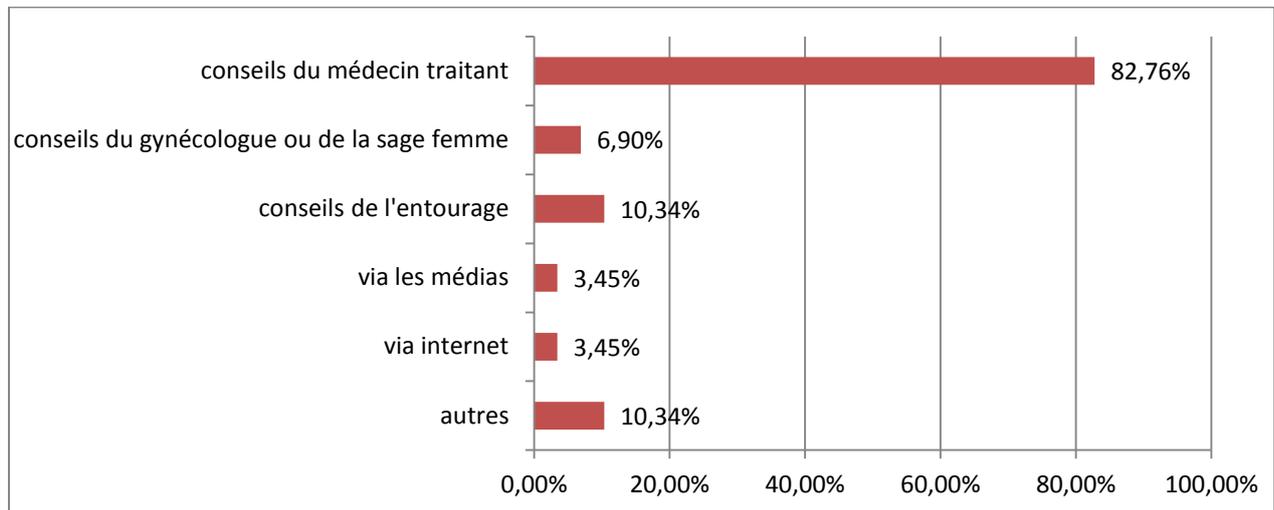


Figure n°37 : Qui incite les femmes « non suivies » et « dépistées » à faire les FCU ?

A noter que parmi les femmes « non suivies », deux femmes rapportaient comme principale motivation le fait qu'un gynécologue ou une sage-femme leur ait conseillé de le faire (6,90%).

L'importance qu'elles y accordent

La totalité des femmes « non suivies » et « dépistées » ont répondu que faire les FCU était important pour leur santé.

V-1-d-4-b Femmes « insuffisamment dépistées » dans la cohorte de femmes « non suivies » - soit 44 femmes

Obstacles à la réalisation d'un FCU ces 3 dernières années (cf. Figure n°38)

Concernant la principale raison expliquant pourquoi les femmes n'avaient pas pu réaliser de FCU ces 3 dernières années (avec 1 « non répondu » soit 2,3%) :

- 18 femmes reconnaissent ne plus se souvenir de quand datait leur dernier FCU (41,86%),
- pour 12 femmes, cela ne faisait pas partie de leurs priorités (27,91%),

- 10 femmes déclaraient ne pas savoir qu'il fallait à nouveau le faire après 3 ans (23,26%),
- 10 femmes également rapportaient qu'il était difficile d'obtenir un rendez-vous (23,26%),
- 8 femmes reconnaissaient y penser que lorsqu'elles avaient des symptômes gynécologiques (18,60%),
- le manque de temps était mentionné par 6 femmes (13,95%),
- 4 femmes rapportaient le fait d'être gênée comme principal obstacle (9,30%),
- 3 femmes mentionnaient une mauvaise expérience passée (6,98%),
- et pour 2 femmes la peur du résultat ou du geste étaient citées (4,65%).

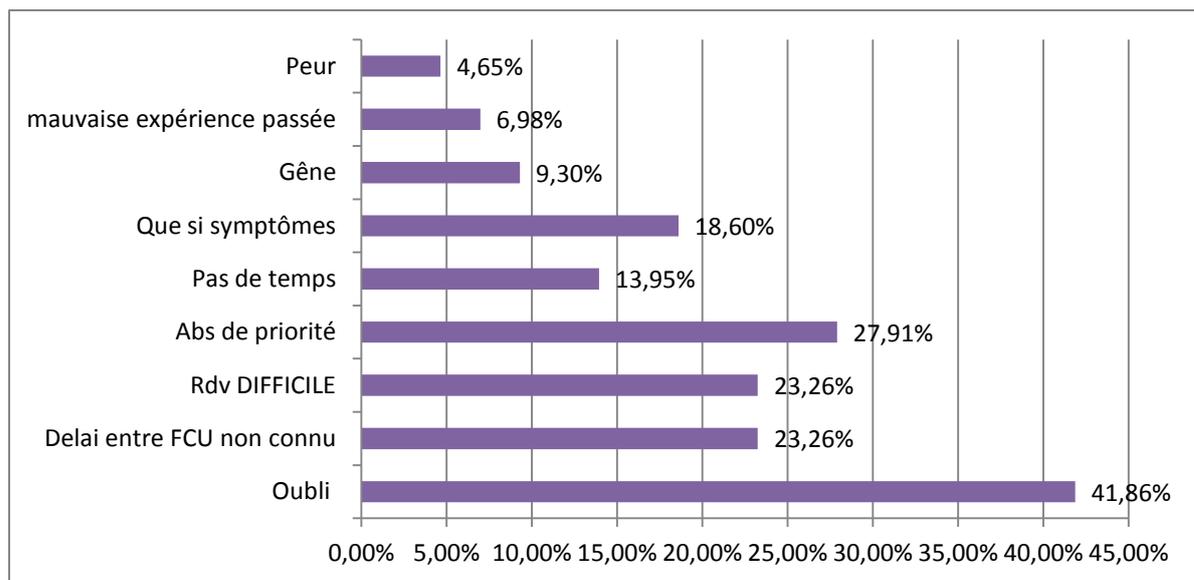


Figure n°38 : Principal frein à la réalisation du FCU ces trois dernières années rapporté par les femmes « insuffisamment dépistées » dans le groupe « non suivies ».

Sensibilité et sollicitation systématique

29 femmes (67,44%) déclaraient se sentir concernées par cet examen de dépistage, contre 14 femmes qui déclaraient ne pas l'être (32,56%) – avec 1 non réponse (2,27%).

Pour les femmes « non concernées », la principale raison invoquée était le fait d'être ménopausée - mentionné par 6 d'entre elles (40,00%) - suivi de l'absence de rapport - rapporté par 3 femmes (20,00%).

Parmi les 44 femmes « insuffisamment dépistées » et « non suivies », 29 femmes se disaient favorables à ce que leur médecin traitant leur propose systématiquement le FCU, en le réalisant ou en les adressant à un autre praticien (67,44%) – avec 1 non réponse (2,27%)-(cf. Figure n°39).

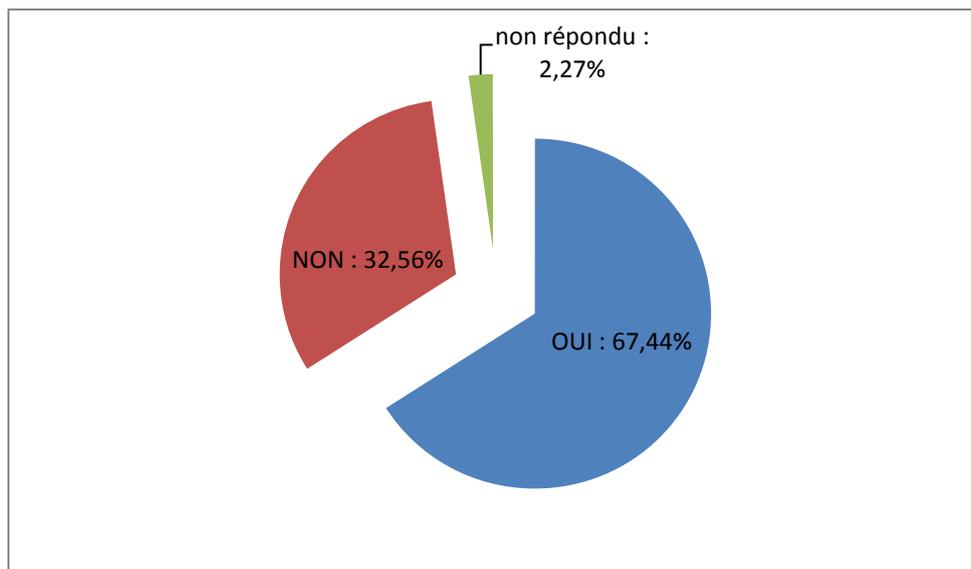


Figure n°39 : Proportion de femmes « non suivies » et « insuffisamment dépistées » favorable à une sollicitation systématique de leur médecin traitant pour réaliser les FCU

V-1-f Description des femmes consultant dans un cabinet sans possibilité de réalisation de FCU (cabinet « FCU - ») - soit 111 femmes.

V-1-f-1 Proportion de femmes « dépistées »/« non dépistées » et « suivies »/« non suivies » (cf. Figure n°40)

Concernant la participation au dépistage, 99 femmes issues des cabinets « FCU - » avaient eu un FCU ces trois dernières années (89,19%) et 95 femmes étaient suivies par un gynécologue ou une sage-femme (86,36%) -1 femme n'avait pas répondu à la question du suivi (0,90%).

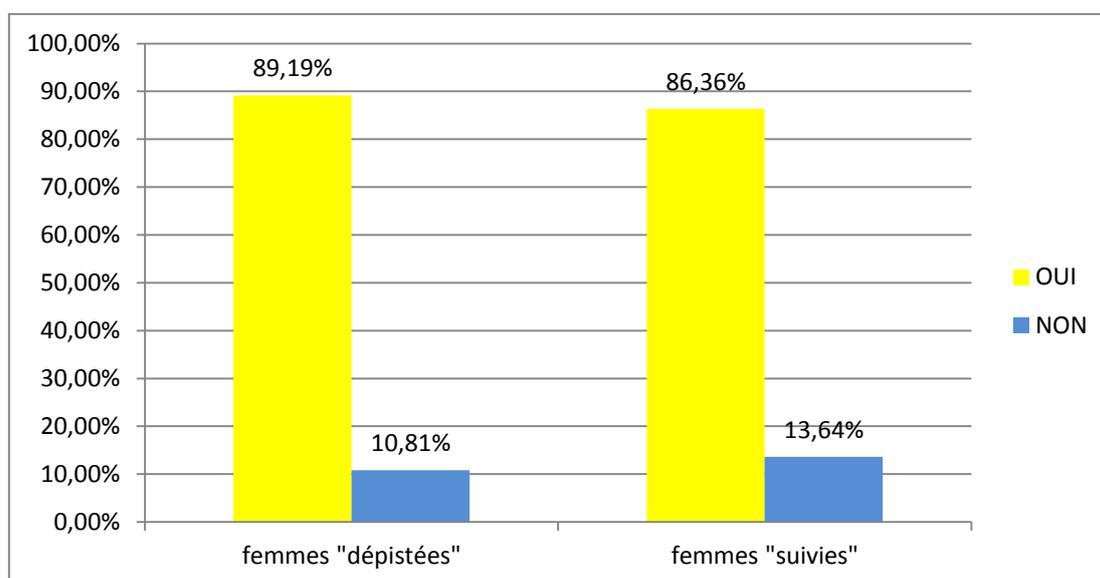


Figure n°40 : Répartition des femmes consultant dans un cabinet « FCU - » selon leur statut « dépistées » ou « insuffisamment dépistées » et « suivies » ou « non suivies ».

V-1-f-2 Place du médecin traitant dans leur suivi gynécologique

Le FCU (cf. Figure n°41)

50 femmes déclaraient évoquer facilement le FCU avec leur médecin traitant (46,73%) et 35 femmes souhaiteraient en parler davantage (33,02%) - avec respectivement 4 (3,60%) et 5 femmes (4,50%) qui n'avaient pas répondu.

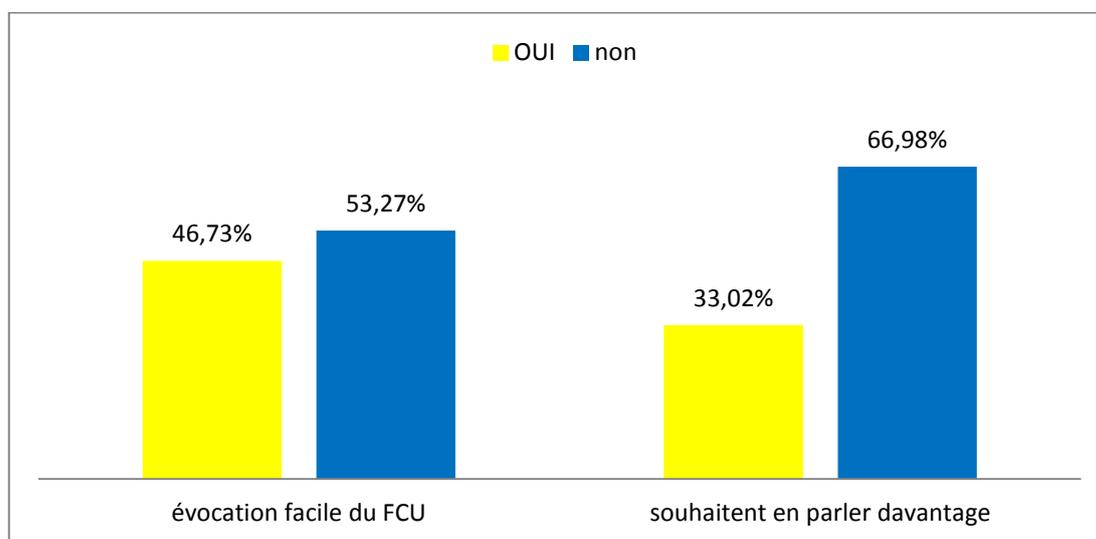


Figure n°41 : Comment les femmes des centres « FCU - » parlent du FCU avec leur médecin traitant.

La contraception (cf. Figure n°42)

Le médecin traitant prescrivait une contraception chez 23 femmes (31,08%) parmi les 74 femmes concernées (femmes de moins de 50 ans).

Renseignement sur le suivi gynécologique (cf. Figure n°42)

Parmi les femmes consultant dans un centre « FCU - » :

- 60 femmes avaient été questionnées par leur médecin traitant au sujet de leur suivi gynécologique (56,60%) – avec 4 non réponses (3,60%),
- pour 45 femmes, le médecin traitant avait parlé du FCU (41,67%) – avec 3 non réponses (2,70%),

- 36 femmes avaient été encouragées par ce dernier à faire un FCU (34,95%) – avec 8 non réponses (7,20%),
- et 21 femmes avaient été adressées par leur médecin traitant à un gynécologue, un(e) sage-femme ou au laboratoire pour réaliser un FCU (20,19%) - avec 7 non réponses (6,30%).

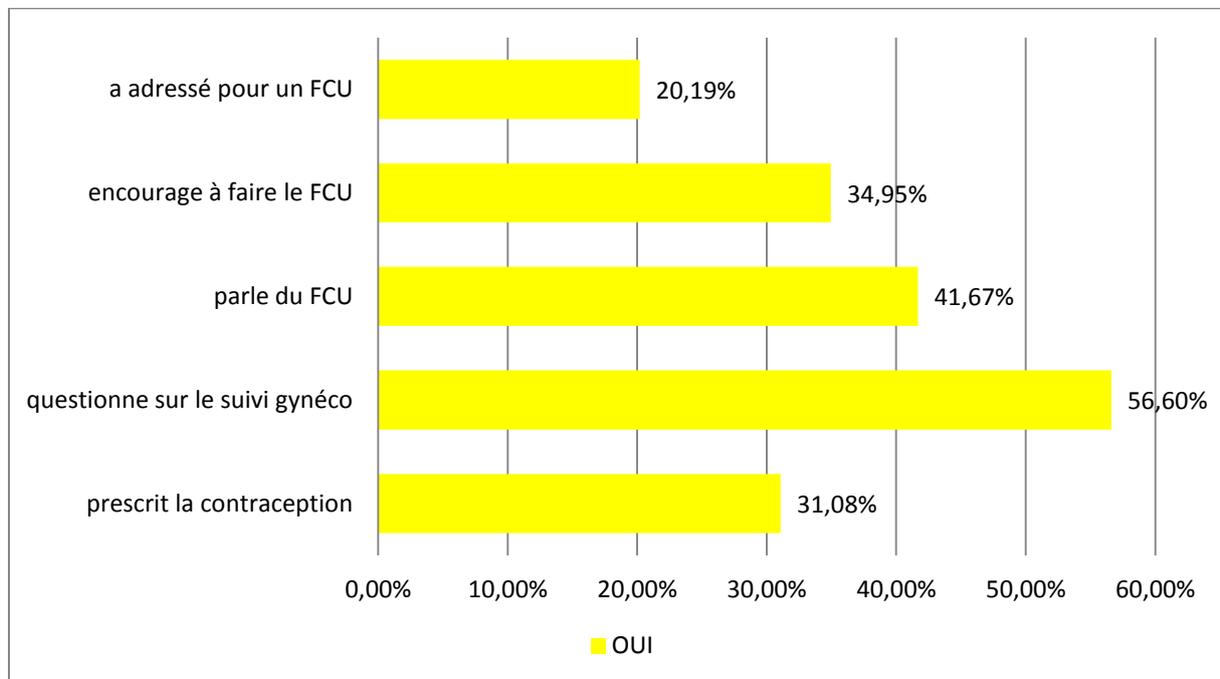


Figure n°42 : Comment le médecin traitant exerçant dans un centre « FCU - » évoque le suivi gynécologique et le FCU avec les femmes.

A noter que parmi ces femmes, 14 rapportaient avoir déjà eu un FCU par « leur médecin traitant », vraisemblablement au sein d'un autre cabinet (12,61%).

V-2 Données analytiques

V-2-a Comparaisons des groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » (cf. Annexe n°11)

V-2-a-1 Caractéristiques générales

L'âge des femmes interrogées

Nous n'observons pas de différence significative concernant la répartition selon les tranches d'âge entre les deux groupes ($p=0,23884$).

Il existe une différence significative entre les deux groupes lorsque l'on compare la proportion de femmes de plus de 50 ans, avec respectivement 125 femmes dans le groupe « dépistées » (27,96%) et 26 femmes dans le groupes « insuffisamment dépistées » (41,94%) - ($p=0,02401$) (cf. Figure n°43).

La commune de consultation

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant le caractère urbain ou rural du cabinet de consultation ($p=0,46268$).

Les grossesses, le suivi gynécologique, le fait d'être en couple et la participation au dépistage du cancer du sein (cf. Figure n°43)

Il existe une différence significative entre les deux groupes concernant :

- le nombre de femmes ayant eu des grossesses - avec respectivement 392 femmes dans le groupe « dépistées » (87,70%) et 48 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (77,42 %) ($p=0,02670$),
- le nombre de femmes en couple - avec respectivement 389 femmes dans le groupe « dépistées » (88,01%) et 37 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (60,66 %) ($p < 0,00001$),
- le nombre de femmes suivies par un gynécologue ou un(e) sage-femme - avec respectivement 417 femmes dans le groupe « dépistées » (93,29%) et 16 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (26,67 %) ($p<0,00001$),
- le nombre de femmes concernées par le dépistage organisé du cancer du sein et y participant - avec respectivement 114 femmes dans le groupe « dépistées » (96,61%) et 17 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (70,83 %) ($p<0,00002$).

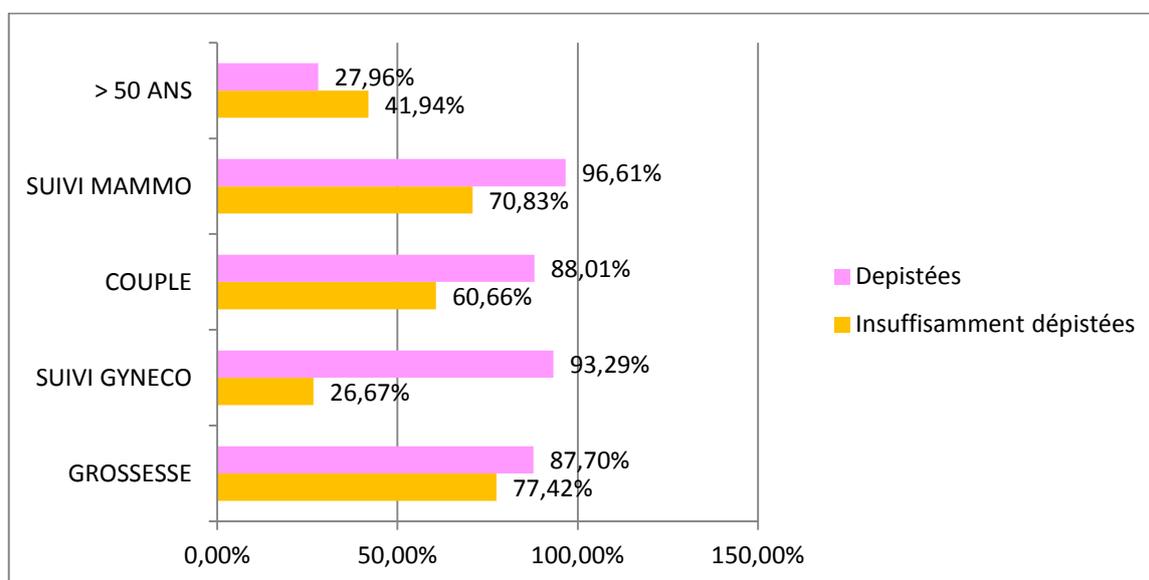


Figure n°43 : Comparaison des caractéristiques générales des groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

V-2-a-2 Informations et connaissances sur le FCU

La source de l'information (cf. Figure n°44)

Notre étude n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir été renseigné sur le FCU par son médecin généraliste ($p=0,31277$), son entourage ($p=0,06024$), via des brochures ou affichages ($p=0,22145$) ou par internet ($p=0,92115$).

On observe une différence significative concernant le fait de citer son gynécologue - avec respectivement 393 femmes dans le groupe « dépistées » (87,92%) et 40 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (64,52 %) ($p<0,00001$) - ainsi que les médias - avec respectivement 35 femmes dans le groupe « dépistées » (7,83%) et 11 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (17,74 %) ($p= 0,01074$) - comme informateur sur le FCU.

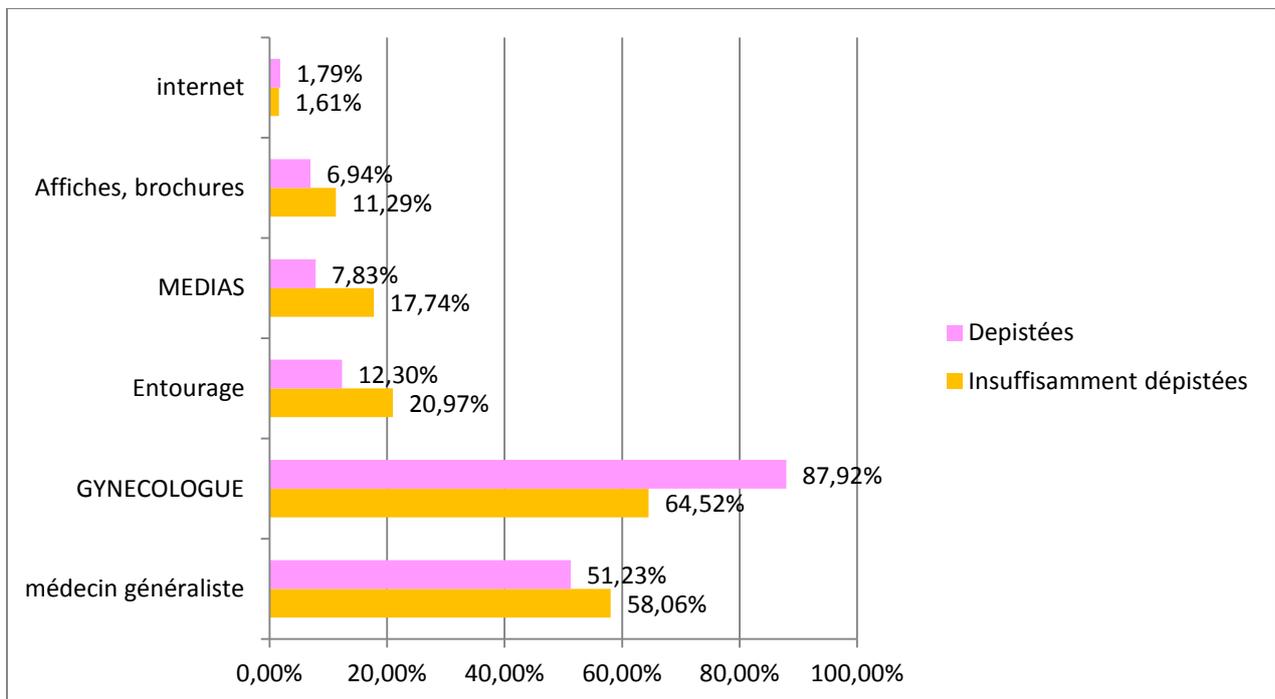


Figure n°44 : Comparaison de la source de l'information relative au FCU dans les groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

Le désir d'information (cf. Figure n°45)

Notre étude ne montre pas de différence significative concernant le nombre de femmes suffisamment informées ($p=0,10920$), ni celles souhaitant plus d'information ($p= 0,36207$).

On retrouve une différence significative concernant la proportion de femme ne souhaitant pas davantage d'information, alors qu'elles ne se sentent pas suffisamment informées- avec respectivement 4 femmes dans le groupe « dépistées » (0,91%) et 3 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (4,92 %) ($p=0,01257$).

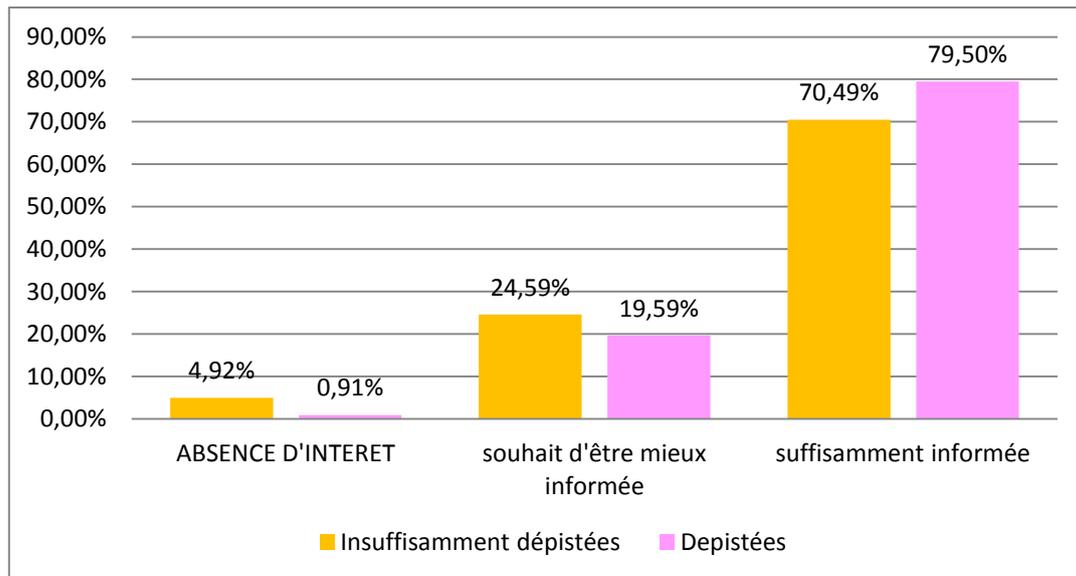


Figure n°45 : Comparaison du désir d'information des femmes des groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

L'habilitation à faire un FCU (cf. Figure n°46)

Notre étude n'a pas montré de différence significative concernant le fait de savoir que le FCU est réalisable par un gynécologue ($p=0,06389$), un médecin généraliste ($p=0,44293$), à l'hôpital ou à la clinique ($p=0,39868$) ou au planning familial ($p=0,63976$).

On retrouve une différence significative entre le groupe « dépistées » et « insuffisamment dépistées » lorsque l'on s'intéresse à la connaissance de la possibilité de réaliser un FCU chez un(e) sage-femme - avec respectivement 208 femmes dans le groupe « dépistées » (46,53%) et 20 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (32,26%) ($p= 0,03417$) ou au laboratoire d'analyses médicales avec respectivement 94 femmes dans le groupe « dépistées » (21,03 %) et 4 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (6,45 %) ($p=0,00637$).

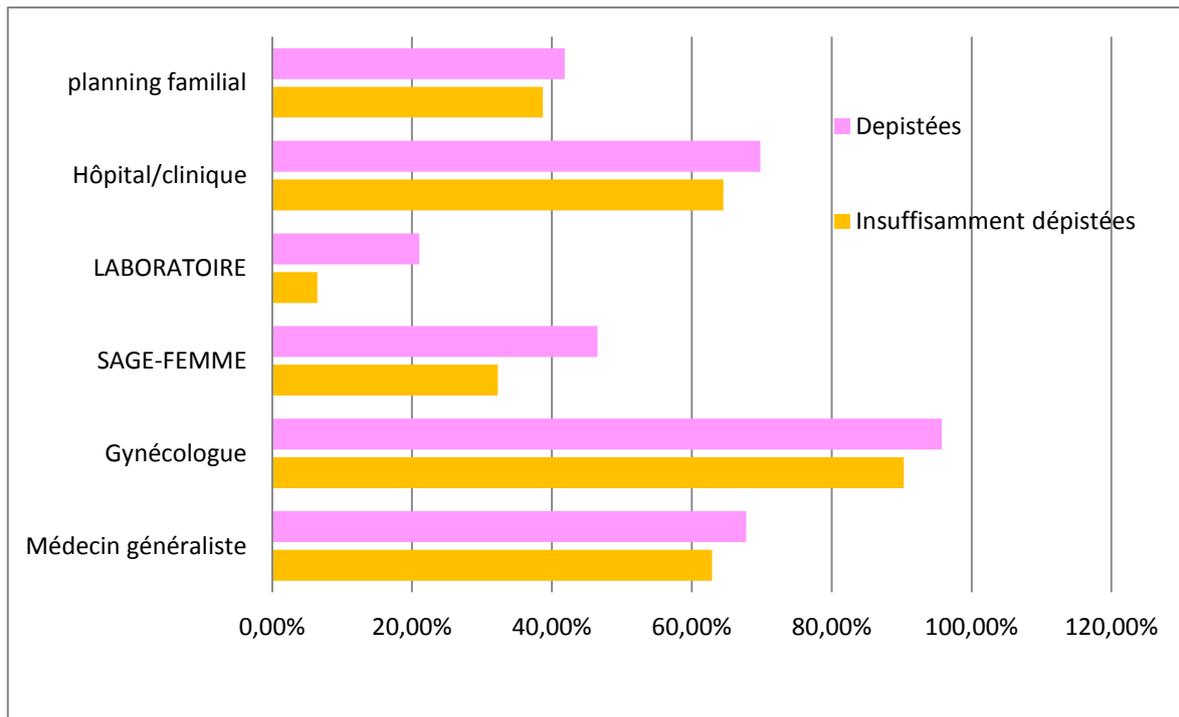


Figure n°46 : Comparaison des connaissances sur les possibilités de réalisation du FCU entre les groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

L'intérêt du FCU

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les connaissances sur le rôle du frottis entre les groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées », aussi bien concernant le fait de citer l'éviction du cancer ($p=0,20910$), la recherche d'une IST ($p=0,98276$), d'une mycose ($p=0,42927$) ou le fait de ne pas savoir ($p=0,55353$).

V-2-a-3 Place du médecin traitant dans leur suivi gynécologique (cf. Figure n°47 et n°48)

Concernant le fait d'être adressée pour avoir un FCU ($p=0,09223$), d'avoir eu un FCU réalisé par son médecin traitant ($p=0,44319$), d'avoir déjà été encouragée à faire un FCU ($p=0,32209$), d'avoir parlé du FCU avec son médecin traitant ($p=0,32609$) ou de recevoir la contraception par son médecin traitant ($p=0,84021$), nous n'avons pas mis en évidence de différence significative.

Nous avons retrouvé une différence significative entre les deux groupes concernant le fait de pouvoir évoquer facilement le sujet du FCU avec son médecin traitant - avec respectivement 248 femmes dans le groupe « dépistées » (57,01%) et 22 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (36,67 %) ($p=0,00301$), le souhait de pouvoir en parler davantage avec lui - avec respectivement 118 femmes dans le groupe « dépistées » (28,50%)

et 28 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (47,46 %) ($p=0,00319$), et le fait que le médecin traitant questionne les femmes sur leur suivi gynécologique - avec respectivement 294 femmes dans le groupe « dépistées » (67,90%) et 25 femmes dans le groupe « insuffisamment dépistées » (43,10 %) ($p=0,00202$).

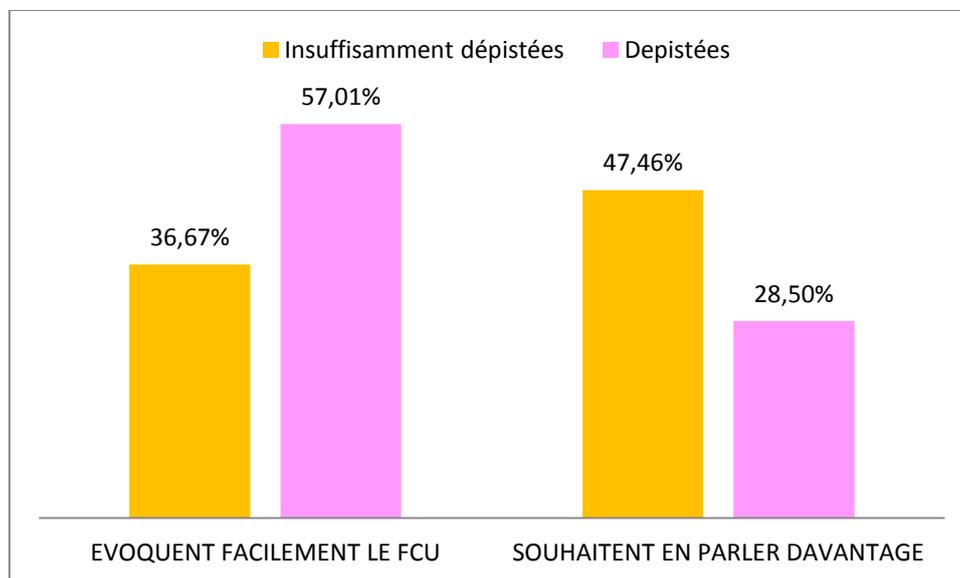


Figure n 47 : Comparaison de l'aisance des femmes des groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » à parler du FCU avec leur médecin traitant.

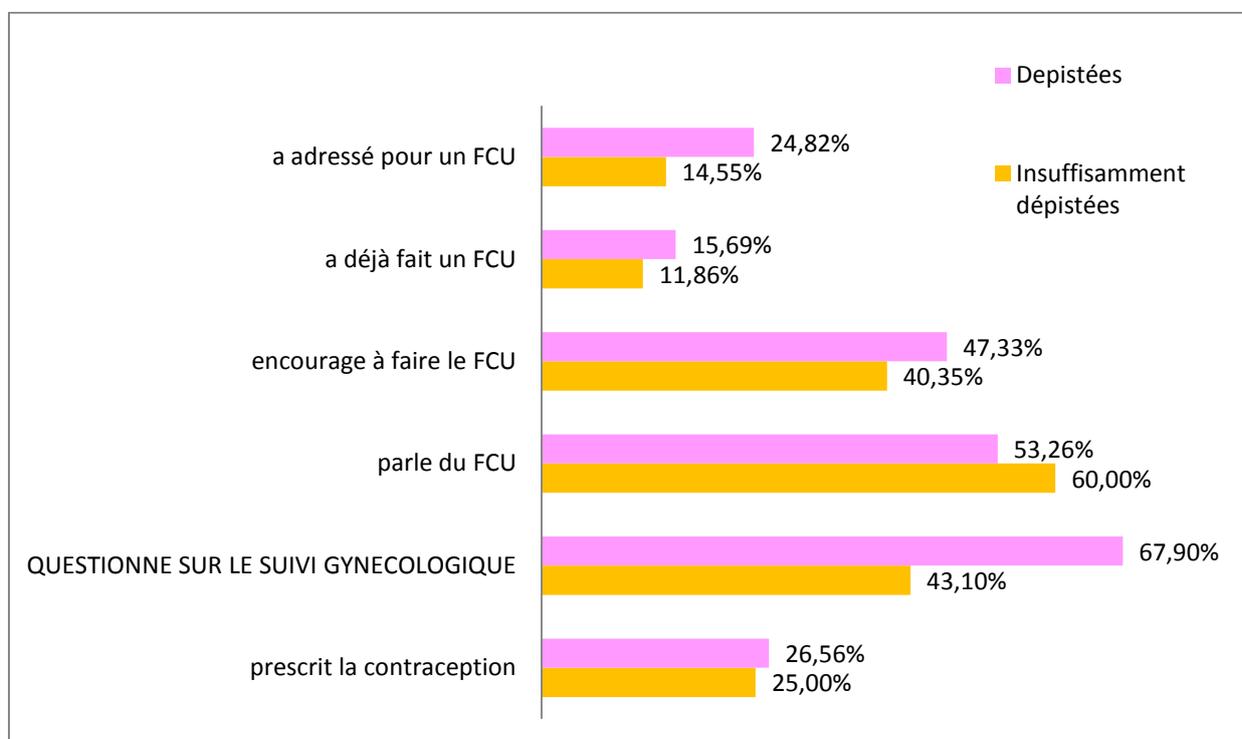


Figure n°48 : Comparaison des groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » concernant le questionnement du médecin traitant relatif au suivi gynécologique et au FCU.

V-2-b Comparaison de la proportion de femmes « insuffisamment dépistées » au sein des cabinets réalisant les FCU sur place (FCU +) ou non (FCU -) (cf. Figure n°49)

Nous n'observons pas de différence significative concernant le pourcentage de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » entre les groupes de femmes consultant un cabinet au sein duquel il est possible de réaliser un FCU et celles consultant un cabinet où cela n'est pas possible ($p=0,61774$).

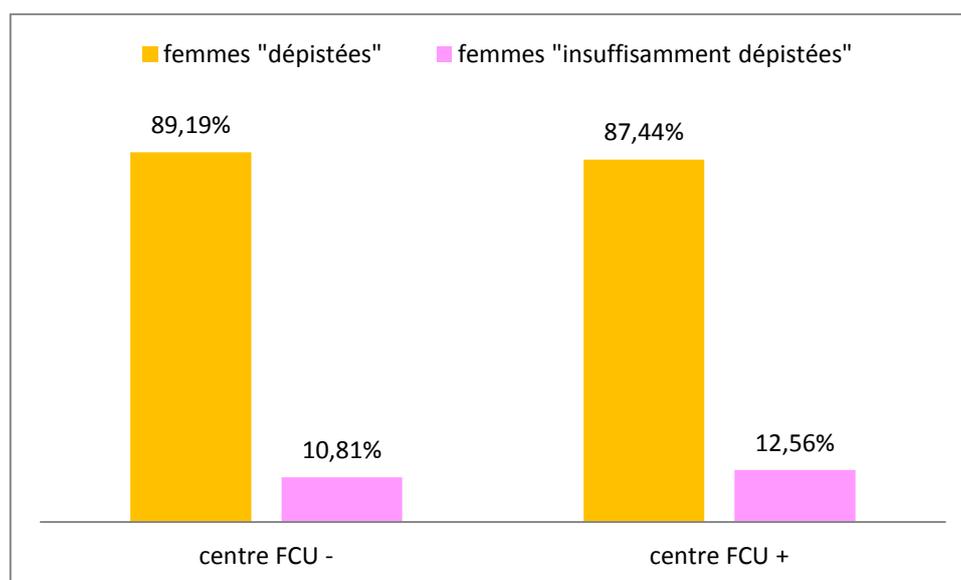


Figure n°49 : Comparaison de la proportion de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées » entre les groupes de femmes consultant dans les cabinets où il est possible de faire un FCU sur place (« FCU + ») et celles consultant dans un cabinet où les médecins ne réalisent pas de FCU (« FCU - »).

Pour chacune des comparaisons suivantes, nous nous sommes intéressés au suivi gynécologique, au statut à jour du FCU (datant de 3 ans moins), à la localisation rurale ou urbaine et à la relation des femmes avec leur médecin traitant.

V-2-c Comparaison des femmes en fonction de la démographie médicale du lieu de consultation (cf. Annexe n°14)

V-2-c-1 Zones à faible densité en médecins généralistes (cf. Figure n°50)

Nous avons comparé les femmes consultant dans un cabinet situé en zone à faible densité en médecins généralistes - soit 145 femmes (28,49% de la population cible), à celles consultant dans un cabinet situé en zone non déficitaire - soit 364 femmes (71,51% de la population cible).

Nous n'avons pas observé de différence significative concernant le fait d'évoquer facilement le sujet du FCU avec le médecin traitant ($p=67582$), de souhaiter en parler davantage avec lui ($p=0,07774$), ni le fait que celui-ci encourage les femmes à faire un FCU ($p=0,63948$), le fasse ($p=74906$) ou les adresse pour le faire ($p=89025$).

Nous avons retrouvé une différence significative entre les deux groupes concernant le fait :

- d'avoir un FCU à jour – avec 117 femmes dans le groupe « faible densité en médecins généralistes » (80,69%) versus 330 femmes dans le second groupe (90,66 %) ($p=0,03482$),
- de consulter en zone rurale – avec 83 femmes dans le groupe « faible densité en médecins généralistes » (57,24%) versus 125 femmes dans le second groupe (34,34 %) ($p<0,00001$),
- d'être suivie actuellement par un gynécologue ou un(e) sage-femme – avec 113 femmes dans le groupe « faible densité en médecins généralistes » (79,02%) versus 320 femmes dans le second groupe (87,91 %) ($p=0,01072$),
- que le médecin traitant questionne les femmes sur le suivi gynécologique – avec 79 femmes dans le groupe « faible densité en médecins généralistes » (58,09%) versus 240 femmes dans le second groupe (67,61 %) ($p=0,04790$),
- que le médecin traitant parle du FCU avec les patientes – avec 88 femmes dans le groupe « faible densité en médecins généralistes » (63,77%) versus 177 femmes dans le second groupe (50,28 %) ($p=0,00706$).

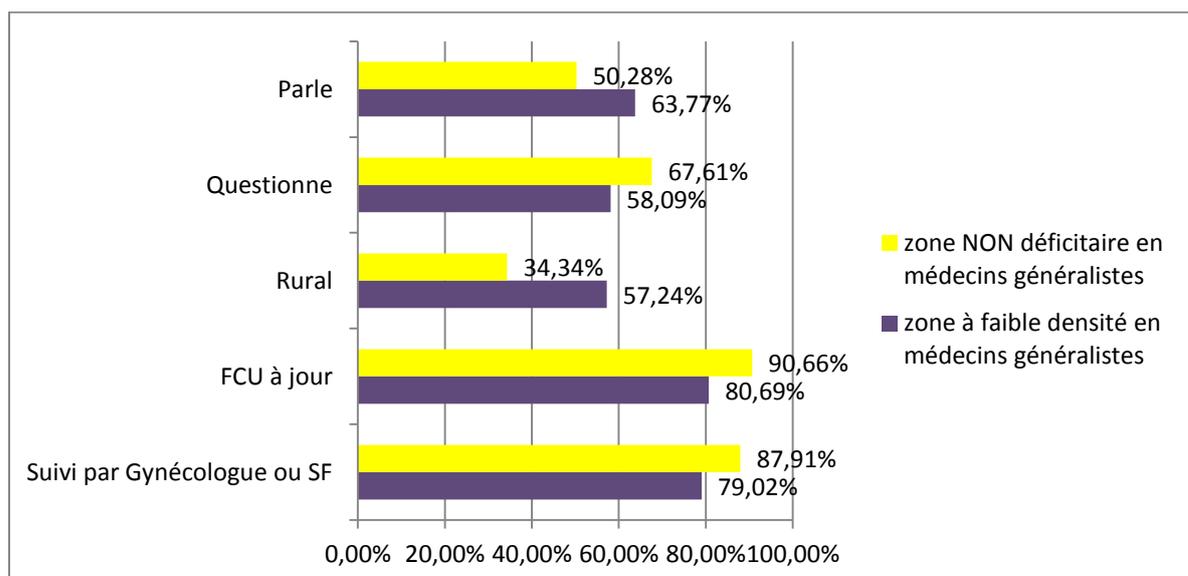


Figure n°50 : Différences significatives observées en comparant les femmes de la population « cible » selon la démographie en médecins généralistes du lieu de consultation.

V-2-c-2 Zones à faible densité en gynécologues (cf. Figure n° 51)

Nous avons comparé les femmes consultant dans un cabinet situé en zone à faible densité en gynécologues - soit 224 femmes (44,01% de la population cible), à celles consultant dans un cabinet situé en zone non déficitaire - soit 285 femmes (55,99% de la population cible).

Nous n'avons pas observé de différence significative entre ces deux groupes concernant le fait d'évoquer facilement le sujet du FCU avec le médecin traitant ($p=0,35461$), de souhaiter en parler davantage avec lui ($p=0,10128$), ni le fait que celui-ci leur parle du FCU ($p=0,13511$), les encourage à faire un FCU ($p=0,96766$), leur fasse ($p=0,16840$) ou les adresse pour le faire ($p=0,93570$).

Nous avons retrouvé une différence significative en comparant ces deux groupes concernant le fait :

- d'avoir un FCU à jour – avec 188 femmes dans le groupe « faible densité en gynécologues » (83,93%) versus 259 femmes dans le second groupe (90,88 %) ($p=0,01735$),
- de consulter en zone rurale – avec 126 femmes dans le groupe « faible densité en gynécologues » (56,25%) versus 82 femmes dans le second groupe (28,77%) ($p<0,00001$),
- d'être suivie actuellement par un gynécologue ou un(e) sage-femme – avec 180 femmes dans le groupe « faible densité en gynécologues » (81,08%) versus 253 femmes dans le second groupe (88,77 %) ($p=0,01496$),
- que le médecin traitant questionne les femmes sur le suivi gynécologique – avec 126 femmes dans le groupe « faible densité en gynécologues » (58,88%) versus 193 femmes dans le second groupe (69,68 %) ($p=0,01290$).

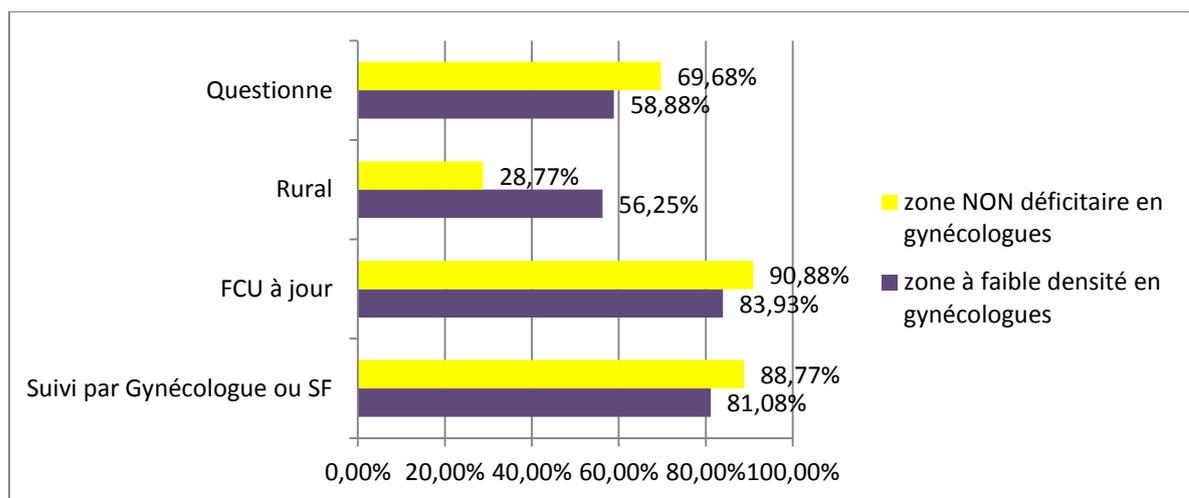


Figure n°51 : Différences significatives observées en comparant les femmes de la population « cible » selon la démographie en gynécologues du lieu de consultation.

A noter que toutes les zones « à faible densité en médecin généralistes » sont également « à faible densité en gynécologues ». Il existe 4 cabinets se trouvant en zone « à faible densité en gynécologues » mais non déficitaires en médecins généralistes - soit 79 femmes (15,52%). Lorsque l'on compare les groupes de femmes consultant en « zone à faible densité en médecins généralistes » à celles consultant en zone « à faible densité en gynécologues », il n'est pas retrouvé de différence significative (cf. Annexe n° 15).

V-2-d Comparaison des femmes en fonction du sexe du médecin (cf. Annexe 16)

Nous avons comparé les femmes consultant un médecin généraliste femme - soit 57 femmes (11,20 % de la population cible), à celles consultant un médecin généraliste homme - soit 156 femmes (87,82% de la population cible).

Nous n'avons observé aucune différence significative concernant le statut « à jour » du FCU, le suivi par un gynécologue ou une sage-femme, ou la relation et le suivi par le médecin traitant entre les groupes de femmes consultant un médecin généraliste femme et celles consultant un médecin généraliste homme.

Il existe une différence significative entre ces deux groupes concernant le lieu de consultation : aucune femme médecin n'est installée en zone rurale (0,00%) versus 110 femmes consultent un médecin homme installé en zone rurale (70,51 %) ($p < 0,00001$).

V-2-e Comparaison des femmes en fonction du mode d'exercice du médecin traitant (cf. Annexe 17)

Nous avons comparé les femmes consultant un médecin généraliste exerçant seul - soit 110 femmes (21,61% de la population cible), à celles consultant un médecin généraliste exerçant dans un cabinet de groupe - soit 399 femmes (78,39% de la population cible).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux groupes concernant le fait d'avoir un FCU à jour ($p=0,42962$), d'être suivie par un gynécologue ou un(e) sage-femme ($p=0,78070$), d'évoquer facilement le sujet du FCU avec le médecin traitant ($p=0,60423$) ou de souhaiter lui en parler d'avantage ($p=0,61352$). De même, nous ne retrouvons pas de différence significative concernant le fait que le médecin traitant questionne les femmes sur leur suivi gynécologique ($p=0,22865$), fasse ($p=0,92906$) ou adresse les patientes pour un FCU ($p=0,58539$).

Nous avons retrouvé une différence significative en comparant ces deux groupes concernant le fait (cf. Figure n° 52) :

- de consulter en zone rurale – ce qui concerne 21 femmes consultant un médecin généraliste exerçant seul (19,09%) versus 212 femmes consultant un médecin généraliste installé dans un cabinet de groupe (53,13%) ($p < 0,00001$),
- que le médecin traitant parle du FCU avec les patientes – avec 42 femmes consultant un médecin généraliste exerçant seul (39,62%) versus 223 femmes consultant un médecin généraliste installé dans un cabinet de groupe (58,07%) ($p = 0,00074$),
- que le médecin traitant encourage les femmes à faire un FCU – soit 37 femmes consultant un médecin généraliste exerçant seul (37,37%) versus 181 femmes consultant un médecin généraliste installé dans un cabinet de groupe (48,92%) ($p = 0,04079$).

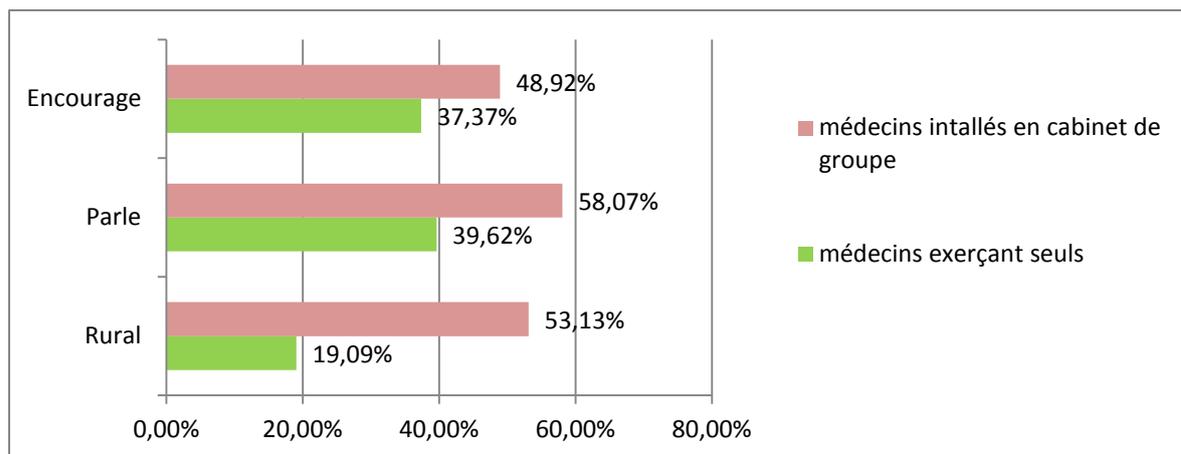


Figure n°52 : Différences significatives observées en comparant les femmes de la population « cible » selon le mode d'exercice du médecin généraliste consulté.

PARTIE III : DISCUSSION

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux femmes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus et consultant en médecine générale car ce sont les seules que le médecin généraliste peut suivre et sensibiliser au dépistage, celles n'ayant pas recours aux soins n'étant pas accessibles. Nous avons cherché à estimer le pourcentage de femmes consultantes « insuffisamment dépistées » qui seraient potentiellement « récupérables » par le médecin généraliste pour bénéficier du dépistage. Nous avons également cherché à évaluer l'impact sur ces femmes de la communication relative au FCU faite par le médecin traitant ainsi que ce qu'elles en attendaient.

Grâce à un échantillon de femmes relativement conséquent, il nous a été possible de caractériser la population de femmes ciblées par le dépistage ayant recours aux soins primaires dans notre département. Nous avons également pu individualiser et comparer différents sous-groupes en fonction de leur participation au dépistage du cancer du col, de leur suivi gynécologique, du lieu de consultation et des possibilités d'accès aux soins, ainsi que de certaines caractéristiques propres au médecin généraliste.

Ainsi nous avons pu constater que 12,2% des femmes de notre échantillon n'avaient pas eu de FCU dans les trois dernières années, et que ces dernières se disaient majoritairement favorables à une sollicitation systématique de la part de leur médecin traitant pour réaliser cet examen.

D'autre part notre enquête montre que les femmes insuffisamment dépistées n'évoquent pas aisément le sujet du FCU avec leur médecin traitant et sont demandeuses de plus de communication à ce sujet. On observe également une association entre le fait de questionner les femmes sur leur suivi gynécologique et leur participation au dépistage.

Cependant, comme dans toutes études, nous avons été exposés à certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation de nos résultats.

I Limites et validité de l'étude

I-1 : Les biais attendus

I-1-a Biais de recrutement

Il n'y a pas eu de randomisation des centres de recueil, tous les cabinets contactés ont été retenus. Nous sommes donc exposés à un possible biais de recrutement dans la mesure où les cabinets de médecine générale ayant accepté de participer pourraient être des centres où les démarches de prévention sont mieux pratiquées. Cependant aucun médecin contacté n'a refusé de participer à notre étude, ce qui réduit ce biais.

I-1-b Biais de sélection

Le biais de non-réponse : les femmes qui ne participent pas aux actions de prévention peuvent être moins intéressées pour répondre à notre étude. De même les femmes ne sachant pas lire le français, appartenant pour certaines à des catégories de populations que l'on sait plus difficiles à atteindre par le dépistage du cancer du col, n'ont pas pu répondre à notre étude.

Le biais liés aux réponses incomplètes :

Les questionnaires incomplets peuvent l'être pour plusieurs raisons :

- soit les femmes n'ont pas pris le temps de remplir le questionnaire. Dans ce cas ces mêmes femmes peuvent également faire partie de celles qui ne réalisent pas leur FCU par faute de « temps », ce qui diminue notre groupe de « femmes insuffisamment dépistées ».
- soit elles n'ont pas eu le temps suffisant pour le remplir. Certains cabinets où la durée en salle d'attente est trop courte, ne permettent pas aux patientes de remplir correctement le questionnaire, entraînant leur exclusion. Dans ces mêmes cabinets, il est possible que les pratiques de prévention soient plus compliquées à mettre en place.
- soit elles n'ont pas compris l'ensemble des questions, pouvant faire partie de la population de femmes de niveau socio-culturel plus modeste ou de faible niveau d'étude, que l'on sait moins sensible au dépistage.

Le biais d'admission : A contrario, les femmes les plus intéressées par la prévention ou le dépistage ont sans doute mieux répondu à notre enquête.

Le biais de surveillance : les femmes qui sont suivies régulièrement vont plus souvent voir le médecin et sont plus représentées dans les salles d'attente des médecins généralistes. Ces dernières sont potentiellement plus sensibilisées sur leur santé. Cependant, certaines études tendent à montrer l'inverse, les femmes présentant des pathologies chroniques ou une affection de longue durée (ALD) seraient moins dépistées que les autres (46). Certains médecins généralistes expliquent que pour ces femmes, la prise en charge curative prime sur la prévention (*c'est ce qui est appelé la « maladie écran »*) (40).

Ces biais ont de l'importance pour le calcul de la proportion des femmes insuffisamment dépistées présentes dans la salle d'attente des médecins généralistes, avec une possible sous-estimation du nombre de femmes insuffisamment dépistées. Cependant, dans la mesure où nous nous intéressons principalement à évaluer le questionnement du médecin traitant sur le suivi gynécologique des patientes, ces biais ne faussent pas l'interprétation de ces réponses, mais entraînent une diminution possible de la puissance de notre étude.

I-1-c Biais d'information

L'utilisation de questionnaire nous expose aux biais classiques des données déclaratives que sont :

Le biais d'environnement : le fait que les femmes remplissent le questionnaire en salle d'attente a pu influencer les réponses, notamment s'il y avait des affiches ou brochures d'information concernant le frottis. De même par peur d'être lues, d'être mal jugées, certaines femmes n'ont peut-être pas osé donner véritablement leur opinion (26).

Le biais de mémoire : l'information recueillie dépend de ce dont se souvient la patiente au moment où elle remplit le questionnaire, notamment en ce qui concerne la date du dernier FCU et donc son classement dans le groupe « dépistées » ou « insuffisamment dépistées » de notre étude (26).

Néanmoins, on peut supposer que ce biais soit non différentiel, affectant indifféremment les femmes des deux groupes, chacune pouvant sur ou sous-évaluer la durée. A l'inverse, on peut penser que les femmes bénéficiant d'un suivi gynécologique régulier ont tendance à mieux se souvenir de la date de leur dernier FCU - *certaines gynécologues le pratiquant même annuellement*, et que celles « insuffisamment dépistées » n'ayant pas eu de FCU récent peuvent répondre d'avantage qu'elles ne se souviennent pas de cette date. Mais encore une fois ceci ne fausse pas l'interprétation de nos résultats concernant la prévalence puisque même si ce biais est différentiel, nous pouvons néanmoins classer les femmes dans le bon groupe. Cela n'entraîne pas non plus de biais dans l'interprétation des réponses apportées aux raisons de la non-réalisation du FCU.

A noter que lors du classement des questionnaires « indécis » (lorsque les deux parties du questionnaire étaient remplies), nous avons décidé de classer les femmes qui se déclaraient « non suivies » et qui ne se souvenaient plus de « la date du dernier FCU » dans le groupe « insuffisamment dépistées ». Il s'agissait de 5 patientes. De même, les femmes qui cochaient « oui » et « non » ont été comptabilisées comme « non », mais il s'agissait de moins de 10 femmes sur l'ensemble des 509 femmes ayant répondu à notre étude.

Le biais de compréhension : certaines questions ont pu être comprises différemment de ce que nous entendions, conduisant à une réponse inappropriée.

Le biais de prévarication : enfin certaines patientes ont pu répondre ce qu'elles pensaient être attendu par l'examineur afin de donner une réponse « socialement » satisfaisante (26). Encore une fois ce biais affecte probablement autant les femmes de chaque groupe ce qui diminue la puissance de notre étude mais n'entraîne pas de biais différentiel. De plus l'anonymat des questionnaires et le fait de les récolter dans une urne opaque permettait de limiter ce biais.

I-1-d Biais de classement

Les biais liés à la saisie des données : des erreurs ont pu être commises lors de la saisie manuelle des données dans le tableau Excel. Une reprise des questionnaires incomplets ou avec des réponses jugées incohérentes a permis de corriger une partie de ces erreurs et d'en limiter les effets.

Certains questionnaires ont été exclus car les réponses aux questions posées semblaient incohérentes. Ceci n'a concerné qu'un nombre très restreint de questionnaires ($n= 18$ soient 3,44 % des questionnaires recueillis). De plus, on peut supposer que ce biais était non différentiel, affectant peu nos résultats.

Les biais liés aux définitions des groupes : concernant l'attribution des femmes au groupe « dépistées » et au groupe « insuffisamment dépistées », nous avons décidé de classer dans le premier groupe toutes les femmes ayant eu un frottis dans les trois dernières années. Ceci a pu entraîner un biais dans la mesure où certaines femmes peuvent avoir eu ponctuellement un frottis dans les trois dernières années sans qu'elles soient régulièrement dépistées pour autant, d'où une surestimation de ce groupe. Cependant, on peut imaginer que le fait qu'elles aient eu un FCU récent puisse les conduire à mieux adhérer au dépistage du cancer du col par la suite. De même, si une femme réalisait jusqu'alors régulièrement les FCU et avait omis le dernier, elle était classée dans le deuxième groupe, puisque par définition toute femme n'ayant pas eu de FCU dans les trois dernières années était considéré comme « insuffisamment dépistées ». Ceci n'a pas nécessairement entraîné de biais car on peut penser que ces femmes soient à même d'abandonner plus facilement leur participation au dépistage et donc de faire effectivement partie de ce groupe.

Enfin la notion de « suivi gynécologique » n'était pas clairement définie dans notre questionnaire. Certaines femmes avaient répondu ne pas être « suivies » sur le plan gynécologique, alors que leur dernier frottis était à jour (*datait de 3 ans ou moins*) et qu'il avait été effectué par un gynécologue (*pour 36 femmes*) ou un(e) sage-femme (*pour 2 femmes*) - soit 38 femmes au total (*sur les 509*). Nous avons décidé de classer ces femmes dans le groupe « suivies ». Ceci a pu entraîner une surestimation du taux de femmes suivies, certaines femmes ayant eu un FCU ponctuellement réalisé par un gynécologue (*ou un(e) sage-femme*) sans pour autant être « régulièrement » suivies par un médecin gynécologue attitré.

Ceci se retrouve par exemple chez les femmes les plus jeunes qui sont plus mobiles et dont le suivi par un médecin référent est moins aisé. Mais l'analyse de la répartition en classe d'âge des femmes « suivies » n'a pas conforté notre hypothèse (cf. *annexe 12*). De même on pouvait imaginer que ces femmes pouvaient avoir bénéficié d'un FCU dans le cadre d'une grossesse datant de moins de trois ans, mais l'analyse par la date de leur dernière grossesse n'a pas non plus permis de conforter cette hypothèse (cf. *annexe 12*). Reste donc l'hypothèse d'une mauvaise compréhension de la question ou d'un FCU fait ponctuellement à l'occasion d'une visite pour un motif d'ordre gynécologique sans réel suivi instauré. Enfin, on sait que pour certaines femmes le FCU doit être fait annuellement – 36% des femmes interrogées selon le baromètre Santé 2010 (26), 51% des femmes selon l'enquête barométrique INCa/BVA de 2009 (58) et 59% selon une enquête réalisée dans le service de médecine du travail de Grenoble en 2014 (59) ce qui peut expliquer que certaines femmes s'estiment « non suivies » lorsqu'elles n'ont pas eu de FCU dans les deux dernières années.

I-1-f Biais liés à l'analyse statistique

Pour l'analyse statistique nous avons utilisé un test chi deux permettant de comparer deux variables qualitatives. Nous sommes donc exposés au risque aléatoire alpha de 5%. Nos groupes comparés avaient tous un effectif minimum de 30 patientes, soit une taille suffisante pour l'analyse statistique. Nous avons réalisé une analyse uni-variée, ce qui ne nous a pas permis d'éliminer les **biais de confusion**.

I-2 Validité externe de l'étude

Nos résultats sont exportables à la population des femmes de 25 à 65 ans consultant dans un cabinet de médecine générale du Finistère mais qui n'est pas représentative de l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans de la population générale.

Dans notre étude, on retrouve un taux relativement faible de femmes « insuffisamment dépistées » à 12,18%. Une enquête menée en population générale réalisée dans des lieux publics de l'agglomération Brestoise en 2014 s'intéressant à la population de femmes tout venant retrouvait un taux supérieur estimé à 29%(37). D'autres études réalisées sur des populations de femmes consultant en médecine générale dans d'autres départements - *une en Ile de France* (46) (*chez les femmes de 50 à 69 ans*) et *l'autre dans le Nord Pas-de-Calais* (39)- retrouvait des taux également plus élevés - *respectivement de 17,3% et 23,3%*.

Ceci souligne trois points importants :

- l'absence d'uniformité au sein du territoire national en termes d'accès aux soins avec notamment des disparités géographiques - *la démographie médicale dans le Nord Pas-de-Calais étant moins favorable que celle du Finistère, aussi bien pour le recours aux soins primaires qu'aux gynécologues* (cf. *Annexe 13*), et sociales – *les caractéristiques socio-économiques des femmes du Nord Pas-de-Calais différent de celles des femmes*

Finistériennes, ce département étant plus confronté à la précarité que le nôtre (cf. Annexe 13) (60),

- les femmes de la population générale ne sont pas les mêmes que celles consultant en médecine générale. Ceci se révèle important concernant l'estimation du taux de couverture du FCU dans notre population d'étude, mais également concernant les connaissances et l'accès à l'information, ce que nous développerons par la suite.
- La participation au dépistage diffère en fonction de l'âge avec une participation moindre des femmes plus âgées (26) (34).

Notre étude n'est donc exportable qu'au sein de la population de femmes de 25 à 65 ans consultant dans le Finistère, et ses conclusions ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population de femmes concernées par ce dépistage à l'échelle nationale.

Elle contraste aussi avec les taux de dépistage en population générale où plus de 40% des femmes ne sont pas dépistées – cf. données CnamTS 2015, la région Nord étant parmi les régions de France les moins dépistées avec près de 50% des femmes échappant au dépistage selon un rapport de l' HAS datant de 2010 (28) (cf. Annexe n° 13).

II Choix de la méthode : le recrutement des cabinets

L'objectif était d'avoir un échantillon de médecins hétérogène afin de nous rapprocher des différentes pratiques de la médecine générale au sein du département. Nous souhaitons également obtenir un échantillon de femmes aux caractéristiques variées afin qu'il soit le plus représentatif possible de l'ensemble de la population des femmes de 25 à 65 ans consultant en médecine générale dans le Finistère.

Le choix des cabinets contactés s'est donc fait en fonction des critères suivants.

II-1 Localisation géographique

Les cabinets étaient répartis dans différents quartiers de la ville de Brest ainsi qu'en milieu urbain et rural, en zone côtière ou dans les terres afin de couvrir une part importante du département. En Bretagne, en 2007, la moitié des médecins exerçait en milieu urbain, un sur cinq en zone péri-urbaine et un tiers en zone rurale (61), ce qui fait que notre échantillon est relativement représentatif de la répartition des médecins généralistes au sein du territoire breton. Nous voulions également avoir accès à des zones de démographies médicales, de densités de population et de caractéristiques socio-culturelles différentes.

II-1-a Zones rurale et urbaine

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative concernant le taux de FCU « à jour » entre les femmes consultant en zone rurale et celles consultant en zone urbaine. Par contre on observe une différence significative concernant ce statut lorsque l'on compare les femmes consultant en zone à faible densité en médecins - *généralistes ou gynécologues* - avec celles consultant en zone non déficitaire.

On remarque également que dans notre étude les zones déficitaires en médecins généralistes ou en gynécologues se trouvent quasiment exclusivement en zone rurale, mais l'inverse n'est pas vrai, toutes les zones rurales n'étant pas déficitaires en médecins. De même on sait que dans certaines villes françaises, il existe des zones urbaines qui sont déficitaires en médecins, notamment dans les grosses agglomérations (46). Ainsi, il n'est pas possible de réduire la démographie médicale au simple caractère « rural » ou « urbain » du lieu de consultation.

Les disparités géographiques de participation au dépistage doivent davantage être étudiées en termes de démographie médicale qu'en termes de difficultés « physiques » d'accès au dépistage - ce que nous avons estimé dans notre étude par la distance à parcourir pour réaliser un FCU.

II-1-b Démographie médicale

Densité en gynécologues

Dans notre étude, la moitié des cabinets sélectionnés se situait en zone à faible densité en gynécologues, ce qui nous a permis d'étudier l'influence de l'accès au spécialiste sur la réalisation d'un FCU ces trois dernières années.

Dans la littérature, la participation au dépistage du cancer du col est fortement associée au fait d'être suivi par un gynécologue (22)(26)(37)(12). Par ailleurs, on sait que ces derniers restent encore les principaux préleveurs des FCU (12)(24)(26), puisqu'ils réalisent 70 à 90 % du volume global annuel de FCU selon un rapport de l'INCa datant de 2007 (20).

Nous retrouvons cette même association dans notre étude. En effet, lorsque l'on s'intéresse aux femmes consultant en zone à faible densité en gynécologues – *soit 224 femmes (44,01% de la population cible)* – on observe qu'elles sont statistiquement moins suivies par ces derniers et également moins « à jour » dans leur frottis que les femmes consultant en dehors de ces zones. Lorsque l'on compare les femmes « dépistées » à celles « insuffisamment dépistées », le même lien est mis en évidence, les femmes non « à jour » de leur frottis étant également moins suivies par un gynécologue.

Nos résultats indiquent que le suivi par le gynécologue reste étroitement lié à la participation des femmes au dépistage du cancer du col utérin.

A noter que dans le groupe de femmes « suivies » – c'est-à-dire 433 femmes sur les 509 de notre échantillon – 96% d'entre elles citent leur gynécologue comme effecteur des FCU et

seulement 4% le/a sage-femme. Par souci de simplification, nous avons résumé cette donnée en l'intitulant « suivi par le gynécologue ».

Densité en médecins généralistes

Dans notre étude, 5 cabinets sur 18 (27,8%) – soit un tiers des médecins généralistes participant (33,3%) - se trouvaient en zone à faible densité en médecins généralistes, ce qui représente 145 femmes (28,5% de la population cible). Notre échantillon reste relativement représentatif de la réalité démographique à l'échelle du Finistère, puisque seulement un tiers du département se situe en zone à faible densité en médecins généralistes, selon les données fournies par l'Ordre National des Médecins (Annexe n°7).

On remarque que notre département demeure relativement bien doté en médecins généralistes comparativement à d'autres régions en France (cf. Annexe n°6) (62). Néanmoins, on observe une diminution de la démographie depuis plusieurs années, aussi bien au niveau national que départemental, ce qui peut compliquer la mise en place des démarches préventives par le médecin généraliste. En effet, au 1^{er} janvier 2015, la densité nationale était de 133 médecins généralistes pour 100 000 habitants, avec une densité inférieure au niveau du Finistère, estimée à 93 pour 100 000 habitants (31), alors qu'au 1^{er} janvier 2014, elle était de 158 pour 100 000 habitants à l'échelle nationale et de 154,9 pour 100 000 habitants au niveau départemental (30). Toutefois, ces données émanent de deux sources différentes - l'Ordre National des Médecins pour l'année 2015 (31) et l'Agence régionale de Santé pour l'année 2014 (30)- rendant les comparaisons plus approximatives. Néanmoins la variation du taux entre 2007 et 2015 était de -5,6% (31).

Nous nous sommes intéressés à la densité de médecins généralistes afin d'étudier l'influence « du facteur temps » sur les conduites de dépistage. Nous avons fait l'hypothèse que les médecins installés en zone à faible densité en médecins généralistes disposaient de moins de temps par consultation que leurs confrères installés hors de ces zones. En effet, par définition les médecins exerçant en zone déficitaire doivent répondre à une plus forte demande en soins primaires, entraînant une charge de travail plus importante (61). On observe qu'une majorité de ces zones se situe en milieu rural. Dans ce contexte d'exercice, les médecins sont plus amenés à devoir se déplacer au domicile de leurs patients - avec des distances plus importantes à parcourir - ou à avoir un exercice médical à l'extérieur de leur cabinet, laissant moins de plages horaires disponibles pour les consultations et une « pression horaire » plus importante pour le médecin. Les médecins installés en zone rurale ont des journées de travail plus longues et un temps de travail hebdomadaire plus élevé que leurs confrères installés en ville(61). On peut donc facilement imaginer que ces différents éléments puissent influencer la durée des consultations. Or, le facteur temps est très largement retrouvé dans la littérature comme un des principaux freins rapportés par les médecins généralistes à la mise en place de démarches préventives (48)(49)(63), ainsi qu'à la réalisation des FCU en médecine générale (37)(39)(40)(46)(50)(64)(65). On sait également que la qualité de l'instauration des

démarches préventives et leur bonne assimilation par les patients nécessitent des temps de consultation plus longs (66)(67).

Ainsi dans notre étude, on observe une différence significative concernant le statut « à jour » du FCU : les femmes consultant en zone à faible densité en médecins généralistes sont moins dépistées pour le cancer du col de l'utérus que celles consultant un cabinet en dehors de cette zone. Il en est de même pour le suivi par un gynécologue, ce dernier est moins fréquent chez les femmes consultant en zone à faible densité en médecins généralistes. Ceci s'explique par le fait que les zones à faible densité en médecins généralistes sont également à faible densité en gynécologues au sein de notre département (cf. *Annexe n°7*). Il est alors difficile d'évaluer l'influence du « facteur temps » sur la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus.

On retrouve aussi une différence significative concernant le questionnement du médecin traitant relatif au suivi gynécologique. On remarque qu'en zone à faible densité en médecins généralistes, ces derniers questionnent moins leurs patientes sur l'existence d'un suivi par le gynécologue, mais parlent davantage du dépistage avec elles que leurs confrères installés en zone non déficitaire.

On peut interpréter ces résultats de la façon suivante : les médecins installés en zone à faible densité en médecins généralistes disposent de moins de temps par consultation. Et sachant que l'accès de leurs patientes au gynécologue est limité - *puisque'ils exercent tous en zone à faible densité en gynécologues*, ils priorisent leur action de prévention sur la délivrance de l'information relative au dépistage du cancer du col de l'utérus. A l'inverse, leurs confrères exerçant en zone non déficitaire ont possiblement plus de temps à consacrer à la prévention. Cependant, ils vérifient dans un premier temps l'existence d'un éventuel suivi gynécologique avant d'évoquer la question des cancers féminins avec leurs patientes. Or, ces dernières sont majoritairement suivies par un gynécologue (à 87,9%), ce pourquoi ils n'évoquent pas le FCU avec elles puisque que leur gynécologue s'en est chargé.

Enfin, nous n'observons pas d'influence de la démographie en médecins généralistes sur la pratique du FCU, le pourcentage de femmes déclarant avoir eu un FCU réalisé par leur médecin traitant étant similaire dans les deux groupes.

Ainsi, notre étude semble indiquer que le « facteur temps » influencerait davantage la communication autour du suivi gynécologique et du FCU que la pratique du geste lui-même, ce dernier étant probablement dépendant d'autres paramètres.

II-2 Le type d'exercice

Nous souhaitons recruter des médecins exerçant seuls et en cabinet au vu de la différence d'organisation du temps de travail de chacun. Par exemple, pour les médecins seuls, il n'y a souvent pas de secrétariat, ce qui entraîne un travail logistique (prise de rendez-vous, appels téléphoniques, ...) et administratif (tri de dossier, de résultats, ...) plus conséquent, avec

possiblement moins de temps disponible pour instaurer des démarches préventives. A l'inverse le travail en cabinet de groupe permet de diminuer ces contraintes (61). L'organisation du temps de travail est reconnue comme ayant un impact sur les possibilités de mise en œuvre de démarches préventives en médecine générale (23)(46).

Dans notre étude, une grande partie (89,58%) des médecins travaille en groupe (concernant 399 femmes -soit 78,39% des femmes ayant participé à notre enquête), ce qui a pu induire un biais de recrutement. Cependant en Bretagne, en 2005, plus de 50% des médecins généralistes travaillaient en groupe(61) et cette pratique était en augmentation (49)(68). Il est donc possible qu'actuellement le pourcentage de médecins généralistes travaillant en groupe au sein de notre département se rapproche de celui de notre échantillon.

Lorsque l'on compare les femmes consultant un médecin généraliste exerçant seul à celles consultant un médecin installé dans un cabinet de groupe, nous n'observons pas de différence significative concernant la proportion de femmes ayant un FCU « à jour ». Il en est de même concernant la pratique des FCU par le médecin généraliste.

On remarque qu'ici également le pourcentage de femmes suivies par un gynécologue est relativement conséquent – et similaire - dans les deux groupes pouvant être un facteur de confusion dans l'interprétation de ces résultats.

Par contre, on constate que les femmes déclarant avoir parlé du FCU avec leur médecin traitant ou à avoir été encouragées à le faire par ce dernier sont plus nombreuses dans le groupe de femmes consultant un cabinet de groupe. On peut ainsi supposer que ce type d'exercice permettrait davantage de communiquer autour du dépistage.

Les résultats de notre enquête diffèrent donc de ceux de l'enquête du baromètre Santé médecin généraliste 2009(49). Dans cette étude, les médecins exerçant en groupe étaient plus nombreux à déclarer réaliser les FCU, mais le questionnement des patientes relatif au dépistage des cancers n'était pas influencé par le mode d'exercice. Cependant cette enquête ne s'intéressait qu'aux femmes de 50 à 60 ans.

Encore une fois, nos résultats semblent indiquer que le « facteur temps » influencerait davantage la communication relative au dépistage que la pratique du geste. Cependant il n'est sans doute pas le seul impliqué dans les différences de pratiques observées entre ces deux groupes.

II-3 Répartition homme/femme

Nous avons essayé d'inclure autant d'hommes que de femmes médecins afin que le sexe du médecin ne soit pas un facteur de confusion, ce qui a pu être obtenu avec respectivement 27 hommes (56% de notre échantillon) et 21 femmes (44%) médecins ayant participé à notre étude. Nous avons également pu étudier l'influence du sexe du médecin traitant sur la participation des femmes au dépistage du cancer du FCU et sur la communication concernant le dépistage.

Il n'a pas été mis en évidence de lien statistique entre le sexe du médecin généraliste et la participation au dépistage du cancer du col, la proportion de femmes ayant eu un FCU dans les trois dernières années était équivalente dans les deux groupes, tout comme la proportion de femmes suivies par un gynécologue – *encore une fois élevée au sein de chaque groupe*.

De même nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant la facilité des femmes à aborder la question du FCU avec leur médecin traitant, ni dans le souhait d'en parler davantage avec lui. Nous pouvions penser qu'il était plus facile pour les femmes d'aborder ces questions avec un médecin généraliste femme. Ce que nous retrouvons dans la littérature puisque les médecins hommes citent fréquemment la réticence des femmes à aborder la question du FCU (64)(40)(47). De la même manière, aucune différence significative n'a été constatée concernant le questionnement du médecin relatif au suivi gynécologique.

D'autre part, nous pouvions penser que les femmes médecins réalisaient plus de FCU que leur confrères masculins, ce qui était également décrit dans la littérature (22)(48)(49). Mais notre enquête n'a pas révélé de différence entre le groupe de femmes consultant un médecin généraliste homme ou femme. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans notre enquête, les femmes médecins exercent exclusivement en zone urbaine, où le suivi par les gynécologues reste important (89,47% des femmes de ce groupe).

Ainsi dans notre enquête, le sexe du médecin ne semble pas intervenir dans les démarches de dépistage du cancer du col de l'utérus, ni dans l'aisance des femmes à évoquer ce sujet avec leur médecin.

Cependant il faut noter que nous n'avons pu inclure dans ces calculs que de petits effectifs puisque dans les cabinets de groupe, il n'était pas possible de savoir si les femmes consultaient un médecin généraliste homme ou femme, ce qui ne nous a peut-être pas permis de mettre en évidence une éventuelle différence.

II-4 Possibilité de réalisation du FCU au cabinet

Enfin, le fait de pouvoir réaliser un FCU au sein du cabinet était également un critère influençant nos choix de recrutement car nous souhaitions sélectionner des cabinets où il n'était pas possible de le faire, afin de représenter les différentes pratiques de médecine générale. Nous espérons également par ce biais recruter une part plus importante de patientes « insuffisamment dépistées » en supposant que le fait que le médecin généraliste ne propose pas ce geste soit un facteur de non-participation au dépistage.

Cette hypothèse a été réfutée puisque dans notre enquête, la proportion de femmes « insuffisamment dépistées » était la même quelles que soient les possibilités de réalisation du FCU au sein du cabinet.

Par ailleurs, on remarque que la cohorte de médecins déclarant ne pas réaliser de FCU était relativement faible (6 médecins sur 48 soit 12,5%), contrastant avec les données de la

littérature. D'après une enquête datant de 2005, réalisée en Bretagne en 2005, seulement 37% des médecins généralistes pratiqueraient les FCU (47). En 2014, dans notre département, selon les données fournies par la CPAM du Finistère, 356 médecins sur 891 en activité avaient effectué un FCU, soit 40% des médecins généralistes. Au niveau national, ce taux était estimé à 50% d'après l'enquête barométrique INCa/BVA de 2010 qui interrogeait plus de 600 médecins (48). Le même taux était rapporté dans un article du Dr Rigal de l'INSEE, paru en 2015 dans the European Journal of Cancer Prevention et s'intéressant à l'évolution de la pratique du FCU en médecine générale depuis 15 ans. La tendance actuelle serait à la baisse (47)(54).

On note également qu'il existe une hétérogénéité importante dans les pratiques. Par exemple en 2014, au sein de notre département, parmi les médecins pratiquant les FCU, environ un tiers des médecins n'avait effectué qu'un seul acte dans l'année, un tiers avait réalisé entre 1 et 9 actes et un autre tiers avaient effectué entre 10 et 100 actes – *données fournies par la CPAM du Finistère*. La même hétérogénéité des pratiques était retrouvée dans une étude réalisée dans le Tarn en 2012. Dans cette étude parmi les médecins réalisant les FCU, 32,8% d'entre eux en réalisaient au maximum 5 par an (52).

Il est probable que ces données sous-évaluent le nombre réel de FCU effectués en médecine générale puisqu'elles se basent sur les données des remboursements de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ne représentant que les salariés du régime général. De même, une partie des FCU réalisés n'est pas correctement quotée, tout comme il existe des feuilles de sécurité sociale non envoyées et des FCU impayés (26). Cependant, la part de FCU réalisée en médecine générale semble relativement faible.

Dans notre enquête, il n'a pas été possible de connaître précisément au sein de chaque cabinet de groupe où il y avait la possibilité d'effectuer un frottis si tous les médecins du cabinet le réalisaient, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas. En effet, 50 % des jeunes médecins hommes ne pratiqueraient pas les FCU (54), et ces derniers sont majoritairement installés en cabinet de groupe (61). C'est pourquoi dans notre étude nous utilisons le terme de « cabinets » où il est possible de réaliser le FCU et non de « médecins » pratiquant ce geste. A contrario concernant l'absence de réalisation de FCU, il s'agit de cabinets où les médecins exercent pour la quasi-totalité seuls - *soit 4 sur 6 médecins ne réalisant pas de FCU*.

Nous avons cependant pu estimer la part de femmes ayant déjà eu un FCU effectué par le médecin traitant par le biais des questionnaires. Dans notre étude, seulement 15,23% des femmes de la population cible ont eu un FCU réalisé par leur médecin traitant, ce qui est plus important que la moyenne nationale, estimée à 10% selon l'HAS 2011 (12), mais reste encore peu. Encore une fois, dans notre étude, on peut comprendre ce chiffre par le fort taux de femmes suivies par un gynécologue (86,40%). D'ailleurs, on remarque que dans la population de femmes « non suivies », le taux de femmes ayant déjà eu un FCU réalisé par leur médecin traitant est nettement supérieur, ce dernier étant cité par 80% d'entre elles - *pour les femmes ayant été dépistées*. Les médecins généralistes semblent plus sollicités lorsque les femmes ne bénéficient pas d'un suivi par un gynécologue ou une sage-femme.

L'une des principales raisons évoquée par les médecins concerne la gêne réciproque ressentie par la patiente et le médecin lors de la réalisation du FCU, surtout lorsqu'il s'agit d'un homme (40)(41)(47)(50)(64). Notre étude semble confirmer cette tendance puisque sur l'ensemble des cabinets ne proposant pas de FCU, il s'agit exclusivement de médecins hommes et le plus souvent installés seuls. On peut imaginer qu'au sein des cabinets mixtes, les médecins hommes puissent adresser leur patient à leur collègue féminine. Lors d'une enquête réalisée par l'INCa en 2010 auprès des médecins généralistes (48), parmi ceux ne réalisant pas de frottis, 5% orientaient leurs patientes vers un confrère. *A noter que dans notre enquête, lorsque l'on regarde les réponses apportées par les patientes sur les raisons d'absence de réalisation de FCU depuis 3 ans, la « gêne » n'est rapportée qu'en sixième position.*

On remarque que la part de FCU réalisée en médecine générale reste relativement faible. De nombreux facteurs expliquent ce phénomène. Dans notre échantillon, la part de femmes suivies par un gynécologue est importante, mais on remarque que les médecins traitants prennent le relais lorsque les femmes ne bénéficient pas de ce suivi. Par ailleurs, on peut imaginer qu'il serait possible de lever certains freins à la réalisation du FCU en médecine générale en favorisant la réalisation des FCU par les femmes médecins au sein des cabinets.

III Principaux résultats de notre enquête

III-1 Caractéristiques des femmes « insuffisamment dépistées »

Dans notre étude, les caractéristiques générales des femmes « insuffisamment dépistées » diffèrent de celles des femmes « dépistées » de par la proportion de femmes de plus de 50 ans, le fait d'avoir eu une ou plusieurs grossesses et le fait d'être en couple ; ce qui est également retrouvé dans la littérature (12)(33)(46)(56)(64).

Concernant la proportion de femmes ayant plus de 50 ans, celle-ci est plus importante dans le groupe de femmes « insuffisamment dépistées ». Cependant, lorsqu'on s'intéresse à l'ensemble de la répartition par tranches d'âge, il n'est alors plus constaté de différence significative. Ainsi nous pouvons faire l'hypothèse que les femmes plus âgées se font moins dépistées, tout en concluant que les femmes de la population cible consultent leur médecin traitant à tout âge puisque les classes d'âges sont équitablement représentées. Ceci permet donc au médecin traitant d'évoquer la question du FCU avec l'ensemble des femmes concernées par ce dépistage, notamment celles de plus de 50 ans, moins enclins à y participer.

Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que ces femmes n'ont plus la nécessité d'être suivies pour les grossesses ou la contraception. De même un nombre important de femmes pensent que ce dépistage ne les concerne plus une fois ménopausées. Cette hypothèse est confortée dans notre étude par l'analyse des réponses du groupe de femmes « non concernées » par le dépistage – appartenant au groupe « insuffisamment dépistées » - qui justifient cette position

pour 41% d'entre elles par le fait d'être ménopausées. A l'inverse, on peut penser que les femmes plus jeunes sont peut-être plus inquiètes pour leur santé ou intéressées par le dépistage.

Concernant ce point, nos résultats sont en accord avec les données du Baromètre Santé 2010, qui évaluait la pratique du dépistage des cancers en France en se basant sur des données déclaratives recueillies en population générale. Dans ce rapport, on retrouvait une plus faible participation des femmes de plus de 50 ans (26). On observait même une accentuation du phénomène ces dernières années puisque l'évolution du taux de couverture chez les femmes de plus de 50 entre 2005 et 2010 avait diminué de respectivement 2,3%, 9,5% et 4,2% pour les tranches 50-55ans, 55-69ans et 60-65 ans (cf. *Annexe n°8*)(26). Le même constat concernait la tranche d'âge 40-45 ans avec une diminution du taux de couverture déclaré de 3,1% (26). Ce sont pourtant les femmes qui sont le plus concernées par le cancer du col de l'utérus, avec les incidences les plus élevées autour de 40 ans, ce qui en fait la population à privilégier en termes de sensibilisation autour du dépistage. Ceci appuie également le fait qu'il est important de maintenir les efforts effectués en terme de communication autour du dépistage afin d'éviter l'abandon des femmes.

Concernant la (les) grossesse(s), la différence constatée est possiblement due à un biais de confusion. En effet, les patientes ayant eu des grossesses ont été en contact avec un gynécologue ou une sage-femme (en fin de grossesse tout du moins) et ont pu par la suite poursuivre le suivi. Nous verrons que le fait d'être suivi par un gynécologue ou un(e) sage-femme est un facteur de participation au dépistage par FCU.

Le facteur « en couple » semble également influencer la participation au dépistage du cancer du col. En effet la proportion de femmes en couple est plus importante dans le groupe des femmes « dépistées » comparativement au groupe de femmes « insuffisamment dépistées ». On peut supposer que les femmes qui ne sont pas en couple ou qui n'ont pas de rapports sexuels se font moins suivre sur le plan gynécologique et se sentiraient moins concernées par le dépistage du cancer du col utérin, ce qui est également décrit dans la littérature (26)(36)(40)(56).

Enfin, on observe que la proportion de femmes participant au dépistage organisé du cancer du sein est plus importante dans le groupe « dépistées ». Ceci est également retrouvé dans la littérature (12)(26)(64), le fait de participer à une campagne de dépistage est un facteur favorisant l'adhésion aux autres campagnes, sans doute par une meilleure acceptation de la démarche préventive.

Ces différents éléments permettent de dessiner le profil des femmes susceptibles de ne pas faire de FCU, ces dernières étant souvent âgées de plus de 50 ans, ne participant pas au dépistage du cancer du sein, n'ayant pas eu de grossesse ou n'étant actuellement pas en couple. Même si la démarche de prévention du médecin généraliste concerne l'ensemble des femmes, cela peut permettre de cibler d'avantage les femmes ne bénéficiant pas du dépistage afin de les sensibiliser en priorité.

III-2 Connaissance des femmes sur le FCU

Dans notre enquête, nous ne retrouvons pas de différence significative entre les deux groupes concernant la connaissance relative à l'utilité du FCU, l'éviction du cancer étant majoritairement rapportée dans les deux groupes (87% chez les femmes « dépistées » et 81% chez les femmes « insuffisamment dépistées »). Ces observations diffèrent des données du rapport de la DRASS sur les cancers gynécologiques datant de 2005 (43) et des données plus récentes du Baromètre Santé 2010 (26). Dans ces rapports, on retrouve une association entre la méconnaissance du rôle du FCU et l'absence de participation au dépistage, avec à l'inverse, un impact favorable de la connaissance du rôle protecteur contre le cancer sur l'adhésion au FCU. Cependant, là encore, il s'agissait d'enquêtes menées en population générale, ce qui n'est pas le cas de notre étude. Cela semble indiquer que notre échantillon de femmes était mieux informé sur l'intérêt du FCU.

Ces résultats nous laissent penser que si les femmes de notre échantillon ne se font pas dépister, ce n'est pas par méconnaissance des risques mais pour d'autres raisons.

III-3 Communication autour du FCU

III-3-a Notion de prévention

On sait que la prévention est globalement reconnue auprès du grand public comme étant un élément important pour améliorer la santé (43). Notre enquête semble confirmer ce fait puisque 99% des femmes « dépistées » pensent que le FCU est important pour leur santé. De même, 72 % des femmes « insuffisamment dépistées » se disent concernées par cet examen et 63% souhaiteraient qu'on leur propose systématiquement d'être dépistées.

Pourtant sa mise en œuvre se heurte encore à de nombreux obstacles, notamment d'ordre organisationnel, ce que révélait une enquête menée en 2011 en population générale sur un échantillon de femmes de la population ciblée par le dépistage, réalisée dans le Val d'Oise (22). Par ailleurs, pour de nombreuses femmes, il persiste une confusion entre dépistage et diagnostic (26)(47)(58). Différents rapports plébiscitent la mise en place d'une consultation annuelle dédiée aux démarches préventives afin d'expliquer la démarche et favoriser son application (12)(24)(40).

III-3-b Source de l'information

Dans notre enquête on observe que les femmes du groupe « insuffisamment dépistées » déclarent davantage s'être renseignées au travers des médias comparativement aux femmes « dépistées » et ce de manière statistiquement significative (18% versus 8%). Ceci pointe du doigt le rôle primordial de l'information délivrée par le corps médical, ce qui était déjà souligné dans le rapport Baromètre Santé 2010 (26). En effet, les médias ne semblent pas être

le moyen le plus adapté : les informations véhiculées ne sont pas toujours vérifiées et parfois sujettes à polémiques empêchant ainsi de faire passer un message clair et compréhensible.

De même on remarque que les femmes du groupe « insuffisamment dépistées » citent davantage comme sources d'information sur le FCU leur entourage et les campagnes d'informations officielles - *sans que la différence soit statistiquement significative*. On peut en partie l'expliquer par la faible proportion de femmes suivies par un gynécologue dans le groupe « insuffisamment dépistées », ce qui diminue la part d'information délivrée par ce dernier. A l'inverse, les femmes « dépistées » citent à 81 % le fait que leur gynécologue leur ait parlé du FCU comme la principale raison qui les conduit à le réaliser. La communication verbale reste donc le moyen à privilégier par rapport aux campagnes d'affichage ou à la distribution de prospectus. Ceci se comprend facilement puisque, lors d'une consultation, les femmes peuvent exprimer davantage leur réticence à effectuer le frottis et le médecin peut plus facilement répondre à leur craintes, lutter contre les fausses croyances et argumenter l'importance de cet examen.

Ceci conforte l'idée que l'information est mieux acceptée et comprise lorsqu'elle est délivrée par un professionnel de santé et lorsque l'on s'adresse directement aux patientes.

III-3-c Modalités du dépistage

Dans notre étude, on observe que les femmes « insuffisamment dépistées » méconnaissent plus la possibilité de réaliser un FCU chez une sage-femme ou au laboratoire d'analyses médicales comparativement au groupe « dépistées » - *et ce de manière statistiquement significative*. On note que seuls 6,5 % des femmes « insuffisamment dépistées » savent qu'il est possible d'effectuer un FCU dans un laboratoire.

Dans l'enquête menée en population générale dans la ville de Brest (37), elles étaient 88% à ignorer la compétence des sage-femmes à pratiquer ce geste et 42 % citaient le gynécologue comme seul à pouvoir effectuer le FCU. Dans l'enquête, réalisée dans le Val d'Oise (22), le fait de connaître la possibilité d'effectuer le FCU au laboratoire d'analyses médicales était mis en avant comme facteur significativement associé à la participation au dépistage, ce qui conforte nos résultats.

Concernant l'habilitation du médecin généraliste à faire le FCU, 63% des femmes « insuffisamment dépistées » et 68 % de celles « dépistées » déclaraient le savoir, ce qui est globalement satisfaisant et plus élevé que les chiffres retrouvés dans ces mêmes enquêtes menées en population générale, avec un taux de 40% pour le Val d'Oise (22).

Notre enquête retrouve également une méconnaissance du caractère triennal du FCU dans le groupe « insuffisamment dépistées » rapportée par 25% d'entre elles, ce qui en fait la première raison de non réalisation du FCU ces trois dernières années – concordant avec les données de la littérature (22)(26)(58)(59).

Enfin, la réalisation du FCU par le médecin généraliste, par un(e) sage-femme ou au laboratoire d'analyses médicales reste encore peu pratiquée, ne concernant respectivement que 9,17%, 3,58% et 0,67 % des femmes de notre échantillon. Ceci pourrait être amélioré par plus de communication à ce sujet.

Ces différents éléments semblent montrer que les modalités pratiques du dépistage du cancer du col ne sont pas bien connues, notamment chez les femmes qui ne se sont pas correctement dépistées. Une meilleure communication autour de la mise en œuvre du dépistage devrait permettre de favoriser sa bonne application, tout comme le fait d'adresser les patientes à ces différents intervenants. Ceci peut se faire par le biais du médecin traitant.

III-3-d Contraintes organisationnelles

Lorsque l'on s'intéresse aux autres raisons de la non-réalisation du FCU ces trois dernières années invoquées par les femmes « insuffisamment dépistées », les freins psychologiques – que sont « une mauvaise expérience antérieure », la « peur du geste » ou « du résultat » ou « la gêne » lors de l'examen (retrouvés respectivement en 8^{ème}, 7^{ème} et 6^{ème} position) - ne sont pas les premiers cités, ni la méconnaissance du rôle « préventif » de cet examen (arrivant en 5^{ème} position). Ce sont les contraintes organisationnelles qui sont exprimées en premier lieu. Ainsi, la première raison serait le fait de ne plus se souvenir « de la date du dernier FCU » pour 36% des femmes, suivi de la méconnaissance du caractère triennal (pour 25% d'entre elles). On retrouve ensuite la difficulté à obtenir un rendez-vous (pour 21% d'entre elles). La contrainte temporelle est également citée par 15 % des femmes.

Encore une fois, nos résultats diffèrent de ceux retrouvés dans l'enquête menée en population générale dans la ville de Brest (37), où les principaux obstacles mis en avant étaient d'ordre psychologiques (angoisse du geste, du résultat, gêne, ...) suivi de ceux d'ordre social (problèmes financiers, manque de temps, non prioritaire, ...).

Dans tous les cas, un suivi régulier ainsi que des rappels concernant la nécessité de réitérer les FCU semblent être des facteurs importants pour favoriser la bonne conduite du dépistage.

III-4 Importance du suivi

Ce dernier se décline sous deux aspects : le suivi gynécologique et le suivi du statut « à jour » du FCU (c'est-à-dire datant de moins de 3 ans).

III-4-a Suivi gynécologique

Lorsque l'on compare les groupes de femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées », on observe une différence statistiquement significative concernant le suivi par un gynécologue

ou une sage-femme, avec une proportion de femmes suivies beaucoup moins importante dans le groupe « insuffisamment dépistées » (27% versus 93%). Ceci n'est pas surprenant dans la mesure où la réalisation du FCU est un acte habituel lors des consultations gynécologiques.

Il est difficile de savoir quels sont les facteurs de confusions impliqués entre l'âge (plus de 50 ans, la/les grossesse(s) antérieures, le fait d'être en couple, ...) avec le suivi gynécologique, puisque nous n'avons pas réalisé d'analyses multi-variées. En effet, les femmes plus jeunes, ou en couple présentent possiblement plus de motifs de consultation d'ordre gynécologique (grossesse, contraception, ...) les amenant à prendre contact avec leur médecin généraliste ou un gynécologue, permettant d'instaurer un suivi par la suite.

Rappelons que dans le groupe de femmes suivies – c'est-à-dire 433 femmes sur les 509 de notre échantillon – 96% le sont par un gynécologue et seulement 4% par un(e) sage-femme.

III-4-b Suivi du statut du FCU

Différents articles citent l'absence de sollicitation comme raison invoquée par les femmes ne réalisant pas de frottis (24)(22)(43)(12). Dans une étude réalisée en Ile-de-France en 2005 concernant les femmes de 50 à 69 ans consultant en médecine générale, 70 % des femmes non dépistées déclaraient qu'on ne leur avait jamais proposé le FCU et dans cette même étude, 75 % de ces mêmes femmes auraient l'intention de le faire si un gynécologue ou un médecin généraliste leur proposait (46). Dans l'enquête Baromètre Santé 2010, 13 % des femmes non dépistées citaient spontanément le fait que leur médecin traitant leur parle du FCU comme facteur pouvant les inciter à le réaliser (26). De même, le fait d'avoir consulté son médecin généraliste semble associé à la compliance des femmes au dépistage (12).

Nous avons donc fait l'hypothèse que c'est en évoquant le sujet avec leurs patientes que les médecins favorisaient l'acceptation du dépistage. Par le biais de cette étude, nous avons cherché à évaluer l'impact du questionnement du médecin généraliste sur la participation des femmes au dépistage par le FCU. Il apparaît que dans la population cible, 65% des femmes rapportent avoir été questionnées sur leur suivi gynécologique par leur médecin traitant. Lorsque l'on compare nos deux groupes « dépistées » et « insuffisamment dépistées », on retrouve un taux de questionnement sur le suivi de respectivement 68% et 43 % avec une différence statistiquement significative. Enfin lorsque l'on analyse le groupe de femmes « non suivies » ayant un FCU « à jour », elles sont 80 % à mentionner le fait que leur médecin traitant leur ait conseillé faire un FCU comme leur principale motivation à participer au dépistage. On peut donc supposer que le fait que le médecin traitant pose la question du suivi gynécologique permette d'évoquer plus facilement le dépistage et donc de sensibiliser les femmes au FCU. On peut également penser que le simple fait de poser la question rappelle aux femmes l'importance de cet examen et la nécessité de le réitérer si ces dernières n'étaient plus à jour.

Par ailleurs, on observe que les femmes du groupe « insuffisamment dépistées » évoquent moins facilement le sujet du FCU avec leur médecin traitant (37% versus 57%) et

souhaiteraient davantage en parler avec lui (47% versus 29%) comparativement au groupe de femmes « dépistées » et ce de manière statistiquement significative. Ces femmes ne semblent donc pas réticentes à évoquer le dépistage et seraient demandeuses de plus de communication de la part de leur médecin traitant.

A noter cependant qu'au sein du groupe « insuffisamment dépistées » on retrouve une petite part de femmes exprimant l'absence d'intérêt à ce sujet (5%), et ce de manière statistiquement plus importante comparativement au groupe de femmes « dépistées ». Cependant elles restent minoritaires.

Enfin, de manière générale, au sein de notre échantillon de patiente, 35 % des médecins ne questionnent pas leur patientes sur le suivi gynécologique et 46 % d'entre eux n'évoquent pas le FCU, ce qui montre que les questions relatives à la prévention des cancers féminins ne fait pas encore partie de l'interrogatoire systématique des médecins, mais cela serait en passe de le devenir.

Ces chiffres sont globalement meilleurs que ceux retrouvés dans la littérature puisque dans l'enquête de l'INCa (48) réalisée en 2010 sur un échantillon de médecins généralistes représentatifs, seuls 45% rapportaient interroger leur patiente sur le FCU laissant entendre que 55% ne le faisaient pas. De même, dans l'enquête réalisée dans le département du Val d'Oise (22), 62% des femmes interrogées rapportaient n'avoir jamais évoqué ce sujet avec le médecin traitant. *Rappelons cependant qu'il s'agit de données déclaratives émanant des patientes exposées donc au biais de mémoire, ces dernières pouvant ne plus se souvenir des questions posées et du suivi réalisé par leur médecin traitant.*

Ceci montre qu'il reste des progrès à faire en termes de communication autour du FCU, mais les patientes semblent favorables à plus de sollicitation, ce qui pourrait permettre de favoriser leur adhésion au dépistage.

IV Comment diminuer l'incidence du cancer du col de l'utérus en France

IV-1 Solutions accessibles en médecine générale

Notre enquête souligne le fait qu'il reste des possibilités d'amélioration en termes de communication sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. On remarque que les acteurs et l'organisation pratique du dépistage restent encore mal connus. Par ailleurs, l'information semble mieux comprise lorsqu'elle est délivrée par un professionnel de santé au cours d'une consultation. Les principaux freins à la réalisation du FCU rapportés par les patientes ne sont pas l'indifférence ou la peur mais la méconnaissance des modalités pratiques du dépistage et les contraintes organisationnelles. On observe que les femmes insuffisamment dépistées se disent en majorité favorables au dépistage et sont demandeuses de plus de communication autour du FCU et de sollicitation de la part de leur médecin.

Le médecin traitant détient une place privilégiée dans la démarche de prévention puisqu'il est le plus souvent le premier maillon de la chaîne de soins. Le fait de questionner sur le suivi gynécologique et la participation au dépistage permet à la fois de repérer les femmes qui ne bénéficient pas du dépistage et de répondre aux interrogations des femmes afin de leur proposer de faire un FCU tout en expliquant les différentes possibilités d'accès au dépistage.

Ces mesures sont applicables en pratique courante ou lors de consultations spécifiquement dédiées à la prévention.

Les gynécologues restent encore les principaux effecteurs des FCU. Cependant, pour répondre à la diminution prévisible de la démographie médicale des médecins gynécologues libéraux, il sera nécessaire d'augmenter la part de FCU réalisés par les autres intervenants que sont les médecins généralistes (*dans une certaine proportion, étant eux-aussi affecté par la diminution démographique*), les sage-femmes et le laboratoire d'analyses médicales. La féminisation de la profession pourrait permettre de lever certains freins à la réalisation des FCU en médecine générale. De même, il est possible d'augmenter la part de FCU réalisés par les sage-femmes ou les laboratoires d'analyses médicales en améliorant l'information des femmes sur les différentes possibilités de réalisation des FCU et en adressant les patientes à ces derniers. Encore une fois, le médecin généraliste a un rôle à jouer puisqu'il peut leur adresser ses patientes. A noter que dans notre département, le nombre de sage-femmes libérales a augmenté de 40% entre 2010 et 2014 (37), ce qui est plutôt encourageant et laisse une marge de manœuvre importante.

Rappelons que notre étude s'intéressait aux femmes consultant un cabinet de médecine générale dans le Finistère. On sait qu'il existe une forte disparité entre les régions concernant l'accès aux soins. On note par exemple que dans notre échantillon, les femmes ont recours facilement aux consultations spécialisées chez le gynécologue, ce qui n'est évidemment pas le cas dans d'autres départements, ni au sein de l'ensemble de la population finistérienne. On sait par ailleurs que certaines femmes n'ont qu'un faible recours aux soins, notamment dans les catégories socio-culturelles les plus modestes. Une sensibilisation à la prévention reste possible lors de la prescription de la contraception, nécessairement faite par un médecin, mais qui ne concerne pas l'ensemble des femmes de la population cible. Pour les femmes sortant de ce cadre (absence de contraception, ménopause, stérilet) il existe d'autres moyens possibles pour favoriser leur participation au dépistage.

IV-2 Autres voies d'amélioration possibles

IV-2-a Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Il n'existe actuellement pas de dépistage organisé au niveau national, malgré les différents exemples européens qui montrent des résultats probants en termes de couverture du FCU

(pourcentage de femmes ayant au moins un frottis dans les 3 dernières années) dans la population cible (*exemple du Royaume Uni avec un taux de couverture pour le FCU à 3 ans supérieur à 80%* (18)) et en dépit des nombreux rapports (44)(5)(19) et recommandations (HAS 2010, HCSP 2006) plébiscitant sa généralisation.

Les premières évaluations épidémiologiques de ces campagnes, réalisées par InVS entre 2003 et 2005 (pour les premiers départements pilotes) et en 2014 (pour l'ensemble des 13 départements participant à l'expérience), montrent un bénéfice en termes d'augmentation du taux de couverture du FCU se révélant supérieur au pourcentage national, avec des taux moyen de 62,1%, atteignant même 71% de la population cible dans certains départements (ex : Bas Rhin) (34). L'amélioration de la participation concerne également les femmes âgées de 50 ans ou plus, celles les plus concernées par cette pathologie et qui pourtant se font moins dépister (1). Ce type d'organisation permet également de lutter plus efficacement contre les inégalités sociales et les disparités en termes d'accessibilité aux soins (7). Ces évaluations soulignent le rôle primordial des organismes de gestion aussi bien au niveau de la sollicitation des femmes, que du suivi des femmes dépistées « positivement » avec une surveillance prospective de l'évolution des lésions (1).

La généralisation du dépistage organisé est prévue par le Plan Cancer 2014-2019 (44) afin d'atteindre un taux de couverture du FCU de 80% à l'échelle nationale, ce qui permettrait de faire diminuer l'incidence du cancer invasif du col de 90 % (6) et de réduire la mortalité actuelle de 20% (17). Ce programme s'appuie sur le médecin traitant en tant que centralisateur du dépistage, ainsi que les structures de gestion de dépistage déjà existantes pour le cancer colo-rectal et le cancer du sein (44).

Le développement à l'échelle nationale du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus permettrait de lever certains freins entravant la pratique du frottis et de lutter contre les inégalités sociales et démographiques d'accès au dépistage. Cependant il ne permet pas de lever les obstacles liés au manque d'information, ce qui reste du ressort des professionnels de santé. De même, pour lutter contre les freins liés aux contraintes organisationnelles ou à la gêne occasionnée par l'examen gynécologique, d'autres réponses sont à envisager.

IV-2-b Renforcement des autres moyens de prévention et développement de nouvelles techniques

IV-2-b-1 Améliorer la prévention primaire

En France, il n'y a pas de campagne systématique de vaccination contre HPV. Celle-ci dépend de décision individuelle. Selon les données officielles de 2014, en France, la couverture vaccinale ne serait que de 18% (57)(69)(70), ce qui est amplement insuffisant. Avec une couverture théorique de 100%, la vaccination pourrait prévenir plus de 70% des cancers invasifs (2). Les recommandations de l'HCSP datant du 15 janvier 2012, préconisent de vacciner toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec une mesure de rattrapage jusqu'à 19 ans révolus (71). Il existe une possibilité de co-vaccination avec le vaccin tétravalent DTCP

ou Hépatite B, en initiation ou pour compléter un schéma vaccinal. Deux vaccins sont actuellement commercialisés en France (le Gardasil® et le Cervarix®), ils ne sont pas interchangeables et toute vaccination initiée avec l'un doit être menée à son terme avec le même vaccin (71).

Cependant les femmes vaccinées ne sont pas exemptées de la réalisation des FCU car le vaccin ne protège pas contre l'ensemble des HPV. 50% des lésions précancéreuses et 30% des cancers invasifs sont attribuables à des souches virales non contenues dans le vaccin (8) nécessitant de poursuivre une surveillance régulière.

IV-2-b-2 Techniques en cours de développement

Actuellement d'autres techniques de prévention sont expérimentées. Il s'agit par exemple de rechercher le portage urinaire ou vaginal d'HPV, effectué sur un auto-prélèvement réalisé à domicile. Si la présence d'HPV à haut risque oncogène est révélée, les femmes sont alors sollicitées par courrier pour aller réaliser un FCU chez un médecin dans un délai de trois mois.

Ces tests sont actuellement en cours de validation et pourraient être généralisés, permettant de diminuer le nombre de femmes candidates au FCU tous les trois ans et ainsi de permettre une couverture suffisante pour les femmes les plus à risques. En effet, rappelons que 95 % des 6 000 000 de frottis réalisés, chaque année, en France sont normaux (c'est-à-dire sans lésions intraépithéliales). Le développement de ces techniques permettrait donc de dispenser une partie des femmes des contraintes de l'examen gynécologique, souvent rapporté comme un frein au dépistage par le FCU et des contraintes organisationnelles, tout en réduisant les disparités en termes d'accès au dépistage.

Il s'agit donc d'un outil complémentaire permettant de cibler davantage les femmes les plus à risques à qui l'on proposera un FCU diagnostique.

IV Conclusion

L'amélioration de la prévention du cancer du col de l'utérus passe par un renforcement de l'information relative aux modalités du dépistage et du suivi du statut à jour du FCU, et par une meilleure sollicitation des femmes non dépistées, ce qui est accessible en médecine générale.

Afin de répondre au problème de diminution de l'offre de soins en gynécologues médicaux, il sera nécessaire d'augmenter la part de FCU réalisés par les autres intervenants de santé susceptibles de les réaliser que sont les médecins généralistes – notamment par l'intermédiaire des femmes médecins – les sage-femmes et les laboratoires d'analyses médicales en communiquant mieux sur leur habilitation à réaliser les FCU et en adressant les patientes.

Enfin, pour lutter de manière efficace contre les inégalités d'accès au dépistage et favoriser l'adhésion et le suivi d'un plus grand nombre de femmes, il semble nécessaire d'envisager la généralisation au niveau national du dépistage organisé.

CONCLUSION

Aujourd'hui le principal facteur de risque de cancer du col de l'utérus est l'absence de frottis cervico-utérin.

En effet, depuis 30 ans, une importante diminution de l'incidence et de la mortalité de ce cancer a été permise grâce à l'utilisation répandue de ce dépistage mais on observe actuellement un infléchissement de la décroissance de la morbi-mortalité de ce cancer alors qu'il est en théorie évitable.

En 2015, en France, 56% des femmes de la population cible participent au dépistage, ce qui est très insuffisant ; et seulement 10 % des femmes selon un rythme triennal. On observe actuellement une diminution du taux de couverture depuis quelques années.

Ceci s'explique par de nombreux obstacles empêchant la bonne conduite du dépistage mais il est possible de les dépasser par une meilleure communication autour du frottis et l'amélioration du suivi du statut « à jour » des femmes, tout en les sollicitant régulièrement pour pratiquer cet examen.

Le médecin généraliste, de par sa position de premier interlocuteur et de référent dans le parcours de soins est un acteur clé de cette démarche.

Cependant il ne peut atteindre que la population des patientes ayant recours aux soins primaires, celles sortant de ce cadre ne pourront être sensibilisées que grâce au développement d'un dépistage organisé à l'échelle nationale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Point sur l'épidémiologie et le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale. Volume 2009. 33^{ème} Journées Nationales Paris, 2009. [En ligne]
http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_455_duport.pdf. Consulté le 12.03.2015.
2. Institut de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances. Maladies chroniques et traumatiques.2007.[En ligne]
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_col_uterus__connaissances.pdf. Consulté le 19.03.2015.
3. OMS. La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles Rapport OMS. 2012. [En ligne]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161>. Consulté le 17.08.2015.
4. Panorama de la santé 2011:les indicateurs de l'OCDE.2012. [En ligne]
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2011_health_glance-2011-fr. Consulté le 10.09.2015.
5. Garnier A, Brindel P. Les programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Europe: état des lieux en 2013. BEH 13-14-15 : 2014 222-227 [En ligne]
http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/pdf/2014_13-14-15_2.pdf. Consulté le 17.08.2015.
6. FNORS et Direction générale de la Santé. Le cancer dans les régions de France Mortalité, Incidence, Affections de longue durée, Hospitalisations. 2006.[En ligne]
[http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/syntK\(050921\).pdf](http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/syntK(050921).pdf). Consulté le 10.09.2015.
7. Institut National du Cancer. Les cancers en France.Edition 2014.2015. [En ligne]
www.e-cancer.fr/.../Les%20cancers%20en%20France%20-%20Edition%20...;
Consulté le 15.08.2015.
8. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff AS. Le cancer du col de l'utérus état des connaissances en 2014. BEH 13-14-15 :2014 :220-222 [En ligne]
http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/pdf/2014_13-14-15_1.pdf. Consulté le 10.09.2015.
9. Observatoires Régional de la Santé de Bretagne (ORSB). La Santé de la population en Bretagne. Ensemble des cancer. 2000.[En ligne]
<http://orsbretagne.typepad.fr/files/cancers-sant%C3%A9-bretagne.pdf>. Consulté le 10.09.2015
10. Bouffard B, Debarre J; Defossez G, Giraud J, Ingrand P. Le cancer du col de l'utérus:

Incidence et mortalité des cancers en Poitou-Charentes. Registre des cancers. 2013.[En ligne]
http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/prevenir_les_risques/Cancers/20130621_ORIS_CancerColUterus_Juin13.pdf. Consulté le 12.03.2015.

11. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique avril 2010. Inca, InVS, HCL, INSERM, FRANCIM.2010[En ligne]
http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/rapport_projections_nationales_cancer_2010.pdf. Consulté le 12.03.2015.
12. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). HAS. Juin 2013.[En ligne]
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf. Consulté le 12.03.2015
13. Bergeron C. Nouvelle terminologie histologique des lésions précancéreuses du col utérin de l'OMS 2014 : La fin de l'utilisation du terme de CIN. 2014[En ligne].
<http://www.gyneco-online.com/gyn%C3%A9cologie/nouvelle-terminologie-histologique-des-l%C3%A9sions-pr%C3%A9canc%C3%A9reuses-du-col-ut%C3%A9rin-de-l%E2%80%99oms-2014>. Consulté le 19.03.2015.
14. Ponnognon L. Les cancers en Bretagne : Étude de six localisations. 2010.[En ligne].
http://orsbretagne.typepad.fr/00_CANCERS_BRETAGNE_6_LOCALISATIONS.pdf. Consulté le 12.11.2015.
15. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. 2015;21. [En ligne].
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf. Consulté le 12.11.2015.
16. ANAES. Guide méthodologique comment évaluer a priori un programme de dépistage. 2004. [En ligne].
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf. Consulté le 19.03.2015.
17. Graesslin O. Le cancer du col utérin cancer évitable! 2014 [En ligne].
http://www.cngof.asso.fr/documents/O_Gresselin_cancer_col.pdf. Consulté le 19.07.2015.
18. Institut National du Cancer. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus.

Collect fiches repère. 2013;1–8.[En ligne].file:///C:/Users/user/Downloads/FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013%20(1).pdf. Consulté le 19.07.2015.

19. DREES. L'état de santé de la population en France. Edition 2015: 330-334 [En ligne]. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf. Consulté le 19.07.2015.
20. Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Collection rapport et synthèse. 2007.[En ligne]. <http://www.pasteur.fr/ip/resource/filecenter/document/01s-00004i-01c/inca-etat-des-lieux-du-cancer-du-col-ute-rin-en-france-092007.pdf>. Consulté le 19.03.2015.
21. EHESP. Depistage Organise Du Cancer Du Col De L ' Uterus En Bretagne : Enjeux Et Faisabilite ». 2009.[En ligne]. http://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/mip/groupe_10.pdf. Consulté le 08.08.2015.
22. Bernard E., Saint-Lary O., Haboudi L. LBJ. Dépistage du cancer du col de l'utérus connaissances et participation des femmes. Sante Publique (Paris). 2013;25(255-262). [En ligne]. www.cairn.info/revue-sante-sante-publique-2013-3-page-page-255. Consulté le 13.03.2015
23. Rigal L. Dépistage des cancers gynécologiques en médecine générale : Variabilité des pratiques. Th SP. Paris Sud . 2014.Consulté le 19.03.2015.
24. Gambiez-Jounard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Exercer. 2011 ;98 :122-8.
25. Securite-Sociale. Sous-indicateur n°2-3-1 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 74 ans [En ligne]. <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic2-3-pqemaladie.pdf>. Consulté le 13.07.2015.
26. Beck F, Gautier A, Buzyn A, Le Luong T. Baromètre cancer 2010. Baromètre Santé. INPES. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>. Consulté le 13.07.2015.
27. Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Avis relatif au vaccin Gardasil® et à la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus.Octobre 2011. Haut. 2011;1–5.[En ligne].

www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20111021_gardasil.pdf. Consulté le 19.03.2015.

28. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaires. Recommandations en Santé Publique. 2010 [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf. Consulté le 13.07.2015.
29. Institut de Recherche en santé Publique (IReSP). Prévention en médecine générale quelle est la place des inégalités sociales et comment les réduire. INPES n°078/07-DAS2011. 2007;1-77.[En ligne]. www.sftg.net/documents%20PDF/RapportINPES11fevr11Ringa.pdf. Consulté le 13.07.2015.
30. Agence régionale de Santé (ARS). Observatoire de la démographie des professionnels de la santé de Bretagne. Demops 2014. 2014.[En ligne]. http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/demops_2014.pdf. Consulté le 10.11.2015.
31. Ordre National des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale | Démographie médicale [En ligne]. <http://www.demographie.medecin.fr>. Consulté le 15.05.2015.
32. Barré S. Cancer du col de l'utérus la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national. HAS .Actual Prat n°26:1-4. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national. Consulté le 25.10.2015.
33. Irdes. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008.2010. 258 p. [En ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>. Consulté le 24.10.2015.
34. Danet S, Brocas AM, Hini E, Olier L. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi santé publique. Rapport 2011. DREES. 246-249. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf. Consulté le 20.08.2015.
35. Menvielle G, Leclerc A, Chastang J-F, Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. Beh. 2008;(33):289-92. [En ligne]. http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf. Consulté le 10.11.2015.
36. Blanckaert M. Obstacle à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale :

étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Mèd, Lille 2;2012,103p.

37. Rolland M. Analyses des obstacles rencontrés par les femmes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin lors d'une enquête qualitative réalisée à Brest de juin à septembre 2014. DESF, Brest. 2015:39p.
38. Leroy L. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste. Th D Mèd, Créteil ;2014 :44p.
39. 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. Th D Mèd, Lille 2 ;2012 :158p.
40. Gauwin G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Th D Mèd, Rouen;2012 :95p.
41. D'Hervé C. Freins à la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : étude descriptive par autoquestionnaire chez les femmes non participantes à l'étude PAPU 29. Th Méd, Brest ; 2011.
42. Badet A, Moreau. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Prat Organ des Soins CNAMTS; 2012 Oct 1. Vol. 43(4):261-8. [En ligne]. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=POS_434_0261. Consulté le 10.03.2015
43. DRASS. Prévention des cancers gynécologiques : Quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? 2004. [En ligne]. <http://orsbourgogne.free.fr/Etudfemmes.pdf>. Consulté le 03.03.2015.
44. Plan 2014-2019 2014 [En ligne]. <file:///C:/Users/user/Downloads/Plan-cancer-2014-2019-V4.pdf>. Consulté le 19.05.2015.
45. Vall PGJ, Le Y, Soci N. Dépister les cancers , mais à quelles conditions? 2005;72 -7. [En ligne]. apremas.org/assets/files/pdf/depister_cancers_mais_conditions.pdf. Consulté le 10.03.2015.
46. Abdoul H, Askevis M, Bachimont J, Demongeot A, Falcoff H, Florès P, et al. Facteurs limitant la mise en oeuvre des recommandations de prévention en médecine générale Enquête auprès d ' un échantillon de médecins généralistes franciliens et de leurs patients . 2008. [En ligne]. www.sftg.net/documents%20PDF/RapFinalHASjuin08.pdf. Consulté le 13.07.2015.

47. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Sante Publique (Paris)* [Internet]. 2005;17(1):109.[En ligne] <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-109.htm>. Consulté le 08.08.2015.
48. INCa/BVA. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Collectif enquêtes sondages Synthèse des résultats l'enquête barométrique. 2010.[En ligne]. <file:///C:/Users/user/Downloads/ENQBAROMG11.pdf>. Consulté le 10.03.2015.
49. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [En ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/index.asp>. Consulté le 22.07.2015.
50. Squimbre Charlotte. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
51. Noaihaç M. Limites à la réalisation du frottis cervico-vaginal en médecine générale : enquête par entretiens auprès de médecins généralistes et de patientes du département du Puy-de-Dôme. Th Méd, Clermont Ferrand ; 2010.
52. Luz X. Les gestes techniques en médecine générale.Th Méd, Toulouse ; 2014.
53. Van den Bos V. Cancer du col de l'utérus les généralistes boudent le dépistage [En ligne]. <http://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/9758-Cancer-du-col-de-l-uterus-les-generalistes-boudent-le-depistage>. Consulté le 10.11.2015.
54. Poncet L, Rigal L, Panjo H, Gautier A. Disengagement of general practitioners in cervical cancer screening. *Eur J Cancer Prev.*2015.
55. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* [En ligne]. 1999 Sep 18 [En ligne]. <http://www.bmj.com/content/319/7212/738>.
56. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France? *Rev Epidemiol Sante Publique* [En ligne]. 2008;56(5):303–13[En ligne]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18951740>. Consulté le 19.03.2015.
57. Denis F. Actualité de la vaccination papillomavirus en France. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie.*2015 Jul 1,18(3):127–32. [En ligne]

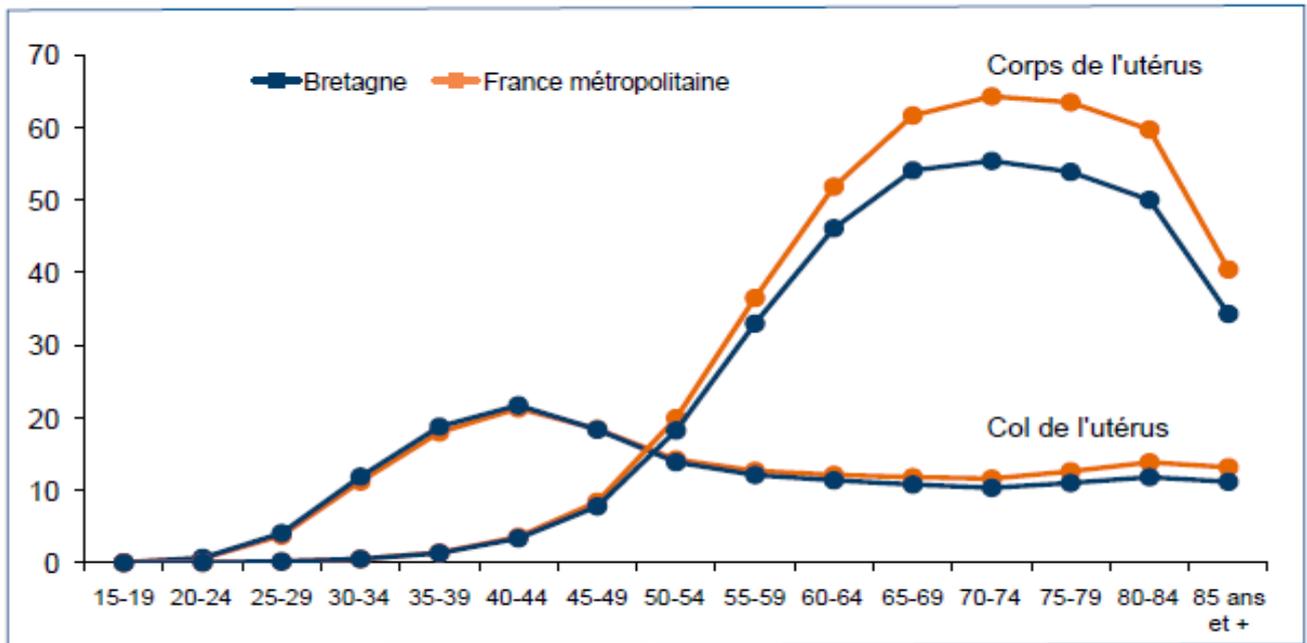
http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/actualite_de_la_vaccination_papillomavirus_en_france_305757/article.phtml?tab=texte. Consulté le 30.10.2015.

58. Institut national du cancer (INCA). Les Français face au dépistage des cancers. Collectif Enquêtes sondages 2009[En ligne].
www.e-cancer.fr. Consulté le 23.07.2015.
59. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publique* 3/2013 (Vol. 25) , p. 255-262[En Ligne].www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-255.htm. Consulté le 19.05.2015.
60. Auzet L, Février M, Lapinte A. Niveaux de vie et pauvreté : les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités. *INSEE Première* n° 1162. 2007;15–8.
61. Joubert E, Olier L, Obadia Y, Paraponaris A, Aubry C. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. 2007.[En ligne].
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12796/1/er610.pdf> Consulté le 28.11.2015.
62. Atlas de la démographie médicale en France . 2014 [En ligne].
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf. Consulté le 06.06.2015.
63. Agence régionale de Santé Alsace, Ministère des Affaires sociales et de la Santé SN de S. Le médecin généraliste, premier acteur de la prévention et de la promotion de la santé . 2014 [En ligne].
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_problematique_table_ronde_1.pdf. Consulté le 15.11.2015.
64. Guegnier-Honvault H. Pratique du dépistage du cancer du col utérin en médecine générale. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes franciliens. Th méd, Paris 5 ; 2012.
65. Attal J. Stratégie préventive du dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale. Th méd Paris 7.2014.
66. HCSP. Consultations de prévention rapport. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. 2009.[En ligne].
www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf. Consulté le 15.11.2015.

67. Rolland BV. Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments. *Sante Publique (Paris)* [Internet]. S.F.S.P.; 2009 May 19 [cited 2015 Nov 21]; Vol. 21(2):129–38. [En ligne] http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_092_0129. Consulté le 15.11.2015.
68. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Quest d'économie la santé*. 2010;n° 157:1–6. [En ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>. Consulté le 28.10.2015.
69. N. ELISABETH. Couverture vaccinale en France en 2014 bilan contrasté - Actualités - Vidal.fr [Internet]. [En ligne]. https://www.vidal.fr/actualites/14470/couverture_vaccinale_en_france_en_2014_un_bilan_contraste/. Consulté le 28.10.2015.
70. Marisol Touraine - Ministre des Affaires sociales. Questions-réponses - Vaccin anti-papillomavirus humain . Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. 2015 [En ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/questions-reponses-vaccin-anti-papillomavirus-humain.html>. Consulté le 15.11.2015.
71. HCSP. Avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. 2012 [En ligne]. Available from: file:///C:/Users/user/Downloads/hcspa20120928_agevaccpapilljeunesfilles.pdf. Consulté le 15.11.2015.

ANNEXES

Annexe n°1 : Taux d'incidence du cancer de l'utérus (corps et col) selon l'âge en France métropolitaine et en Bretagne en 2005 (14).



Sources : INVS Francim, exploitation ORS Bretagne

Unité : Taux pour 100 000

Annexe n°2 : Critères de Wilson et Junger (1968), repris par l'OMS (16).

Les critères du dépistage selon l'OMS : une synthèse des critères du dépistage :

1. Il faut que le programme de dépistage réponde à un besoin reconnu.
2. Il faut que les objectifs du dépistage soient définis dès le début.
3. Il faut définir une population cible.
4. Il faut que des preuves scientifiques reconnaissent l'efficacité du programme de dépistage.
5. Il faut que le programme comprenne la sensibilisation, les tests, les services cliniques et la gestion du programme.
6. Il faut qu'il y ait des mesures d'assurance de la qualité, y compris des mécanismes pour réduire les risques potentiels du dépistage.
7. Il faut que le programme garantisse un choix éclairé, la confidentialité et le respect de l'autonomie.
8. Il faut que le programme encourage l'équité et favorise l'accès au dépistage pour l'ensemble de la population cible.
9. Il faut que l'évaluation du programme soit prévue dès le début.
10. Il faut que les avantages globaux du dépistage l'emportent sur le tort qu'il peut causer.

Annexe n°3 : Programme de dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus couvrant l'ensemble du territoire national dans les pays d'Europe en 2013 (5).

Pays	Incidence ^a	Niveau d'organisation ^b	Années de démarrage ^c	Tranche d'âge en années (protocole en cours)	Intervalle en années (protocole en cours)	Taux de couverture	Prise en charge financière	Préleveurs
Danemark	10,6	Régional	1962*/1996/2007	23-65	3 (5 après 50 ans)	69%	Totale	Médecins généralistes
Estonie	19,9	National	2003*/2006	30-59	5	13%	NC ^d	Sages-femmes
Finlande	4,3	National	1963	30-60	5	71%	Totale	Sages-femmes
Hongrie	18,0	Régional	2004	25-64	3	30%	NC	Gynécologues
Irlande	13,6	National	2000*/2008	25-60	3 (5 après 45 ans)	65%	NC	Médecins généralistes
Islande	7,9	National	1964	20-69		80%	Partielle	NC
Lituanie	26,1	National	1993/2008	25-60	3	53%	Totale	Médecins généralistes
Norvège	9,8	Régional	1959/1992	25-69	3	75%	Totale depuis 2005	NC
Pays-Bas	6,8	National	1980/1996	30-60	5	77%	Totale	Médecins généralistes
Pologne	12,2	Régional	2007/2009	25-59	3	24%	Totale	Gynécologues
Royaume-Uni	7,1	Régional	1964*/1988/2003	25-64	3 (5 après 50 ans)	79%	Totale	Médecins généralistes
Slovénie	10,5	National	2003	20-64	3	68%	NC	Gynécologues
Serbie	23,8	National	2008	25-69	3	20%	NC	Gynécologues
Suède	7,4	Régional	1967*/1977	23-60	3 (5 après 51 ans)	79%	Variable	Sages-femmes

^a Taux standardisé pour la population mondiale, taux pour 100 000 femmes. Source : Globocan 2012 <http://globocan.iarc.fr>

^b Définit le niveau de pilotage et d'organisation, soit centralisé pour tout le pays, soit piloté à une échelle régionale.

^c Sont indiquées l'année de premier démarrage du programme de DO, puis l'année de la nationalisation du programme, enfin l'année de la dernière modification de protocole.

^d NC : Non communiqué.

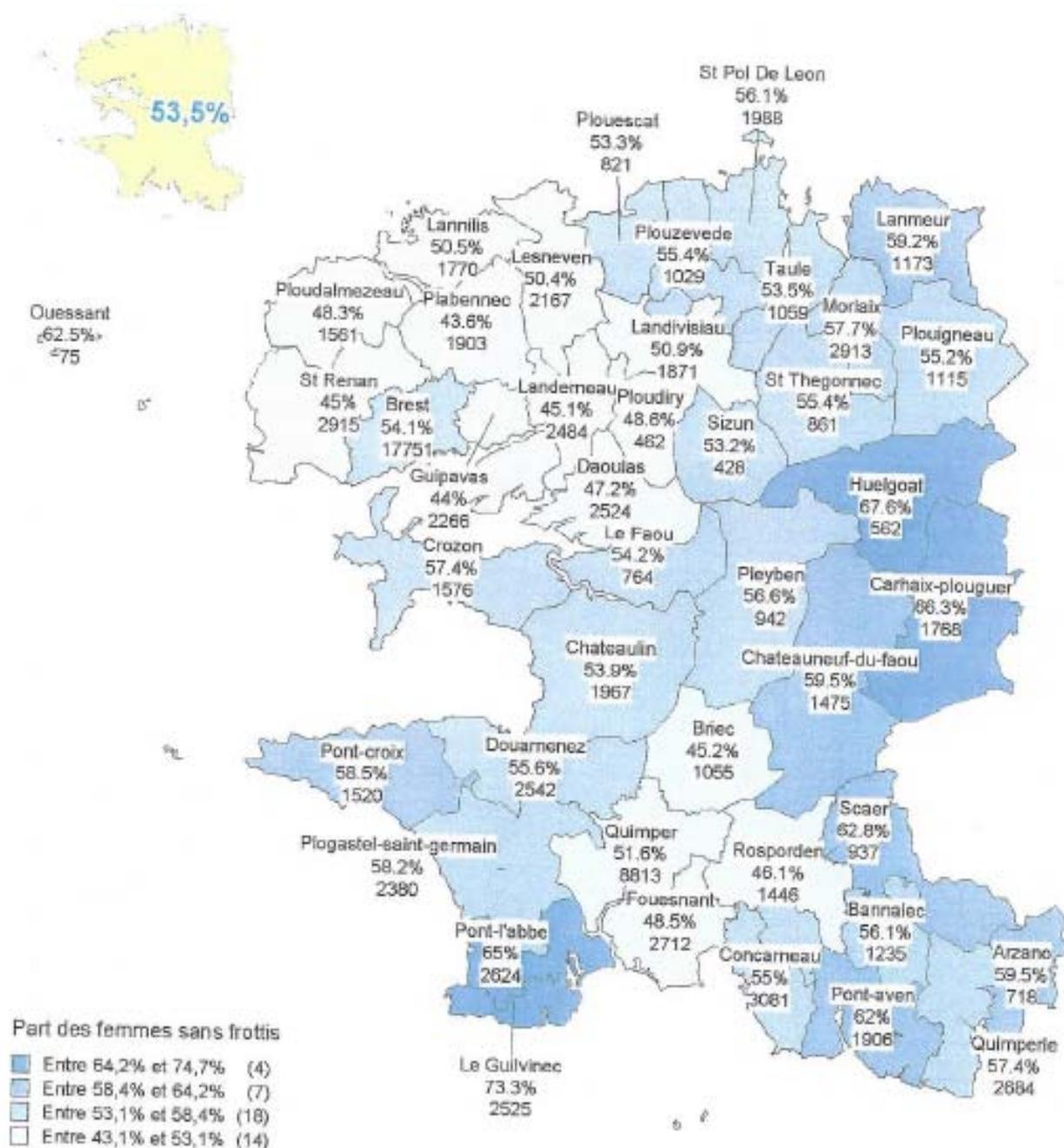
* Régional seulement.

Annexe n°4 : Variations des valeurs concernant le taux de couverture nationale du FCU selon les instituts d'évaluation.

Indicateurs	Périodes	Taux de couverture estimé	Source du rapport et date	Liens bibliographiques
EGB de la CnamTS*	2004-2006	58,0%	HAS 2010 Baromètre 2010	(25)
	2006-2008	56,6%		(27)
EGB de la CnamTS	2004-2006	57,0%	DREES 2011	(33)
	2007-2009	58,5%		
EGB de la CnamTS	2006-2008	53,4%	DREES 2015	(18)
	2009-2011	53,2%		
EGB de la CnamTS	2004-2006	57,0%	Données CnamTS 2015	(24)
	2005-2007	57,4%		
	2006-2008	57,7%		
	2007-2009	58,5%		
	2012-2014	56,04%		
	2013-2015	55,80%		
EGB de la CnamTS*	2006-2008	56,60%	HCSP 2011	(26)
	2007-2009	58,50%		

* l'indicateur retenu est le taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans : il rapporte le nombre de femmes entre 25 et 65 ans ayant eu un frottis du col au cours des trois années précédentes à l'ensemble des femmes de ces classes d'âge assurées sociales à la CNAMTS. L'échantillon permanent inter-régimes des bénéficiaires de la CNAMTS (EPIB) donne les actes par personne de sorte que, si l'on retient au moins un frottis par période de trois ans par femme, il s'agit bien de couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il n'est cependant pas possible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur cotation, l'indicateur ayant été construit à partir de données recensant l'ensemble des actes de frottis (dépistage et contrôle confondus) (24).

Annexe n°5 : Disparités en termes de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus au sein du Finistère.

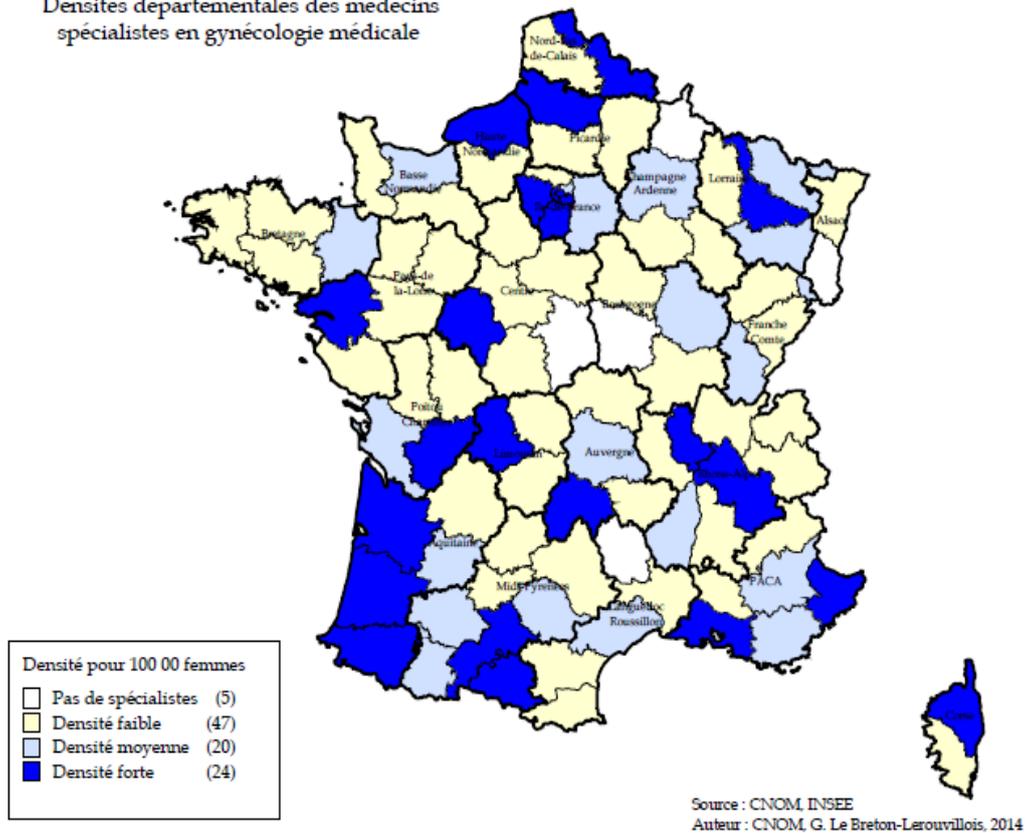


Prévention du cancer du col de l'utérus – Finistère : taux et nombre de femmes de 25 à 65 ans sans frottis au cours des deux dernières années (avril 2013 – mars 2015)

Sources : Base informationnelle de l'Assurance Maladie – Actes du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2015 ; CPAM Quimper, Service régulation – GRDR/JP – 28/04/2015

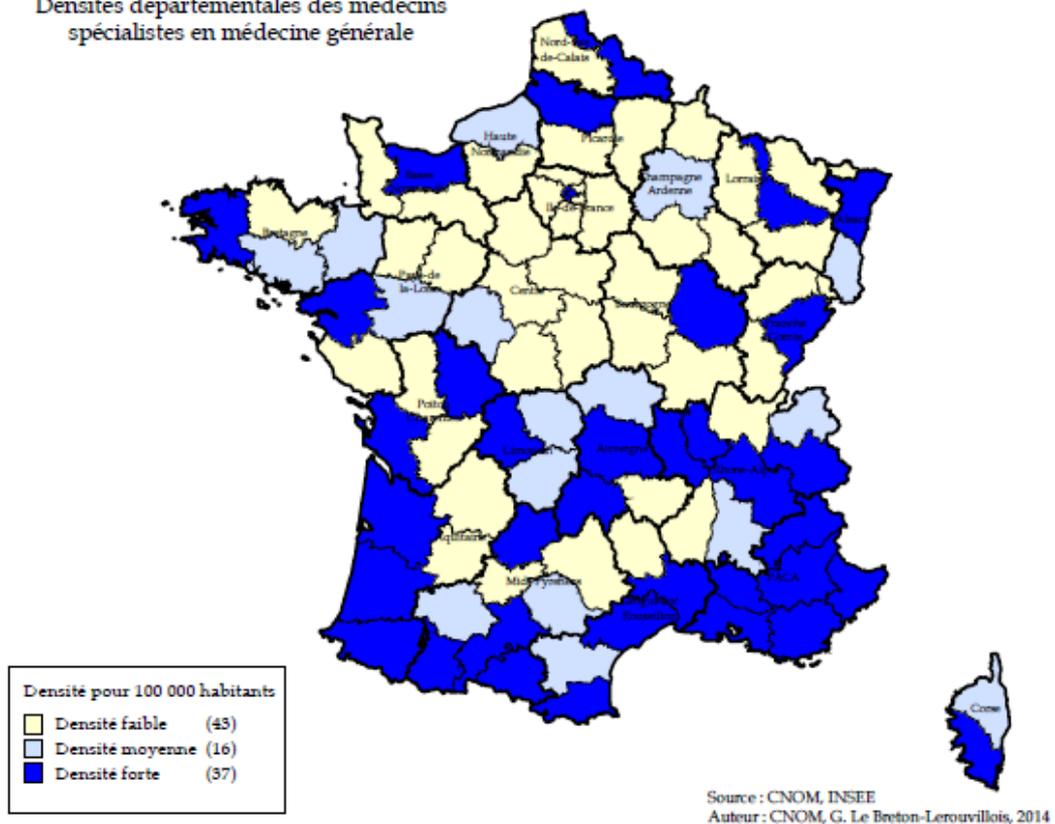
Annexe n°6: Démographie médicale en 2014 en France (62).

Densités départementales des médecins spécialistes en gynécologie médicale



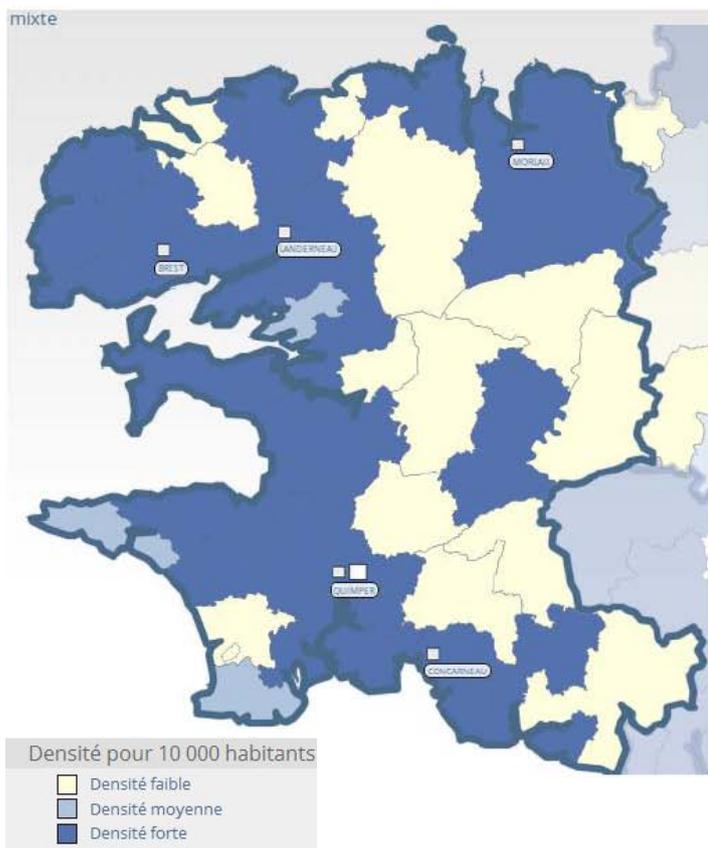
Densité départementales des médecins spécialisés en gynécologie médicale en 2014

Densités départementales des médecins spécialisés en médecine générale

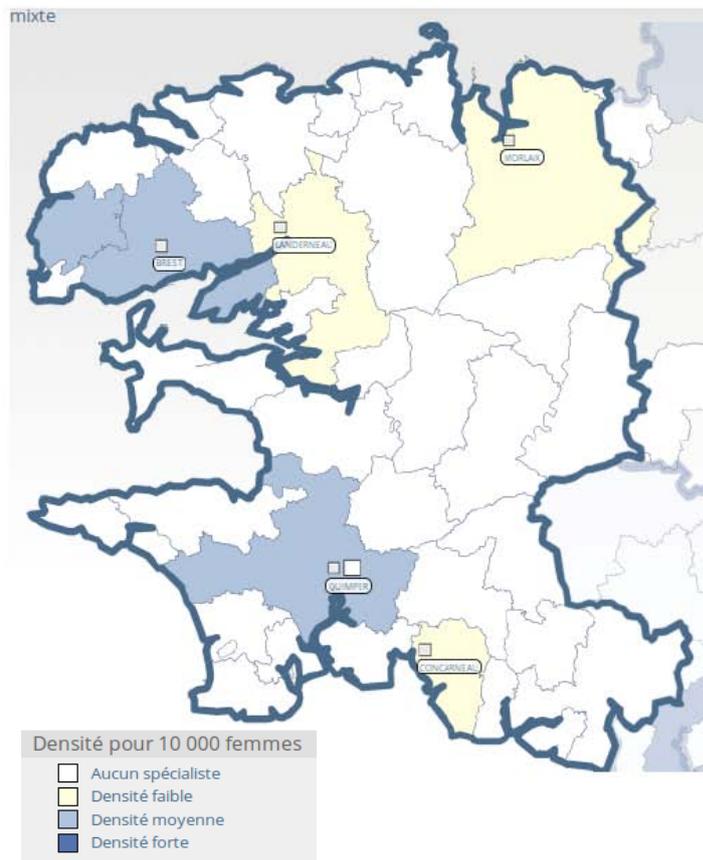


Densité départementale des médecins spécialisés en médecine générale en 2014

Annexe n°7: Répartition des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes au sein du Finistère (31).

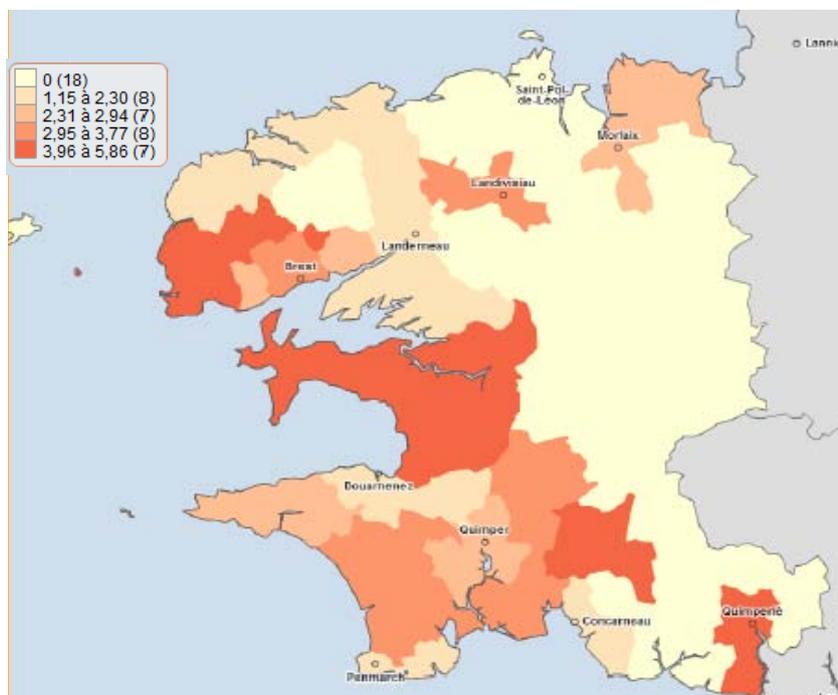


Densité faible < 7,4 / 10 000 habitants



Densité faible < 0,7 / 10 000 femmes

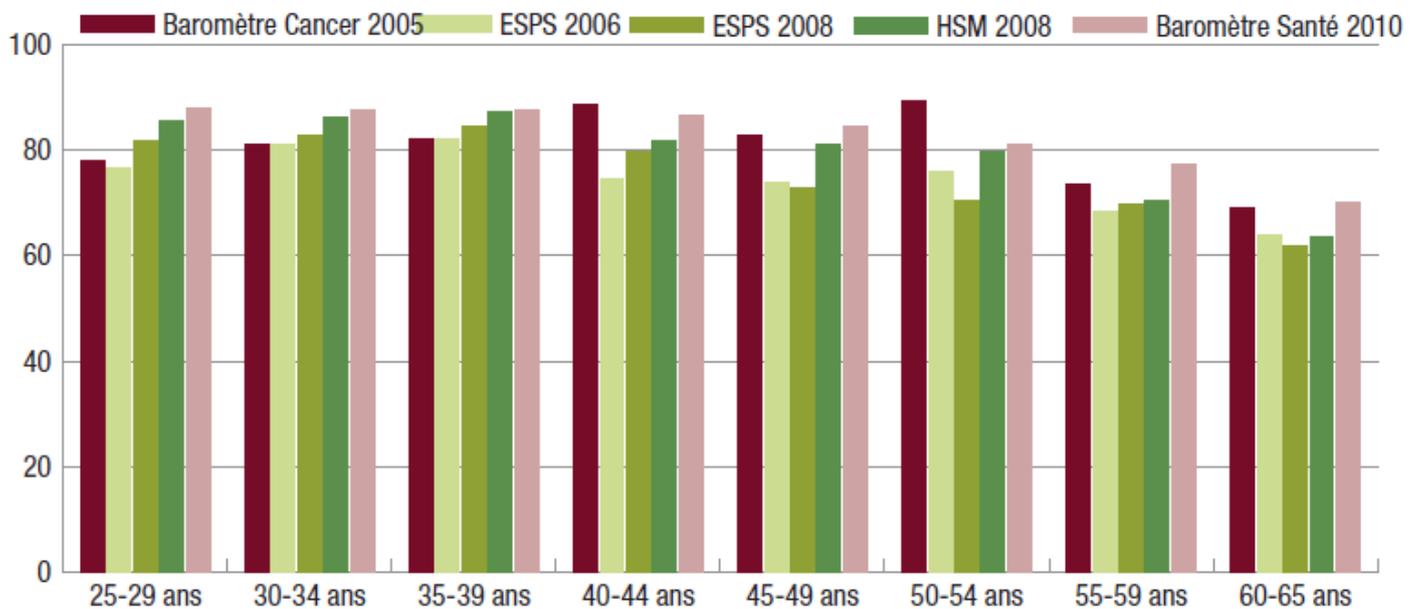
Densité en médecins généralistes et médecins gynécologues
(en activité libérale ou mixte) au 1^{er} janvier 2015



Densité des Sages-femmes en 2014 dans le Finistère pour 10 000 femmes

(sources @Géoclip 2015 – ING GéoFla)

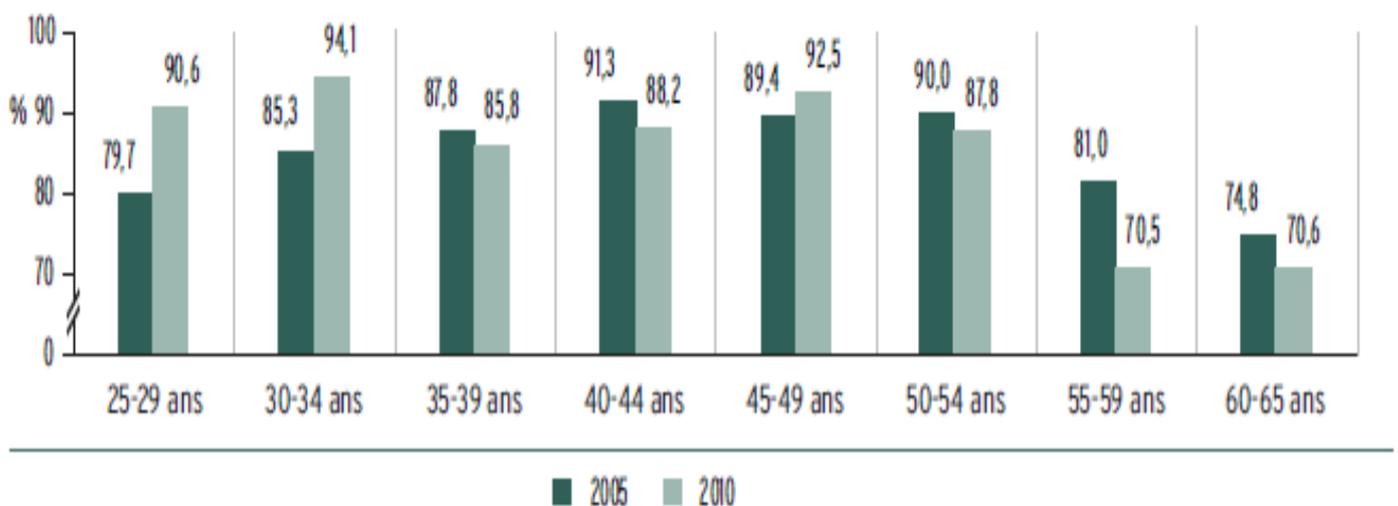
Annexe n°8: Evolution du taux de couverture du FCU dans les enquêtes déclaratives selon les tranches d'âge entre 2005 et 2010.



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

Sources : Baromètre cancer 2005, INPES; Enquête Santé Protection Sociale 2006 et 2008 (ESPS), IRDES; enquête Handicap Santé, volet santé des ménages (HSM) 2008, INSEE-DREES.

Couverture déclarée du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin, au cours des trois dernières années (en %) : évolution entre 2005 et 2010 (34)



Evolution de la proportion de femmes déclarant avoir effectué un FCU dans les trois dernières années, par tranche d'âges, entre 2005 et 2010 selon les Baromètres Santé 2005 et 2010 (26)

Annexe n°9 : Lettre d'introduction adressée aux médecins généralistes de notre étude.



Adeline RICOUP
Etudiante en médecine générale
Faculté de médecine de Brest
ricoupadeline@gmail.com

Brest, le 28.04.2015

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je mène actuellement un travail de thèse concernant l'acceptabilité par les femmes du dépistage du cancer du col de l'utérus par la réalisation du frottis cervico-utérin.

En 2012, 1102 femmes sont décédées en France du cancer du col de l'utérus. C'est un cancer de la femme jeune, avec un pic de mortalité aux alentours de 50 ans.

En France, ces vingt dernières années, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus ont diminué de moitié, notamment grâce au dépistage par frottis.

On considère qu'un dépistage régulier (tous les 3 ans) de toute la population cible (femmes de 25 à 65 ans) permettrait de réduire l'incidence de ce cancer de plus de 90 % .

Or, le taux global de couverture des femmes en France stagne depuis plusieurs années autour de 58% . Il existe une part non négligeable de femme qui ne réalise pas ce dépistage, en particulier dans le Finistère.

Le but de cette thèse est d'identifier du côté des femmes les principaux facteurs influençant l'acceptabilité de cet examen, qui reste fondamental dans le dépistage de ce cancer évitable.

Je vous remercie par avance de votre implication.

Annexe n°10 : Questionnaire utilisé pour l'étude.

Ce questionnaire est destiné à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans. Les réponses à ce questionnaire anonyme seront utilisées pour un travail de recherche dont le but est d'améliorer la prévention et le dépistage chez les femmes.



VOUS CONCERNANT

- * Quelle est votre année de naissance ?
- * Êtes vous actuellement suivie par un gynécologue ou un(e) sage femme ? Oui Non
- * Quel est votre code postal ?
- * Êtes vous actuellement en couple ? Oui Non
- * Si vous avez 50 ans ou plus, participez-vous au dépistage organisé du cancer du sein en réalisant des mammographies tous les 2 ans ? Oui Non
- * Quelle est l'année de votre dernière grossesse ?

CONCERNANT LE FROTTIS CERVICO-UTERIN (FCU), couramment appelé "FROTTIS"

* En avez vous déjà entendu parler ? : Oui Non

Si **Oui**, qui vous en a parlé/où vous êtes vous renseignée :

- votre médecin généraliste,
- votre gynécologue,
- un autre médecin ou professionnel de santé,
- votre entourage (famille, amis, collègues, ...),
- la radio, télévision, le journal
- brochures, affiches dans salle d'attente :
- par internet (sites web, blogs, ...)
- autres (à préciser) :

* Vous sentez-vous suffisamment informée à ce sujet ?

- Oui
- Non mais j'aimerais bien
- Non cela ne m'intéresse pas

* Savez vous qu'il est possible de réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) :

- chez un médecin généraliste ? Oui Non
- chez un un gynécologue ? Oui Non
- chez un(e) sage femme ? Oui Non
- au laboratoire ? Oui Non
- à l'hôpital, la clinique ? Oui Non
- au planning familial ? Oui Non

* Vous a-t-on déjà expliqué :

- l'intérêt de cet examen ? Oui Non
- son déroulement ? Oui Non
- le résultat ? Oui Non

* Savez-vous à quoi cela sert – il ? (une seule réponse possible)

- à rechercher une infection sexuellement transmissible (IST).
- à rechercher une mycose.
- à rechercher une grossesse.
- à éviter le développement d'un cancer.
- aucune idée, cela ne m'intéresse pas.
- aucune idée, je le fais parce qu'on me dit de le faire.
- autres (précisez) :

* Évoquez vous facilement ce sujet avec votre entourage ? Oui Non

* Évoquez vous facilement ce sujet avec votre médecin traitant ? Oui Non

* Souhaiteriez-vous en parler plus avec votre médecin traitant ? Oui Non

VOTRE MEDECIN TRAITANT

* Prescrit-il votre contraception ?

* Vous demande t-il si vous êtes suivie sur le plan gynécologique ?

* Vous a-t-il parlé du frottis cervico-utérin (FCU), couramment appelé « frottis » ?

* Vous a-t-il encouragé à faire un frottis ?

OUI	NON	Je ne suis pas concernée (<u>précisez</u> ?)



OUI	NON	Je ne suis pas concernée (<i>précisez?</i>)

* Vous a-t-il fait un frottis ?

* Vous a-t-il adressée à un gynécologue, un autre médecin généraliste, un(e) sage-femme, ou au laboratoire pour réaliser un frottis ?

Selon la date de votre dernier frottis, veuillez remplir la colonne de gauche ou de droite :

↓
 Votre dernier frottis date **de 3 ans, ou moins de 3 ans :**

* **Qui réalise votre/vos frottis?** (*plusieurs réponses possibles*)

- votre médecin traitant.
- votre gynécologue.
- un autre médecin.
- un(e) sage femme.
- le planning familial.
- le laboratoire.
- autres (*précisez*) :

* **Quelle est LA principale raison pour laquelle vous réalisez les frottis ?**

- parce que je me suis renseignée (*sur internet, ...*)
- parce que j'en ai entendu parlé dans les médias (*journaux, radio, télévision...*)
- parce que mon entourage (famille, amis, collègue, ...) m'a conseillé de le faire.
- parce que mon gynécologue ou ma sage-femme m'a conseillé de le faire.
- parce que mon médecin traitant m'a conseillé de le faire.
- autres (*précisez*) :

* **Pensez vous que faire les frottis tous les 3 ans soit important pour votre santé ?**

Oui ; Non

↓
 Votre dernier frottis date de **plus de 3 ans, ou vous n'en avez jamais eu :**

* **Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas pu réaliser de frottis dans les 3 dernières années ?**

- c'est compliqué d'avoir un rendez-vous (*chez le gynécologue, le médecin traitant,...*)
- je ne me souviens plus de quand date exactement mon dernier frottis.
- je ne savais pas que c'était à faire tous les 3 ans.
- je ne pense à le faire que si j'ai des symptômes gynécologiques.
- ce n'est pas ma priorité quand je vois le médecin.
- c'est trop cher.
- cela me gêne.
- j'ai peur d'avoir mal.
- j'ai peur du résultat.
- j'en ai déjà eu et cela s'est mal passé.
- je ne souhaite pas en parler.
- je n'ai pas le temps.
- personne ne me l'a proposé.
- autres (*précisez*) :

* **Vous sentez-vous concernée par cet examen de dépistage?** Oui Non

> **Si NON ; je pense qu'il n'est pas nécessaire de le faire car ... (une seule réponse) :**

- je suis ménopausée.
- je ne souhaite plus de grossesse.
- je ne suis pas en couple.
- je n'ai pas de rapports sexuels.
- je ne souhaite pas en parler.
- cela ne m'intéresse pas.
- autres (*à préciser*) :

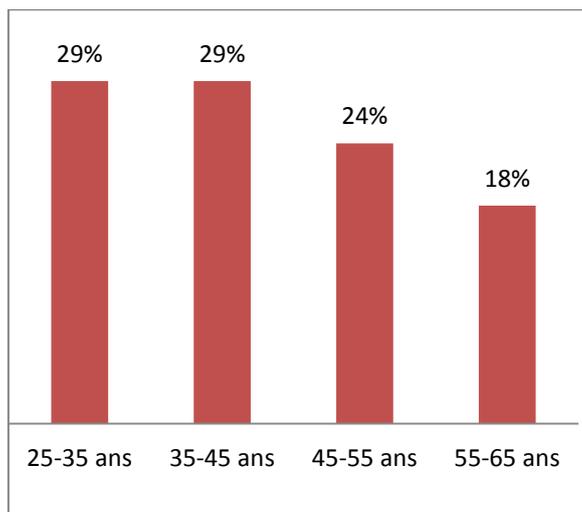
* **Souhaiteriez vous que votre médecin traitant vous propose systématiquement cet examen, soit en le faisant, soit en vous adressant à un autre praticien pour le faire ?**

Oui Non

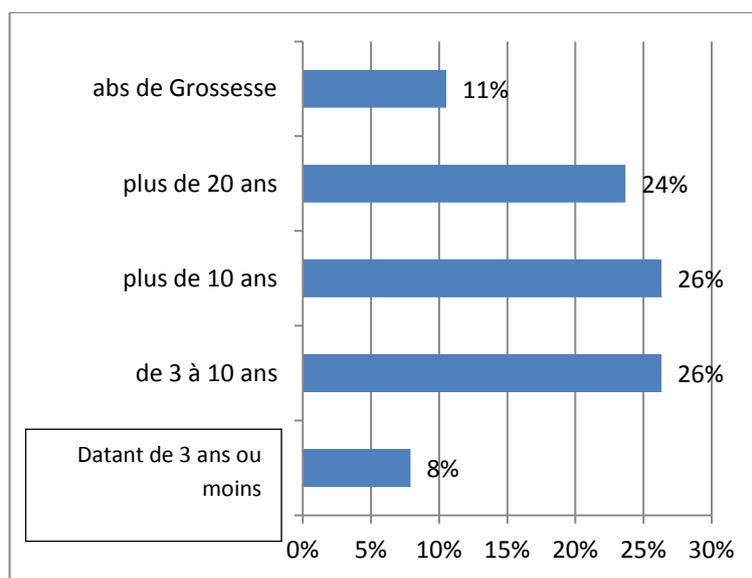
Annexe n°11 : Comparaison des caractéristiques des femmes « dépistées » et « insuffisamment dépistées ».

QUESTIONNAIRE	Femmes :	« dépistées »	« insuffisamment dépistées »	VALEUR p		
		447 femmes (87,81%)	62 femmes (12,18%)			
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	Classe d'âge 25-35 ans 35-45 ans 45-55 ans 55-65 ans	115 (25,73%) 136 (30,43%) 109 (24,38%) 87 (19,46%)	12 (19,35%) 15 (24,19%) 17 (27,42%) 18 (29,03%)	0,23884		
	Lieu de consultation Rural / Urbain	108 (40,27%) / 267 (59,73%)	28 (45,16%) / 34 (54,84%)	0,46268		
	Femmes En Antd de Suivi actuel par Participation au	> 50 ans couple grossesse(s) gynéco/SF dépistage du cancer du sein	125 (27,96%) 389 (88,01%) 392 (87,70%) 417 (93,29%) 114 (96,61%)	26 (41,94%) 37 (60,66%) 48 (77,42%) 16 (26,67%) 17 (70,83%)	0,02401 <0,00001 0,02670 <0,00001 0,00002	
	INFORMATION SUR le FCU	délivrée par	le médecin généraliste	229 (51,23%)	36 (58,06%)	0,31277
			le gynécologue	393 (87,92%)	40 (64,52%)	<0,00001
			l'entourage	55 (12,30%)	13 (20,97%)	0,06024
			les médias	35 (7,83%)	11 (17,74%)	0,01074
les affiches ou brochures			31 (6,94%)	7 (11,29%)	0,22145	
désir d'information		internet	8 (1,79%)	1 (1,61%)	0,92115	
		information suffisante	349 (79,50%)	43 (70,49%)	0,10920	
		souhait de plus d'information	86 (19,59%)	15 (24,59%)	0,36207	
Le FCU peut être fait		absence d'intérêt	4 (0,91%)	3 (4,92%)	0,01257	
		Le FCU sert à	par le médecin généraliste	303 (67,79%)	39 (62,90%)	0,44293
			par le gynécologue	428 (95,75%)	56 (90,32%)	0,06389
			par la sage-femme	208 (46,53%)	20 (32,26%)	0,03417
			au laboratoire	94 (21,03%)	4 (6,45%)	0,00637
			à l'hôpital/la clinique	312 (69,80%)	40 (64,52%)	0,39868
au planning familial			187 (41,83%)	24 (38,71%)	0,63976	
Le FCU sert à		éviter un cancer	387 (87,56%)	50 (83,33%)	0,20910	
		éviter une IST	86 (19,46%)	12 (20,00%)	0,98276	
	éviter une mycose	69 (15,61%)	12 (20,00%)	0,42927		
	je ne sais pas	15 (3,39%)	3 (5,00%)	0,55353		
RELATION/SUIVI AVEC/PAR le MEDECIN TRAITANT	Les femmes	évoquent facilement le FCU avec lui	248 (57,01%)	22 (36,67%)	0,00301	
		souhaitent lui en parler d'avantage	118 (28,50%)	28 (47,46%)	0,00319	
	Le médecin traitant	prescrit la contraception	85 (26,56%)	9 (25,00%)	0,84021	
		questionne sur le suivi gynécologique	294 (67,90%)	25 (43,10%)	0,00202	
		parle du FCU	229 (53,26%)	36 (60,00%)	0,32609	
		encourage au FCU	195 (47,33%)	23 (40,35%)	0,32209	
		a déjà fait un FCU	67 (15,69%)	7 (11,86%)	0,44319	
		adresse pour le FCU	101 (24,82%)	8 (14,55%)	0,09223	

Annexe n°12 : Analyse du groupe de femmes « non suivies » et « dépistées ».



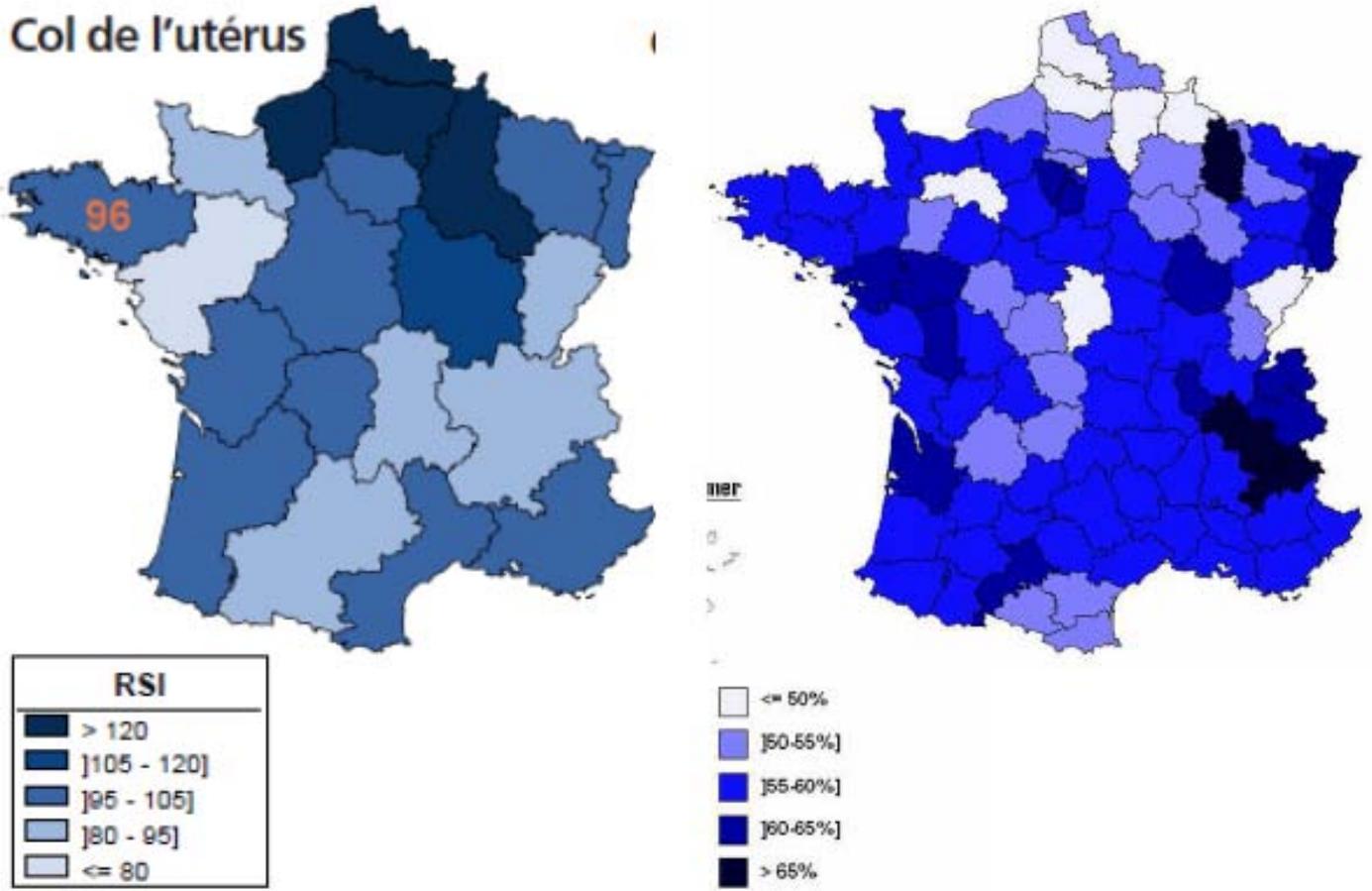
Répartition en fonction des classes d'âge



Date de la dernière grossesse

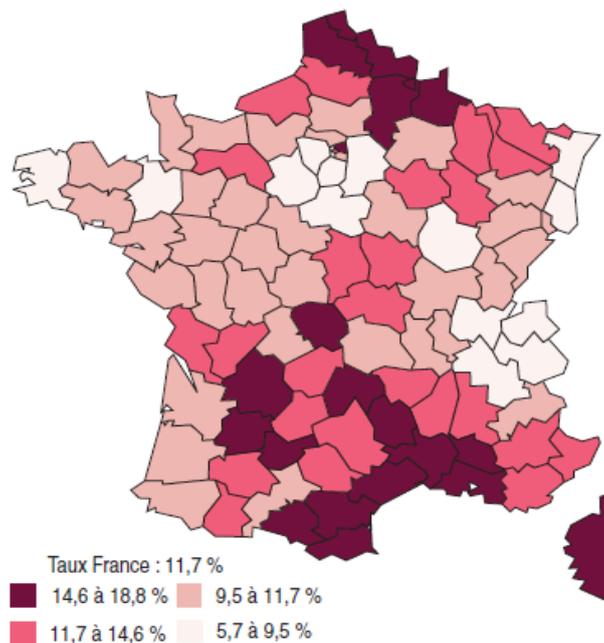
Annexe n°13 : Disparités nationales en termes d'incidence du CCU, de taux de couverture du FCU et de taux de pauvreté.

Col de l'utérus



Ratios standardisés d'incidence du CCU en 2004 (14)

Taux de couverture ajusté 2006-2008 (28)



Taux de Pauvreté par département en 2004 (60)

Annexe n°14 : Comparaison des femmes de la population cible en fonction de la démographie médicale en médecins généralistes ou en gynécologues du lieu de consultation.

Zones à faible densité en médecins généralistes versus zones non déficitaire

QUESTIONNAIRE	Femmes de la population cible concernées	Nb %	Zones à FAIBLE densité en <u>médecins généralistes</u> 145 femmes (28,49%)	Zones NON à faible densité en <u>médecins généralistes</u> 364 femmes (71,51%)	VALEUR p
CARACTERISTIQUES	FCU à jour		117 (80,69%)	330 (90,66%)	0,03482
	Lieu de consultation	Rural / Urbain	83 (57,24%) / 62 (42,76%)	125 (34,34%) / 239 (65,66%)	0,00001
	Suivi actuel par	gynéco/SF	113 (79,02%)	320 (87,91%)	0,01072
RELATION/SUIVI AVEC/PAR LE MEDECIN TRAITANT	Les femmes	évoquent facilement le FCU avec lui	79 (56,03%)	191 (53,95%)	0,67582
		souhaitent lui en parler d'avantage	50 (36,76%)	96 (28,49%)	0,07774
	Le médecin traitant	questionne sur le suivi gynécologique	79 (58,09%)	240 (67,61%)	0,04790
		parle du FCU	88 (63,77%)	177 (50,28%)	0,00706
		encourage au FCU	60 (44,78%)	158 (47,16%)	0,63948
		a déjà fait un FCU	22 (16,06%)	52 (14,90%)	0,74906
		adresse pour le FCU	31 (24,03%)	78 (23,42%)	0,89025

Zones à faible densité en gynécologues versus zones non déficitaire

QUESTIONNAIRE	Femmes de la population cible concernées	Nb %	Zones à FAIBLE densité en <u>gynécologues</u> 224 femmes (44,01%)	Zones NON à faible densité en <u>gynécologues</u> 285 femmes (55,99%)	VALEUR p
CARACTERISTIQUES	FCU à jour		188 (83,93%)	259 (90,88%)	0,01735
	Lieu de consultation	Rural / Urbain	126 (56,25%) / 98 (43,75%)	82 (28,77%) / 203 (71,23%)	0,00001
	Suivi actuel par	gynéco/SF	180 (81,08%)	253 (88,77%)	0,01496
RELATION/SUIVI AVEC/PAR LE MEDECIN TRAITANT	Les femmes	évoquent facilement le FCU avec lui	124 (56,88%)	146 (52,71%)	0,35461
		souhaitent lui en parler d'avantage	73 (34,76%)	73 (27,76%)	0,10128
	Le médecin traitant	questionne sur le suivi gynécologique	126 (58,88%)	193 (69,68%)	0,01290
		parle du FCU	125 (57,87%)	140 (51,09%)	0,13511
		encourage au FCU	96 (46,38%)	122 (46,56%)	0,96766
		a déjà fait un FCU	38 (17,76%)	36 (13,24%)	0,16840
		adresse pour le FCU	48 (23,41%)	61 (23,74%)	0,93570

Annexe n°15 : Comparaison des femmes consultant dans un cabinet médical situé en zone à faible densité en médecins généralistes à celles consultant dans un cabinet médical situé en zone à faible densité en gynécologues.

QUESTIONNAIRE	Femmes de la population cible concernées	Nb (%)	Zones à FAIBLE densité en <u>médecins généralistes</u> 145 femmes (28,49%)	Zones à FAIBLE densité en <u>gynécologues</u> 224 femmes (44,01%)	VALEUR p
CARACTERISTIQUES	FCU	à jour	117 (80,69%)	188 (83,93%)	0,42223
	Lieu de consultation	Rural / Urbain	83 (57,24%) / 62 (42,76%)	126 (56,25%) / 98 (43,75%)	0,85112
	Suivi actuel par	gynéco/SF	113 (79,02%)	180 (81,08%)	0,62923
RELATION/SUIVI le MEDECIN TRAITANT	Les femmes	évoquent facilement le FCU avec lui	79 (56,03%)	124 (56,88%)	0,87358
		souhaitent lui en parler d'avantage	50 (36,76%)	73 (34,76%)	0,70384
	Le médecin traitant	questionne sur le suivi gynécologique	79 (58,09%)	126 (58,88%)	0,88370
		parle du FCU	88 (63,77%)	125 (57,87%)	0,26895
		encourage au FCU	60 (44,78%)	96 (46,38%)	0,77198
		a déjà fait un FCU	22 (16,06%)	38 (17,76%)	0,68006
		adresse pour le FCU	31 (24,03%)	48 (23,41%)	0,89731

Annexe n°16 : Comparaison des femmes consultant un médecin généraliste femme à celles consultant un médecin généraliste homme.

QUESTIONNAIRE	Femmes de la population cible concernées	Nb (%)	Médecins généralistes femmes 57 femmes (11,20%)	Médecins généralistes hommes 156 femmes (30,65%)	VALEUR p
CARACTERISTIQUES	FCU	à jour	52 (91,23%)	137 (87,82%)	0,48624
	Lieu de consultation	Rural / Urbain	0 (0,00%)/ 57 (100,00%)	110 (70,51%)/ 46 (29,49%)	0,00001
	Suivi actuel par	gynéco/SF	51 (89,47%)	135 (87,10%)	0,63995
RELATION/SUIVI AVEC/PAR LE MEDECIN TRAITANT	Les femmes	évoquent facilement le FCU avec lui	32(57,14%)	74 (48,68%)	0,27907
		souhaitent lui en parler d'avantage	20 (40,00%)	45 (30,20%)	0,20111
	Le médecin traitant	questionne sur le suivi gynécologique	33 (60,00%)	95 (63,76%)	0,62223
		parle du FCU	27 (50,00%)	73(48,34%)	0,83453
		encourage au FCU	26 (50,98%)	63 (44,37%)	0,41634
		a déjà fait un FCU	3 (5,66%)	21 (13,82%)	0,11180
	adresse pour le FCU	11 (20,75%)	37 (25,69%)	0,47386	

Annexe n°17 : Comparaison des femmes consultant un médecin exerçant seul à celles consultant un médecin exerçant dans un cabinet de groupe.

QUESTIONNAIRE	Femmes de la population cible concernées	Nb (%)	Médecins généralistes installés seuls	Médecins généralistes installés en cabinet de groupe	VALEUR p
	FCU	à jour	99 (90,00%)	348 (87,22%)	0,42962
CARACTERISTIQUES	Lieu de consultation	Rural / Urbain	21 (19,09%) / 89 (80,91%)	212 (53,13%) / 187 (46,87%)	0,00001
	Suivi actuel	par gynéco/SF	94 (86,24%)	339 (85,39%)	0,78070
RELATION/SUIVI AVEC/PAR LE MEDECIN TRAITANT	Les femmes	évoquent facilement le FCU avec lui	56 (52,34%)	214 (55,15%)	0,60423
		souhaitent lui en parler d'avantage	30 (28,85%)	116 (31,44%)	0,61352
	Le médecin traitant	questionne sur le suivi gynécologique	63 (60,00%)	256 (66,32%)	0,22865
		parle du FCU	42 (39,62%)	223 (58,07%)	0,00074
		encourage au FCU	37 (37,37%)	181 (48,92%)	0,04079
		a déjà fait un FCU	16 (14,95%)	321 (15,30%)	0,92906
		adresse pour le FCU	22 (21,57%)	87 (24,17%)	0,58539

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par M^{me} le Professeur C. SIVYAN.

Titre de la thèse Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin ?

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

M^{me} Ricoup Adeline.

Fait à BREST, le 27/11/2015

VISA du Doyen de la faculté
A BREST, le 24.11.2015.

Le Doyen,
Professeur C. BERTHOU

Le Président du Jury de Thèse,



RICOUP Adeline – Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin ?

Th. : Méd. : Brest 2015

RESUME : Le cancer du col de l'utérus est lié à la persistance d'une infection virale par papillomavirus humain (HPV) oncogène qui pourra entraîner des altérations cellulaires préneoplasiques du col utérin .Il existe un moyen simple et efficace de détecter ces anomalies : la réalisation régulière du frottis cervico-utérin (FCU). En 2015, 44% des femmes de la population cible ne bénéficient pas de ce dépistage. L'objectif de notre étude est de dégager des pistes d'actions accessibles en médecine générale afin de favoriser l'adhésion des femmes au dépistage.

Dans notre étude, 12,2 % des femmes consultant en médecine générale n'avaient pas eu de FCU dans les trois dernières années. Ces dernières étaient plus âgées et participaient moins au dépistage organisé du cancer du sein. Un lien fort est retrouvé entre le fait d'avoir eu un FCU dans les trois dernières années et le fait d'être suivi par un gynécologue. La communication autour du FCU semble jouer un rôle important dans l'adhésion des femmes au dépistage puisque les femmes insuffisamment dépistées étaient moins questionnées par leur médecin traitant sur leur suivi gynécologique et avaient moins de facilité à lui parler du FCU. Ces mêmes femmes étaient plus nombreuses à méconnaître les possibilités de réalisation du FCU lors d'une consultation chez un(e) sage-femme ou au laboratoire de biologie médicale. Les principaux freins au FCU cités par les femmes étaient les contraintes organisationnelles avec l'oubli, la méconnaissance du délai entre les FCU et les difficultés de rendez-vous chez le gynécologue. Le « facteur temps » semble davantage influencer la communication autour du frottis faite par le médecin traitant que la pratique du geste. Les femmes échappant au dépistage se disent favorables pour 63% d'entre elles à une sollicitation systématique de la part de leur médecin traitant pour le réaliser.

Le médecin traitant est le premier maillon de la chaîne de soins. Il peut favoriser la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus en leur parlant du FCU, en les informant sur les modalités de réalisation, en les adressant à un gynécologue, une sage-femme, un confrère ou au laboratoire, ou en pratiquant lui-même ce geste.

MOTS CLES :

CANCER DU COL DE L'UTERUS

FROTTIS CERVICO-UTERIN

DEPISTAGE

MEDECIN GENERALISTE

COMMUNICATION

INCITATION

JURY :

Président

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Christopher PAYAN

Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL

Madame le Professeur Pascale MARCORELLES

Madame le Docteur Edith POSTEC-OLLITRAULT

Madame le Docteur Françoise BOMMELAERE

DATE DE SOUTENANCE :

Vendredi 18 décembre 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR :

8 rue de la vallée - 61250 Condé sur Sarthe