



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE : 2017

N° : 2017 – 50

**Les facteurs intervenant dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez
des femmes picardes de 45 à 65 ans.**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

par Anne-Sophie Deloute

Née le 10 avril 1991 à Amiens (80)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

LE MARDI 13 JUIN 2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président de jury : Monsieur le Professeur Jean GONDRY,

Membres du jury : Monsieur le Professeur Henry SEVESTRE,

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT,

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON,

Monsieur le Docteur Pierre PINAUD, directeur de thèse.

A mon président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Gynécologie et Obstétrique)

Chef du Service de gynécologie - obstétrique – orthogénie

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

*Vous me faites honneur en ayant accepté de présider le jury de ma thèse.
J'ai eu l'avantage au cours de mes études de bénéficier de la qualité de votre enseignement.*

Merci de m'avoir donné de votre temps,

La valeur de votre jugement est considérable à mes yeux,

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

*Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de vous intéresser à ce travail en participant
au jury de ma thèse.*

Recevez tous mes remerciements et le témoignage de toute ma considération.

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gynécologie obstétrique)

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

C'est un grand honneur de vous compter parmi les membres de mon jury.

J'ai pu bénéficier, depuis le début de mes études, de vos qualités pédagogiques.

Soyez assuré de toute mon estime.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Pierre PINAUD,

Praticien hospitalier,

Urgences – SMUR

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse,

*Je te remercie pour ta disponibilité, ton soutien, ta réassurance et ton investissement lors de
l'élaboration de ce travail.*

Merci également pour tous tes bons conseils depuis le début de mon internat.

Je te suis très sincèrement reconnaissante et te témoigne tout mon respect.

A mes parents,

Merci pour tout, pour votre soutien et votre confiance.

Vous m'avez permis de réaliser ce rêve d'être médecin.

Je vous suis infiniment reconnaissante.

Maman, je te dédis ce travail.

A Marie-Po',

Un énorme merci, pour tout ce que tu fais pour moi.

Des révisions de philo pour le bac, en passant par les notions d'SHS, jusqu'à la correction de cette thèse... sans toi rien n'aurait été possible !

Tu es une sœur parfaite !

A Quentin,

Merci pour toute la joie que tu m'apportes au quotidien.

Je n'ai qu'un souhait, que ce bonheur ne cesse de se multiplier...

Tu as tout mon amour.

A Marie et Amélie,

Merci d'avoir toujours été là. Merci pour tous ces beaux moments passés ensemble.

C'est toujours un immense plaisir de vous retrouver.

Je suis tellement chanceuse de vous avoir...

*KGG_**

A Charles-Emile, Florence et Valérie,

Vous avez rendu ces longues années d'études merveilleuses !

A toute la team de St Q beach 2016,

Vous n'imaginez pas le plaisir que j'ai eu de vous rencontrer.

Des amitiés précieuses sont nées.

A toute ma famille, à tous mes amis.

A mes maîtres de stage,

Vous m'avez donné le goût de la médecine générale. Merci pour votre enseignement et pour vos conseils précieux.

A toute l'équipe des urgences de Clermont de l'Oise,

Une vraie petite famille, où je vais toujours travailler avec le sourire !

A toutes les équipes où je suis passée en stage,

A tous mes co-internes,

Merci pour tout ce que m'avez apporté.

A toutes les participantes à ce travail,

Merci de m'avoir accordé du temps lors des entretiens. Sans vous, ce travail n'existerait pas.

INTRODUCTION :	13
MATERIEL ET METHODE :	15
A. LE CHOIX DE L'ETUDE QUALITATIVE ET DU RECUEIL DE DONNEES :	15
B. LES CRITERES D'INCLUSION ET LE RECRUTEMENT DE LA POPULATION :	15
C. L'ELABORATION DU SCRIPT D'ENTRETIEN :	16
D. LA METHODE D'ANALYSE DES DONNEES :	16
RESULTATS :	17
A. LA POPULATION :	17
B. LES RESULTATS ASSOCIES A L'OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE :	18
I. <i>Les facteurs intervenant positivement dans la réalisation du dépistage du CCU :</i>	18
a. Une habitude de vie, un suivi :	18
b. Pour dépister une pathologie :	18
c. Un examen simple :	19
d. Un examen remboursé :	19
e. La peur de la maladie :	20
f. Les recommandations médicales :	20
g. L'éducation :	21
h. Le désir d'enfant :	21
i. La contraception :	21
j. Les campagnes de prévention :	22
k. Les motivations à réaliser le FCU après la ménopause :	22
II. <i>Les facteurs limitant la réalisation du dépistage du CCU :</i>	23
a. Un acte douloureux et gênant :	23
b. Le manque de temps :	23
c. La négligence :	24
d. Le défaut d'information et d'éducation :	25
e. Le frottis, un examen peu utile :	26
f. La normalité des examens antérieurs, la bonne santé apparente :	26
g. Les freins liés à l'examineur :	26
h. La peur du résultat :	27
i. La peur du jugement :	28
j. L'absence de contraception :	28
k. La ménopause :	28
C. LES RESULTATS ASSOCIES AUX OBJECTIFS SECONDAIRES DE L'ETUDE :	29
I. <i>Comment les femmes ont-elles été informées sur le dépistage du CCU ?</i>	29
a. Par les médias, les campagnes de prévention :	29
b. Par le corps médical :	30
c. Par l'entourage :	30
d. Par l'éducation :	31
II. <i>Quelles sont les pistes d'amélioration pour que les femmes participent davantage au dépistage du CCU ?</i>	31
1. Les facteurs généraux :	31
a) <u>L'investissement du corps médical :</u>	31
b) <u>En parler, banaliser le FCU :</u>	33
c) <u>L'information dans les établissements scolaires :</u>	34
d) <u>Le rôle des médias :</u>	34
e) <u>La place d'un dépistage de masse :</u>	34
f) <u>Par un prélèvement à domicile :</u>	35
2) La réalisation du FCU par le médecin traitant : avantages et inconvénients :	35
a) <u>Les avantages de la réalisation du FCU par le médecin traitant :</u>	35
b) <u>Les inconvénients de la réalisation du FCU par le médecin traitant :</u>	36
3) La place du dépistage organisé :	37
a) <u>Les avantages du dépistage organisé :</u>	37
b) <u>Les inconvénients du dépistage organisé :</u>	38
4) La place de l'auto-prélèvement vaginal :	39
a) <u>Les avantages de l'auto-prélèvement vaginal :</u>	39
b) <u>Les inconvénients de l'auto-prélèvement vaginal :</u>	40
DISCUSSION :	41
A. FORCES DE L'ETUDE :	41
I. <i>Le choix du sujet et de la population :</i>	41
II. <i>La diversité de la population :</i>	41
III. <i>Le choix de la méthode :</i>	42
IV. <i>La triangulation :</i>	42
V. <i>La réalisation des entretiens :</i>	42

B.	LIMITES DE L'ETUDE :	43
I.	<i>Les biais liés au choix de la méthode :</i>	43
II.	<i>Les biais liés à la population :</i>	43
III.	<i>Les biais liés à l'intervieweur :</i>	44
C.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS :	44
I.	<i>Plusieurs moments-clés, tout au long de la vie d'une femme, influencent la réalisation du dépistage du CCU :</i>	44
II.	<i>Le FCU, perceptions de l'examen en lui-même :</i>	46
III.	<i>La place du médecin traitant.</i>	47
IV.	<i>Les solutions pour l'avenir : le dépistage organisé et l'auto prélèvement vaginal.</i>	49
	CONCLUSION :	53
	BIBLIOGRAPHIE :	55
	ANNEXES:	61
	ANNEXE 1: LE SCRIPT D'ENTRETIEN.	61
	ANNEXE 2 : CD CONTENANT LES ENTRETIENS.	62
	RESUME :	63

Introduction :

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le onzième cancer chez la femme en France, et le douzième en terme de mortalité. Le taux d'incidence est d'environ 3000 cas par an en France, et il entraîne 1100 décès par an. Le pic d'incidence est situé à l'âge de 40 ans. L'âge médian au diagnostic est de 51 ans, l'âge médian au décès est de 64 ans. Il est le seul cancer pour lequel le pronostic a diminué en France ces dernières années, le taux de survie à 5 ans est passé de 68% en 1989-1991 à 64% en 2001-2004. Les Hauts-de-France se trouvent parmi les régions où la mortalité liée à ce cancer est la plus élevée. [1] [2] [3] [4] [5] [6]

Le facteur de risque principal du CCU est l'infection par les papillomavirus humains (HPV), dont la transmission est interhumaine via les contacts cutané-muqueux. 80% des femmes et des hommes de plus de 50 ans sont infectés par des HPV génitaux. Le risque d'infection par les HPV est d'autant plus élevé que les rapports sexuels sont précoces, avec des partenaires multiples, ou chez les personnes immunodéprimées. Les principaux HPV oncogènes sont les HPV 16 et 18. Ils sont à eux deux responsables de 70% des CCU. Ce n'est pas l'infection en elle-même qui est responsable du CCU mais sa persistance, qui va être responsable de lésions précancéreuses, puis de lésions cancéreuses invasives après 5 à 10 ans d'évolution. Le tabac, l'infection par le VIH, les antécédents d'infections sexuellement transmissibles et la prise prolongée de contraceptifs oraux sont des cofacteurs de risque du CCU. [1] [4] [7] [8]

Deux grands moyens de prévention sont disponibles pour lutter contre le CCU :

- la prévention primaire via la vaccination contre certains sérotypes d'HPV (notamment les HPV 16 et 18), qui est recommandée depuis 2007. Elle concerne les jeunes filles à partir de 11 ans, et en rattrapage jusqu'à 19 ans révolus. Le taux de couverture par la vaccination des jeunes filles est de 17% ; [9]
- la prévention secondaire via un dépistage individuel par le frottis cervico-utérin (FCU), recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) devant la faible vitesse d'évolution du CCU, la présence de lésions précancéreuses curables, et l'acceptabilité du FCU par la population générale. [8] Le FCU est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, tous les trois ans, après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle. Actuellement le taux de dépistage du CCU par FCU est de 60%, loin de l'objectif de 80% fixé par le plan cancer 2014-2019. Une femme sur trois ne participe pas au dépistage, et ce taux chute à une femme sur deux après l'âge de 50 ans. [10][11]

Devant ces constats, il se pose la question de savoir pourquoi les femmes ciblées par le dépistage, et notamment les plus âgées, réalisent ou non le FCU. L'objectif principal de ce travail a été de mettre en évidence l'ensemble des facteurs intervenant dans la réalisation du dépistage du CCU chez les femmes de 45 à 65 ans. Les objectifs secondaires consistaient à savoir comment les femmes étaient informées sur le dépistage du CCU, et quelles pourraient être les pistes d'amélioration selon elles, afin d'augmenter le taux de participation au dépistage.

Matériel et méthode :

A. Le choix de l'étude qualitative et du recueil de données :

Pour réaliser cette thèse, nous avons choisi une méthode de recherche qualitative prospective par entretiens semi-dirigés. La personne interrogée doit répondre à des questions volontairement ouvertes, sans avoir le choix parmi des réponses préétablies. Le but est d'obtenir des idées, des ressentis, et d'avoir un panel de réponses le plus large possible. L'entretien semi-dirigé permet de parcourir l'ensemble du script d'entretien, en effectuant des relances aux questions ouvertes aux moments opportuns, sans influencer la personne interrogée, sans lui couper la parole. [12][13]

B. Les critères d'inclusion et le recrutement de la population :

Pour être incluses dans notre étude, les participantes devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- être âgées de 45 à 65 ans,
- avoir déjà eu des rapports sexuels,
- ne pas avoir subi d'hystérectomie totale.

Le recrutement des femmes participant à cette étude s'est fait dans les cabinets de médecine générale lors de mes stages chez le praticien à Ailly le Haut Clocher (80690), à Abbeville (80100), au Crotoy (80550), lors de mes remplacements à Abbeville (80100) et à Warloy-Baillon (80300) et également aux urgences de Clermont-de-l'Oise (60600).

Les participantes étaient volontairement choisies, sans randomisation, afin d'obtenir un panel de réponses et de ressentis le plus large possible. Elles étaient toutes d'accord pour participer à l'étude, et leur anonymat a été respecté.

Les entretiens ont été réalisés de septembre 2016 à mars 2017. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Le nombre de participantes n'était pas défini à l'avance. La méthode de recherche qualitative suppose de poursuivre les entretiens jusqu'à obtention de la saturation des données.

C. L'élaboration du script d'entretien :

Le script d'entretien a été réalisé en 3 grandes parties :

- présentation et état des lieux sur le suivi gynécologique ;
- exposé des motivations et des freins à la réalisation du FCU ;
- sources d'information sur le sujet et pistes d'amélioration du dépistage.

a. Présentation et état des lieux sur le suivi gynécologique :

Cette première partie de l'entretien permet de faire connaissance avec la participante, de la mettre à l'aise. En effet, le CCU et la réalisation du FCU sont des sujets qui touchent à l'intime, il est donc important de mettre en confiance la participante, afin de ne pas la brusquer, pour obtenir ensuite des réponses franches et sans appréhension.

b. Exposé des motivations et des freins à la réalisation du FCU :

Cette deuxième partie représente le cœur de l'entretien, elle permet de répondre à l'objectif principal de l'étude. Quels sont réellement et concrètement les motivations et les freins des participantes à la réalisation du dépistage du CCU par le FCU ?

c. Sources d'informations sur le sujet et pistes d'amélioration du dépistage :

Cette troisième partie permet de répondre aux objectifs secondaires de l'étude : comment les participantes ont-elles été informées sur le dépistage du CCU ? Quelles sont les pistes d'amélioration pour augmenter le taux de participation des femmes au dépistage du CCU ?

D. La méthode d'analyse des données :

La première étape dans l'analyse des données d'une étude qualitative est la transcription des entretiens. Elle se fait sous forme de verbatim, par compte rendu intégral, mot pour mot, de chaque entretien. La transcription permet de représenter sous forme écrite les données orales des participantes, afin de s'approprier leurs propos, et de pouvoir ensuite les analyser.

Le texte obtenu est ensuite codé en unité d'analyse, la plus petite qui fait sens en elle-même, afin de réaliser une analyse thématique, via le logiciel d'analyse NVivo.

Résultats :

A. La population :

Nous avons réalisé au total quatorze entretiens, la saturation des données ayant été obtenue à partir du douzième entretien. Les participantes avaient toutes entre 45 et 65 ans, n'avaient pas d'antécédent gynécologique particulier, et leurs principales caractéristiques sont retranscrites dans le tableau ci-dessous. Les entretiens ont duré entre huit minutes et dix-neuf minutes. La triangulation a été réalisée sur trois entretiens, choisis de façon aléatoire.

	Age	Profession	Suivi gynécologique
Mme 1	59 ans	Assistante de direction	Suivie
Mme 2	54 ans	Professeur	Non suivie
Mme 3	63 ans	Ouvrière retraitée	Suivie
Mme 4	64 ans	Sans profession	Suivie
Mme 5	61 ans	Agent de surface hospitalier, retraitée	Suivie
Mme 6	64 ans	Infirmière retraitée	Non suivie
Mme 7	58 ans	Aide soignante	Non suivie
Mme 8	51 ans	Infirmière	Suivie
Mme 9	53 ans	Cadre de santé	Non suivie
Mme 10	45 ans	Infirmière	Suivie
Mme 11	65 ans	Auxiliaire de vie, retraitée	Suivie
Mme 12	51 ans	Commerçante	Non suivie
Mme 13	50 ans	Fonctionnaire de mairie	Suivie
Mme 14	61 ans	Aide ménagère	Suivie

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude.

B. Les résultats associés à l'objectif principal de l'étude :

I. Les facteurs intervenant positivement dans la réalisation du dépistage du CCU :

a. Une habitude de vie, un suivi :

Pour la plupart des femmes interrogées, la réalisation du dépistage du CCU était considérée comme une habitude de vie, un acte qui faisait ou fait toujours partie de la vie quotidienne.

« Ça faisait partie du systématisme » Mme 8 ;

« C'était le suivi » Mme 12 ;

« C'est naturel » Mme 11 ;

« Par rapport au frottis, moi je le fais et puis c'est tout, je peux pas vous dire autre chose » Mme 14 ;

« C'était uniquement presque un devoir » Mme 6 ;

« Pour le contrôle, le suivi » Mme 4 ;

« Ça fait partie des habitudes, presque comme se brosser les dents, on ne se pose plus la question » Mme 1 ;

« C'est l'habitude, c'était rentré dans mon mode de vie, dans mon hygiène » Mme 10 ;

« Je pense que c'est une habitude de vie » Mme 13 ;

b. Pour dépister une pathologie :

La majorité des participantes réalisaient le dépistage du CCU pour prévenir et dépister une éventuelle pathologie.

« Pour le dépistage éventuel d'un cancer ou d'autre chose » Mme 4 ;

« Pour moi, plus le dépistage plus la prévention est importante, moins il y aura de maladie et donc évidemment moins de rééducation (...) je pense que la prévention ça va aider, si on dépiste quelque chose de très petit ça va être soigné plus facilement » Mme 1 ;

« De donner toutes les chances et d'éviter tous les risques éventuels » Mme 8 ;

« Le dépistage éventuel, plus le cancer est pris tôt, plus on a de chances de s'en sortir (...) le dépistage de la maladie » Mme 13 ;

« Savoir s'il n'y a pas quelque chose qui va ou qui va pas » Mme 14 ;

« Il faut pas attendre qu'il y ait quelque chose qui nous paraît inquiétant pour penser à se soigner (...) j'ai pas envie d'être malade » Mme 10.

c. Un examen simple :

Certaines participantes rapportaient que le dépistage du CCU n'était pas contraignant, qu'il s'agissait d'un examen simple, rapide.

« On vous touche, on vous prend un prélèvement bon bah c'est tout » Mme 14 ;

« Je pense qu'on a quand même une demi-heure par an pour s'occuper de soi, enfin ça devrait être possible... (...) ça n'est pas douloureux pour moi, ça n'est pas traumatisant » Mme 1 ;

« Ça prend 5 minutes » Mme 3 ;

« C'est pas méchant un frottis » Mme 6 ;

« C'est vraiment un examen anodin, simple, sans douleur (...) si on veut faire un frottis, c'est hyper simple ! » Mme 9 ;

« Je préfère encore ça qu'aller chez le dentiste ! » Mme 5.

d. Un examen remboursé :

Une participante a souligné qu'il s'agissait d'un examen remboursé par la sécurité sociale.

« C'est le seul moyen de détecter le cancer, donc il faut le faire, surtout que maintenant c'est pris en charge, alors ça serait vraiment ridicule de pas le faire » Mme 3.

e. La peur de la maladie :

La peur de la maladie et du cancer intervenait largement comme facteur motivant la réalisation du FCU.

- « Du fait que j'ai mon mari qui est décédé d'un cancer, ça fait peur quoi » Mme 11 ;
« Je suis bien dans ma vie (...) j'ai pas envie de partir tout de suite » Mme 1 ;
« Avec toutes les maladies qu'on voit maintenant (...) il vaut mieux se faire suivre et être pris à temps... La peur de la maladie et la peur du cancer, il faut le dire ! » Mme 5 ;
« La peur ! Peur du risque de cancer » Mme 8.

f. Les recommandations médicales :

Parfois, le fait de réaliser le dépistage du CCU était plutôt une application des recommandations du corps médical. Il n'y avait pas de questionnement personnel chez ces femmes, à savoir si elles allaient réaliser le FCU, et pourquoi elles allaient le faire.

- « C'est le gynécologue qui le prescrit tous les 2 ou 3 ans, c'est lui qui décide en fait » Mme 4 ;
« J'ai toujours été suivie par un gynécologue donc il me le faisait d'office » Mme 3 ;
« Ça faisait parti des visites, comme j'étais suivie en gynéco » Mme 6 ;
« Il me dit qu'il faut le faire, c'est tout » Mme 11 ;
« C'est le docteur des moments il me dit, c'est lui qui me dit : « attention, y a le frottis à faire ! » » Mme 14.

Pour d'autres participantes, c'était justement la confiance qu'elles avaient envers le corps médical, et notamment en leur médecin traitant, qui les poussait à se faire dépister.

- « J'ai confiance en lui, il me dit qu'il faut le faire, c'est tout » Mme 11 ;
« Ben je lui fais confiance, c'est mon docteur, je fais confiance à mon docteur » Mme 14.

g. L'éducation :

Certaines femmes mettaient en avant le fait que l'éducation, notamment par le rapport mère-fille, favorisait la réalisation du dépistage du CCU.

*« J'ai été éduquée dans le sens où il fallait faire attention à soi, je le fais régulièrement »
Mme 10 ;*

« Ma maman a toujours été suivie aussi » Mme 1 ;

« Par rapport au fait que ma mère ait eu ça » Mme 8.

h. Le désir d'enfant :

Quelques participantes expliquaient que la volonté d'avoir un enfant favorisait le dépistage du CCU, en insistant sur le fait qu'elles voulaient avoir un corps sain afin d'optimiser leurs chances de procréation.

« Je voulais avoir un enfant » Mme 7 ;

« J'envisageais d'avoir des enfants, c'était aussi quelque chose d'important pour mon époux donc bon je me faisais dépister plus volontiers (...) le désir de grossesse, c'était important, donc je voulais vraiment avoir des organes sains » Mme 2 ;

« J'ai eu un suivi à partir du moment où j'ai voulu des enfants » Mme 6.

i. La contraception :

A contrario, une participante évoquait que la seule raison pour laquelle elle réalisait le FCU était l'examen gynécologique lors du renouvellement de sa contraception.

« Vu les dates auxquelles je le fais, on va dire que c'était juste le changement de stérilet, donc c'était juste le souhait de ne pas avoir d'enfant, qui faisait que j'allais voir le gynéco à telle date » Mme 9.

j. Les campagnes de prévention :

Certaines femmes reconnaissaient que les campagnes de prévention les incitaient à se faire dépister.

« J'y pense quand je vois les pubs à la télé » Mme 12 ;

« Quand on voit à la télé les campagnes pour faire un frottis... forcément on se dit « il faudrait peut être que j'y aille » » Mme 10.

k. Les motivations à réaliser le FCU après la ménopause :

Enfin, à la question « que pensez-vous de l'intérêt de poursuivre un suivi gynécologique après la ménopause ? », la majorité estimait que c'était essentiel, notamment en terme de prévention de maladie grave.

« Pour le dépistage, du cancer du col, de l'ovaire, de l'utérus... un contrôle pour voir si tout va bien » Mme 4 ;

« C'est quand même important, parce que les cancers du col de l'utérus ça arrive à tout âge, après même si on est ménopausée on a quand même toujours l'utérus le vagin etc. donc il faut quand même surveiller » Mme 10 ;

« Même après la ménopause, bah si quand même, parce que je sais pas, on peut arriver à attraper quelque chose toujours » Mme 14.

Certaines revenaient sur la notion d'habitude, de suivi régulier, et insistaient sur le fait que l'examen gynécologique n'est pas uniquement réservé aux femmes en désir d'enfant.

« J'ai une habitude de fonctionnement donc je pense que je vais continuer » Mme 13 ;

« C'est important, très important » Mme 3 ;

« Je pense qu'il faut avoir des consultations gynéco régulières jusque... je sais pas moi, le plus tard possible » Mme 5 ;

« On n'est pas censé voir un gynéco uniquement quand on est en période de procréer » Mme 9.

II. Les facteurs limitant la réalisation du dépistage du CCU :

a. Un acte douloureux et gênant :

La moitié des participantes ont cité l'acte du FCU en lui-même comme un facteur limitant leur dépistage du CCU.

Elles trouvaient l'examen gênant, dégradant, intrusif.

« J'aime pas l'examen (...) parce que c'est frustrant (...) de faire voir l'intimité à quelqu'un d'autre (...) le frottis ou les selles c'est un prélèvement, c'est sale, et ça me gêne » Mme 7 ;

« C'est une intrusion quand même » Mme 1 ;

« J'aime pas trop qu'on me touche, j'aime pas trop les examens médicaux » Mme 6 ;

« Une gêne, une certaine gêne, parce que c'est toujours un moment qui est désagréable » Mme 8 ;

« Je fais des contrôles de mammographie... c'est différent, ça m'atteint moins que le contrôle frottis » Mme 7.

L'examen était souvent qualifié de douloureux.

« C'est pas forcément agréable » Mme 1 ;

« C'est quand même assez douloureux aussi comme examen et comme dépistage (...) j'ai des souvenirs, le spéculum c'est vraiment un morceau de ferraille, c'est assez douloureux » Mme 2 ;

« Ça pince un peu » Mme 3.

b. Le manque de temps :

La majorité des femmes de l'étude évoquaient le manque de temps comme étant un frein au dépistage du CCU, même si elles reconnaissaient que cet argument n'était pas suffisant en tant que tel. Elles mettaient en avant la difficulté à concilier l'organisation de la vie personnelle et professionnelle, au dépend de leur suivi médical et gynécologique en particulier.

- Le manque de temps lié à la vie personnelle :

« *Le manque de temps, de trouver un rendez-vous quand c'était possible* » Mme 12 ;

« *Il y a des choses qu'on oublie quand même, avec tout ce qu'on a en tête c'est pas évident !* »

Mme 14 ;

« *Le manque de temps, c'est pas bien de dire ça parce que c'est un peu un mensonge* » Mme 10 ;

« *C'est peut être prendre rendez-vous tout bêtement, pour aller voir le gynéco tel jour telle heure, on court tout le temps du matin au soir... C'est une mauvaise réponse, j'en suis tout à fait consciente !* » Mme 9.

Le fait d'être mère était aussi considéré comme un frein pour le dépistage selon une participante.

« *Quand on est mère, on se focalise surtout sur ses enfants, sur pleins de choses, sur le matériel, sur le métier, et on a tendance à se mettre sur l'arrière plan ça c'est net, et du coup on n'y pense pas* » Mme 2.

- Le manque de temps lié à la vie professionnelle :

« *Parfois ça s'est un peu espacé pour des raisons professionnelles* » Mme 13 ;

« *C'était compliqué de trouver un créneau, parce qu'il y en avait assez peu, il fallait anticiper, c'était pas forcément compatible avec les horaires* » Mme 2 ;

« *Après, quand j'ai repris le travail c'était vraiment compliqué de trouver la date (...) c'était compliqué, je prenais un rendez-vous, il fallait l'annuler (...) j'ai laissé tomber le suivi à ce moment-là* » Mme 6.

c. La négligence :

Certaines femmes reconnaissaient tout simplement un manque d'envie pour réaliser leur FCU, une négligence.

« J'ai pas envie (...) j'ai la peur du cancer, de n'importe quoi, mais pas plus que ça puisque je ne fais pas les démarches de dépistage » Mme 9 ;

« Une négligence de ma part pour ma santé » Mme 12.

d. Le défaut d'information et d'éducation :

Certaines femmes ont évoqué un manque d'information d'ordre générationnel.

« A cette époque-là on parlait pas comme ça de frottis tout ça » Mme 11 ;

« Nos parents, ils nous disaient pas, y a beaucoup de choses qu'on savait pas nous à notre âge (...) On était pas assez informées » Mme 14 ;

« On est plus dans la prévention aujourd'hui, mais moi j'ai pas ça dans mes habitudes (...) je pense que c'est une éducation aussi » Mme 6.

Ce problème d'information lié à la génération était aussi corrélé avec le fait qu'il s'agissait d'un sujet tabou.

« On m'a élevé dans une famille où on ne parlait pas de contrôle gynéco (...) Maman n'en parlait pas, c'était un sujet tabou » Mme 7.

Certaines ont mis en évidence le manque d'information sur l'utilité du FCU en tant que tel, et sur les personnes qui pouvaient le réaliser.

« Je savais pas que le frottis permettait de détecter le cancer du col, quand j'ai fait mes premiers frottis (...) Je savais pas pourquoi on faisait un frottis ! » Mme 13.

« Je ne savais même pas qu'il y avait des médecins généralistes qui faisaient des frottis ! » Mme 6.

Une dame a déploré un manque d'information par la rareté des campagnes de prévention.

« Il n'y a pas de campagne d'information. Il y a un gros battage autour du cancer du colon, du sein, mais le cancer de l'utérus, on en parle peu. Il n'y a pas de dépistage systématique et organisé, donc je pense que c'est un vrai manque, une vraie lacune en terme de prévention » Mme 2.

e. Le frottis, un examen peu utile :

Quelques femmes interrogées considéraient, avec une certaine fatalité, que le FCU n'était pas utile car fait à un instant donné, et que la maladie pouvait s'installer entre deux examens.

« La prévention, ça n'évite pas le danger » Mme 11 ;

« Quelquefois on fait le frottis ou la mammo et bon il y a des problèmes qui se font entre deux (...) je me dis « bah si ça doit arriver ça arrive »... Je baisse un peu les bras » Mme 7 ;

« Même en faisant un frottis parfois, c'est peut-être pas vraiment du sûr sûr » Mme 3.

f. La normalité des examens antérieurs, la bonne santé apparente :

L'absence de symptômes ou la normalité des examens antérieurs étaient aussi reconnues comme des facteurs limitant la réalisation du FCU.

« Tout allait bien depuis des années, je me suis dit je peux peut-être un petit peu plus espacer mes frottis » Mme 10 ;

« Peut-être que je ressentirais quelque chose dans mon corps si vraiment il y avait un gros soucis » Mme 2 ;

« C'était contrôler pour contrôler, mais bon au bout d'un moment quand il n'y a rien (...) c'était beaucoup de complications pour pas grand chose (...) Je trouve que j'ai autant de chance à le faire que pas le faire » Mme 6.

g. Les freins liés à l'examineur :

Le manque d'effectif chez les gynécologues libéraux et le départ à la retraite de certains d'entre-eux ont été pointés du doigt comme étant responsables de l'arrêt du suivi de certaines femmes.

« J'ai voulu reprendre rendez-vous chez ma gynécologue, qui avait fermé son cabinet (...) j'ai voulu retrouver une gynécologue et j'ai pas réussi donc j'ai laissé tomber (...) chercher une

gynécologue, tout le monde vous dit non, qu'ils prennent plus personne parce qu'ils ont plus de place » Mme 12 ;

« Avant j'avais affaire à une gynécologue (...) elle est partie en retraite, j'ai pas voulu me réorienter » Mme 14 ;

« Mon gynéco est parti à la retraite et puis je ne me suis pas remise sur les rangs pour essayer d'en trouver un (...) quand on avait l'habitude d'être avec un gynéco bien précis et qu'il est à la retraite et qu'il faut changer c'est compliqué de retrouver quelqu'un » Mme 2.

La difficulté d'accessibilité au spécialiste était aussi citée comme facteur limitant la réalisation de l'examen gynécologique.

« Y avait toujours aussi le problème du déplacement, parce que finalement l'hôpital c'est quand même relativement loin » Mme 2 ;

« Je trouve ça trop compliqué, peut-être aussi parce qu'ici on est au bout du monde aussi » Mme 6.

Le fait que l'examineur soit un homme a aussi été mentionné comme un frein pour certaines des femmes interrogées.

« D'être examinée par un homme c'est pas évident » Mme 14 ;

« Le fait d'aller voir un gynécologue homme ça m'a beaucoup bloqué » Mme 8.

h. La peur du résultat :

Parmi les participantes qui ne réalisaient pas de FCU régulièrement, certaines reconnaissaient avoir peur de découvrir une pathologie potentiellement grave, et préféraient suivre la « politique de l'autruche ».

« C'est plus avoir le résultat qui m'inquiète » Mme 10 ;

« Peur du résultat » Mme 2 ;

« Moi j'ai une appréhension de mettre un doigt dans un truc et puis après on a l'impression qu'on n'est plus maître » Mme 6 ;

« J'ai tendance à faire l'autruche et mettre ma tête dans le sable, c'est pas bien, les risques ils existent chez tout le monde, autant chez moi que chez les autres (...) je veux pas voir la réalité en face » Mme 9.

i. La peur du jugement :

Une femme de l'étude a cité comme frein à la réalisation du dépistage la peur d'être jugée par le corps médical devant l'absence de suivi régulier.

« Je pourrais même demander à Mme D. (son médecin traitant), je la connais depuis très longtemps, mais je n'ose pas, j'ai peur, comme il y a longtemps que je me suis pas fait suivre » Mme 7.

j. L'absence de contraception :

Enfin, des participantes reconnaissaient que le fait de ne plus consulter un professionnel de santé pour leur contraception était un frein à l'examen gynécologique en général et à la réalisation du FCU en particulier.

« Pas de problème de pilule, pas de problème de stérilet à changer, donc vu que j'ai fait la ligature des trompes j'avais 30 ans » Mme 12 ;

« J'avais plus de contraception » Mme 10.

k. La ménopause :

Certaines femmes ne voyaient pas l'intérêt de continuer le suivi gynécologique lorsqu'elles étaient ménopausées.

« Vous-même, est-ce que vous trouvez qu'il y a un intérêt à poursuivre le suivi après la ménopause ?

Mme 7 : non »

« Bah si on fait ce qu'on nous dit de faire il faut continuer, mais bon moi la ménopause je l'ai même pas vu arriver... Je trouve que c'est bientôt presque intrusif pour moi (...) Non mais c'est vrai ! Trop intrusif pour moi » Mme 6.

C. Les résultats associés aux objectifs secondaires de l'étude :

I. Comment les femmes ont-elles été informées sur le dépistage du CCU ?

a. Par les médias, les campagnes de prévention :

La majorité des femmes interrogées avait été informées sur le dépistage du cancer du col par les médias.

« Pas mal de brochures, de pub à la télé tout ça » Mme 12 ;

« La télé ils en parlent quand même... Dans les journaux, on en voit des trucs » Mme 14 ;

« La télé, ils en parlent quand même... Pour moi l'information circule. » Mme 9 ;

« Les magazines, on est quand même bien informé » Mme 7 ;

« Par les informations » Mme 3 ;

« Des émissions médicales à la télévision aussi » Mme 5.

Certaines ont rapporté également les campagnes de prévention nationales pour la réalisation du FCU et de la vaccination anti-HPV.

« Par les pubs à la radio » Mme 13 ;

« Quand il y a eu le vaccin c'était beaucoup les médias » Mme 8.

D'autres ont cité les brochures et les affiches dans les cabinets médicaux ou dans les lieux publics.

« Dans les maisons de santé, dans les hôpitaux, dans les salles d'attente des maternités donc je pense que l'information elle est là » Mme 1 ;

« Dans les salles d'attente, il y a quand même pas mal de choses affichées au mur, de la publicité » Mme 5 ;

« Après dans les salles d'attente il y a toujours des publicités » Mme 9 ;

« En pharmacie » Mme 12.

b. Par le corps médical :

Les médecins, généralistes et spécialistes, intervenaient largement dans l'apport d'informations sur le CCU et son dépistage.

« C'est le Dr D. (médecin traitant) qui m'en a parlé » Mme 11 ;

« Les médecins en parlent bien, les gynéco » Mme 12 ;

« Mon gynéco m'en a parlé » Mme 2 ;

« Aussi par les médecins, qui en parlent » Mme 3.

c. Par l'entourage :

Quelques participantes confiaient avoir été informées lors de discussion entre amies, ou au hasard d'une conversation concernant une personne de leur entourage présentant un problème gynécologique.

« Entre amies on en parle quand même... On connaît tous quelqu'un qui a un petit souci » Mme 12 ;

« On peut en parler avec des amies, c'est pas du tout un sujet tabou » Mme 1 ;

« On en parle beaucoup entre filles, entre amies » Mme 2 ;

« Le bouche à oreille » Mme 5.

d. Par l'éducation :

Certaines des participantes travaillaient dans le milieu de la santé. Elles avaient donc été informées par leurs études et dans le contexte du travail.

*« J'ai mon métier qui fait en sorte d'être au goût du jour, de savoir la prévention et tout ça »
Mme 7 ;*

« Le fait d'être dans le milieu de la santé » Mme 1 ;

« Le fait aussi de travailler à l'hôpital j'ai eu la possibilité d'entendre des choses » Mme 5 ;

« Par les études » Mme 6.

D'autres avaient été informées par l'éducation, et notamment par leur mère.

« Je parlais du contexte familial (...) dans la famille on n'est pas gênées par ce genre de choses » Mme 1 ;

« Maman comme elle a eu des soucis gynéco bah on en a parlé, « fais toi suivre, fais attention » » Mme 10.

II. Quelles sont les pistes d'amélioration pour que les femmes participent davantage au dépistage du CCU ?

1. Les facteurs généraux :

a) L'investissement du corps médical :

Pour la majorité des femmes interrogées, le taux de participation au dépistage du CCU pourrait être amélioré si le corps médical et notamment les médecins traitants rappelaient aux femmes qu'elles doivent réaliser un FCU régulièrement.

« Le rôle des médecins traitants (...) demander si la patiente a un suivi gynéco. Si c'est lui qui renouvelle sa pilule ou elle vient pour autre chose, lui dire « ah bah oui mais quand est-ce

que c'était votre dernier suivi gynéco », « ah ça serait peut être bien de reprendre rendez-vous », essayer de l'inciter dans le bon sens » Mme 10 ;

« Le médecin traitant peut-être, dire aux femmes « est-ce qu'elles sont bien suivies » » Mme 13 ;

« Le médecin traitant quand elle va voir les patientes, elle peut en discuter... (...) A part le médecin traitant qui voulez-vous qui leur en parle à ces femmes ? » Mme 5.

Le rôle du médecin traitant était mis en avant et notamment pour les femmes qui n'avaient plus de suivi par un gynécologue.

« Il faudrait passer par le médecin généraliste, alors ils vont pousser des cris car on leur demande déjà énormément de choses, mais je crois que c'est lui qui devrait à certains moments nous faire la petite piqûre de rappel (...) Je pense que le médecin généraliste a un rôle important à jouer parce que c'est compliqué de trouver un gynéco » Mme 2 ;

« Après, ça serait surtout par le médecin traitant, pour les femmes qui ne sont plus censées avoir d'enfant, qui ne sont plus en période de procréation, que le suivi est super important » Mme 8.

Certaines considéraient que le médecin traitant avait un rôle fondamental dans la prévention, même si ce n'était pas lui qui devait réaliser le FCU.

« Est-ce que les médecins traitants font bien cette démarche systématiquement à inciter les personnes à le faire ? Parce que je pense que c'est pas eux qui vont le faire mais bon, ils peuvent peut-être déjà informer (...) essayer de persuader en disant que c'est important (...) pour moi le médecin traitant a un rôle important là-dedans (...) le médecin traitant est la clé parce que c'est un médecin de proximité » Mme 1.

Tandis que d'autres estimaient que le médecin généraliste devait non seulement rappeler à ses patientes l'intérêt du FCU, mais aussi le réaliser lui-même.

« Ils devraient tous le faire le frottis non ? Parce qu'aller voir un spécialiste c'est plus compliqué ! Un généraliste c'est plus abordable, c'est plus près, tu es plus proche » Mme 6.

D'autres acteurs du corps médical étaient également cités pour améliorer la participation des femmes au dépistage du CCU: les médecins du travail et les infirmiers.

« Pareil pour la médecine du travail, à la médecine du travail on nous demande jamais »

Mme 13 ;

« Bah les docteurs, ou je sais pas, les infirmiers aussi non ? » Mme 14.

b) En parler, banaliser le FCU :

Un grand nombre des femmes interrogées estimaient que le taux de participation au dépistage du CCU pouvait être amélioré en en parlant davantage, en banalisant l'examen gynécologique.

« Qu'on en parle plus » Mme 11 ;

« Banaliser la chose » Mme 7 ;

« Il faut pas hésiter à en parler » Mme10.

Le dialogue mère-fille était à nouveau cité et était considéré comme facteur incitant la réalisation du FCU.

« J'ai une petite fille de 12 ans (...) on va quand même parler de prévention (...) c'est quelque chose qui va entrer dans les mœurs pour elle aussi » Mme 1 ;

« De génération en génération : la maman qui en parle à la fille » Mme 10

« Ma fille je l'emmène chez le gynéco, voilà on en parle (...) de mère en fille, faut que ça soit une discussion ouverte » Mme 8.

Certaines pensaient à en parler elles-mêmes à leur entourage, pour les motiver à réaliser le FCU.

« Essayer de motiver la personne qu'on connaît, qui n'y est jamais allée » Mme 3.

Une participante proposait d'établir des rencontres entre un membre du corps médical et des femmes, pour permettre un échange d'information.

« Des centres d'information peut-être je ne sais pas, des rencontres (...) Où un médecin parle à plusieurs personnes, qu'il explique pourquoi » Mme 11.

c) L'information dans les établissements scolaires :

Plusieurs participantes aimeraient qu'il y ait des sessions d'éducation à la prévention dans les établissements scolaires.

« Peut être au collège, au lycée, informer les jeunes... pourquoi pas ? » Mme 11 ;

« Faire des informations peut-être aussi à l'école et en groupes » Mme 7 ;

« On peut faire des cours, par exemple au collège tout ça c'est bien » Mme 1 ;

« Est-ce qu'il faut au lycée ou au collège rajouter une petite couche ? Je pense que ça serait pas mal non plus » Mme 10.

Une participante avait même proposé que des femmes atteintes du CCU aillent elles-mêmes sensibiliser les jeunes filles dans les établissements scolaires, afin de les informer sur le CCU et son dépistage :

« Qu'elles aillent dans les écoles expliquer un peu en quoi ça consiste, l'intérêt » Mme 13.

d) Le rôle des médias :

Les médias et les campagnes de prévention nationales pourraient favoriser le dépistage du CCU.

« Qu'on en parle plus, même à la télé » Mme 11 ;

« On devrait mettre plus d'affiches dans les trucs comme ça, dans les collectivités tout ça, où on est souvent appelés à aller » Mme 14 ;

« Surtout par les médias, parce que c'est comme ça maintenant que l'info passe » Mme 8.

e) La place d'un dépistage de masse :

Des femmes ont spontanément évoqué la mise en place d'un dépistage de masse, organisé, avec des lettres de relance, afin d'améliorer le taux de participation au dépistage du CCU.

« Les dépistages de prévention comme la mammographie » Mme 4 ;

« Peut-être que s'il y avait un dépistage organisé » Mme 6 ;

« Pourquoi pas un dépistage systématique, ça serait pas mal non plus » Mme 10.

D'autres voulaient même instituer un dépistage obligatoire du CCU.

« Il faudrait des dépistages obligatoires » Mme 4 ;

« Les vaccins c'est obligatoire pour les enfants, donc ça, faudrait que ça soit aussi obligatoire » Mme 13.

f) Par un prélèvement à domicile :

La question de la place de l'auto-prélèvement vaginal à domicile dans le dépistage du CCU était la dernière de mon questionnaire. On peut noter que deux participantes avaient évoqué cette possibilité spontanément.

« Est-ce qu'on pourrait pas le faire soi-même ? » Mme 7 ;

« Je sais pas, si on le faisait chez soi ? (...) je ne sais pas si ça pourrait exister... » Mme 6.

2) *La réalisation du FCU par le médecin traitant : avantages et inconvénients :*

Certaines idées peuvent être redondantes avec celles mises en évidence dans les pistes d'amélioration et l'investissement du corps médical, avancées par les participantes. Cependant, dans cette sous partie, les données recensées sont uniquement celles qui répondaient à la question « selon vous, quels seraient les avantages à la réalisation du FCU par votre médecin traitant ? ».

a) Les avantages de la réalisation du FCU par le médecin traitant :

En premier lieu, les femmes interrogées mettaient en avant la proximité du médecin traitant et son accessibilité, en terme de délai et de distance.

« Je peux dire « tiens, dans un mois on le fait », si je dois prendre rendez-vous à Abbeville c'est dans combien de temps ? Dans 2-3 mois ? » Mme 11 ;

« Et puis c'est pas loin, ici j'ai pas à me déplacer sur Abbeville, y a un peu tout ça » Mme 14 ;

« On va plus généralement voir son généraliste qu'on ne va voir son gynécologue... Y a moins de prise de rendez-vous, c'est moins contraignant » Mme 13 ;

« C'est plus rapide, car si on prend rendez-vous chez un gynécologue les rendez-vous sont plus longs » Mme 3 ;

« J'attendrai pas 6 mois pour avoir un rendez-vous chez le gynéco, et puis c'est sur place ! » Mme 5 ;

« Un généraliste c'est plus abordable, c'est plus près » Mme 6.

Elles citaient également la relation de confiance entre elles et leur médecin traitant comme avantage à la réalisation du FCU par celui-ci.

« J'ai confiance en lui » Mme 11 ;

« Je lui fais confiance, c'est mon docteur, je fais confiance à mon docteur » Mme 14.

Certaines femmes interrogées estimaient qu'elles se sentaient ou se sentiraient plus à l'aise avec leur médecin traitant, que le suivi serait plus régulier et l'appréciation clinique plus pertinente car globale, étant donné que le médecin traitant connaît bien ses patientes.

« On se sent plus à l'aise avec son médecin » Mme 11 ;

« Je sais que ça va être bien fait par le généraliste » Mme 13 ;

« Je pense qu'avec le dossier médical qu'il a sur l'ordinateur ça serait plus régulier (...) peut-être parce qu'il nous connaît mieux ? » Mme 2 ;

« Comme elle me connaît, ça serait peut-être plus complet » Mme 5.

b) Les inconvénients de la réalisation du FCU par le médecin traitant :

Certaines femmes en revanche ne souhaitaient pas être suivies sur le plan gynécologique par leur médecin traitant, car elles estimaient que l'examen était moins précis, que c'était réservé au spécialiste.

« Je fais le distinguo entre les deux spécialistes » Mme 4 ;

« Mon médecin généraliste je pourrais lui demander mais je ne lui demande pas, parce que je fais quand même une répartition des rôles, des tâches » Mme 2 ;

« Tant qu'à faire un frottis autant aller voir le professionnel de la partie gynéco à qui on peut poser des questions un peu plus spécialisées » Mme 9 ;

« L'impression que c'est un geste moins ciblé si c'est fait par le médecin traitant » Mme 8.

Quelques femmes ne souhaitaient pas être suivies par leur médecin traitant estimant que ce dernier les connaissait trop bien, ou au contraire, qu'il était dévolu à la prise en charge des pathologies bénignes.

« Quelqu'un qu'on connaît depuis longtemps, ça me freine » Mme 7.

« Là c'est un tout jeune médecin que je connais pour un rhume pour l'instant, c'est quand même assez particulier, la position (...) moins à l'aise qu'avec le gynécologue » Mme 13.

Certaines même trouvaient gênant le fait d'être examinées par leur médecin généraliste.

« Le gynéco c'est quand même une partie beaucoup plus personnelle, c'est de l'intime... je pense que tout le monde ne serait pas forcément à même de partager ça avec son médecin traitant (...) c'est quand même plus gênant » Mme 8.

Une femme ne préférerait pas demander à son médecin traitant de la suivre car celui-ci avait déjà une charge de travail trop importante.

« Ils vont pousser des cris car on leur demande déjà énormément de choses (...) bon alors la pour le suivi gynéco ça serait peut être lui demander beaucoup aussi » Mme 2.

3) La place du dépistage organisé :

a) Les avantages du dépistage organisé :

A la question « que pensez-vous d'un dépistage organisé du CCU, avec des lettres de relance », les femmes insistaient sur le fait que cela permettait d'y penser.

« Bah ça rappelle un petit peu, ça fait penser à visiter le médecin » Mme 11 ;

« Ça vous le rappelle, que vous l'avez pas fait depuis tant de temps ou que c'est à faire... je trouve que c'est bon d'avoir l'information écrite (...) Je pense que ça m'obligerait quelque part au moins à y penser de le faire » Mme 12 ;

« Oui ça serait pas si mal, comme ça au moins ça ferait rappeler, on n'y pense pas toujours non plus » Mme 14 ;

« Ça permet de ne pas oublier » Mme 5.

Pour certaines femmes, le dépistage organisé permettrait également de favoriser le taux de participation au dépistage, et notamment chez les femmes les plus âgées.

« Pour les dames qui ne sont pas suivies, oui, elles se sentiraient plus concernées » Mme 4 ;

« Pour les personnes justement qui ne s'investissent pas dans leur soin, parce que voilà c'est facile : on reçoit, on se dit « ah bah oui tiens c'est vrai » » Mme 1 ;

« Ah pourquoi pas, ouais ça peut être une idée (...) Surtout sur une certaine population (...) Les mamans qui sont pour faire des enfants, elles vont avoir un suivi gynéco. Mais c'est pour après, selon l'âge, dire qu'il faut se faire suivre (...) entre 40 et 60 ans on va dire » Mme 10.

Une dame mettait même en avant que le CCU était un cancer important, qui méritait comme le cancer du sein ou du colon son propre dépistage organisé

« Oui ça aussi ça peut se faire, parce que c'est quand même un cancer qui est presque aussi important que le cancer du sein le cancer du col » Mme 3.

b) Les inconvénients du dépistage organisé :

Certaines femmes en revanche considéraient que le dépistage organisé ne motiverait pas davantage les femmes qui n'ont pas envie de faire le FCU.

« Si on a envie de le faire on le fait, si on n'a pas envie de le faire on le fait pas » Mme 7 ;

« Ça ne changerait rien pour moi, je n'irai pas plus pour autant » Mme 9.

D'autres estimaient que le dépistage organisé et les lettres de relance avaient un côté rébarbatif, qui n'incitaient pas à y répondre.

« C'est vrai aussi que bah finalement, on ne le fait pas (...) je pense que le fait de multiplier les courriers, effectivement c'est une bonne idée le courrier, mais on voit que au bout du compte le courrier n'est pas efficace. Quand il y a trop de courriers, ça perd aussi de son efficacité » Mme 2

« Le problème des courriers, à partir du moment où il y a pas de relationnel, j'ai l'impression que ça fait un peu comme une pub, et que les gens prennent ça et ça part à la poubelle en même temps que les pubs (...) en plus ça va être assez rébarbatif à lire, c'est pas attractif ce genre de document » Mme 8.

Enfin une dame considérait que le dépistage organisé mettait en danger le libre arbitre.

« Après tout c'est ma vie, c'est mon corps, je le fais pas mais c'est aussi un petit peu pénible de se retrouver dans un système qui vous oblige à vous dépister pour tel et tel phénomène, on a aussi parfois peut-être le sentiment d'être pris en otage par la médecine et du coup bon c'est peut être une façon pour nous d'affirmer notre liberté de patient que de pas répondre au courrier et de pas y aller » Mme 2.

4) La place de l'auto-prélèvement vaginal :

a) Les avantages de l'auto-prélèvement vaginal :

Les avantages retenus à l'auto-prélèvement à domicile étaient la simplicité de l'acte, et le fait de ne pas avoir à se déplacer.

« Ah ça serait bien ! Plus besoin de se déplacer, plus besoin d'avoir un rendez-vous, de s'organiser avec les enfants ou le travail » Mme 12 ;

« Alors là, faut être bête pour pas le faire » Mme 6.

L'absence d'examen médical était aussi citée comme un autre avantage à la réalisation de l'auto-prélèvement vaginal.

« Ça serait bien, car au moins là je serais toute seule » Mme 7 ;

« Je pense que là elles seraient peut-être prêtes à le faire, elles seraient tranquilles dans leur salle de bain et y a personne qui nous regarde donc oui pourquoi pas, bien sûr » Mme 1 ;

« Ce serait plus pratique, on n'aurait pas besoin de recourir au praticien, on éviterait le côté pénible de l'acte » Mme 2.

b) Les inconvénients de l'auto-prélèvement vaginal :

Cependant, certaines femmes avaient peur d'un manque de fiabilité de cette nouvelle méthode, lié à une mauvaise réalisation ou alors à un manque de recul sur cette nouvelle technique de dépistage.

« J'aurais peur... Je sais pas, de pas bien prendre... Non, faire par moi-même, non. Je ne me vois pas le faire moi-même » Mme 14 ;

« Je ne sais pas, pas bien le réaliser » Mme 4 ;

« Bah on n'a pas trop de recul (...) la peur de pas l'avoir bien fait » Mme 13 ;

« Pour la fiabilité je ne suis pas sûre » Mme 2 ;

« J'aurais l'impression d'un manque de fiabilité, de le faire mal, de pas aller au bon endroit, du coup je prendrais pas ça au sérieux » Mme 8.

D'autres regrettaient l'absence de relationnel avec le corps médical du fait de cette méthode.

« Je préfère voir mon médecin (...) j'aime mieux avoir un contact en plus » Mme 11.

Enfin une dame estimait que le fait de devoir se déplacer pour poster le prélèvement pouvait être un frein à sa réalisation.

« Bon après faut encore le poster » Mme 9.

Discussion :

A. Forces de l'étude :

I. Le choix du sujet et de la population :

Le CCU est un problème majeur de santé publique car son incidence reste élevée malgré des moyens de prévention primaire et secondaire accessibles. Le dépistage du CCU concerne 17,5 millions de femmes. On estime que 51,6 % des femmes ne suivent pas les recommandations d'un FCU tous les 3 ans, tandis que 40,6 % des femmes sont en sur-dépistage. [8]

Les facteurs épidémiologiques freinant le dépistage sont :

- l'âge supérieur à 50 ans, [11]
- le fait d'être bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C),
- le fait d'être en invalidité,
- le nombre de consultations chez le médecin traitant inférieur à 3 fois par an,
- la dépendance à l'alcool ou aux opioïdes,
- le fait d'être en affection longue durée (ALD). [3]

Certaines études montrent également que le dépistage du CCU diminue parallèlement à la fréquence des rapports sexuels, lorsqu'il n'y a plus besoin de contraception et chez la femme ménopausée. [14]

Les campagnes nationales de prévention du CCU encouragent depuis quelques années les femmes de plus de 50 ans à se faire dépister. Et depuis le mois de janvier 2016, la cible prioritaire des campagnes encourageant la réalisation du FCU est la tranche d'âge 45-65 ans, avec le slogan « Après 45 ans, le frottis c'est surtout pas fini ». [14][15][5][16]

Devant ces constats épidémiologiques, nous avons choisi d'étudier cette tranche de la population cible du dépistage du CCU : les femmes de 45 à 65 ans.

II. La diversité de la population :

Les participantes à l'étude étaient âgées de 45 à 65 ans. Certaines étaient retraitées, les autres effectuaient des métiers dans la fonction publique, le milieu de la santé, l'aide à la personne, le commerce, le milieu ouvrier. Elles vivaient en milieu rural, semi-rural ou urbain.

Du fait de l'âge cible de la population, la majorité des participantes était ménopausée. Nous avons pu interroger des femmes correctement suivies sur le plan gynécologique, et d'autres non suivies.

III. Le choix de la méthode :

Le choix de la méthode qualitative par entretien individuel semblait le plus approprié pour notre étude. En effet, l'analyse qualitative permet de mettre en évidence le mode de pensée des interviewés, leur raisonnement, leur point de vue, leur ressenti. Elle trouve son intérêt pour les sujets peu étudiés, pour se défaire des idées préconçues, et laisse à l'interviewé la parole libre afin d'évoquer des idées inédites. Cette méthode nécessite pour l'intervieweur de se défaire de ses représentations, d'être objectif. [17] [18]

L'interrogatoire individuel a été préféré à la réalisation de focus group car le sujet étudié relevait de l'intime et mettait en évidence des représentations personnelles. Une analyse en groupe aurait pu freiner l'expression des participantes.

Le script d'entretien a permis de poser les questions dans un ordre défini, afin de ne pas perdre les participantes dans un flux de questions incohérent. Les questions de relance enrichissaient l'entretien.

L'enquête a été interrompue par le phénomène de saturation théorique des données. En effet, aucun nouveau thème ou sous thème n'a été relevé à partir du douzième entretien. L'analyse de deux entretiens supplémentaires a confirmé la saturation.

IV. La triangulation :

Afin d'optimiser la validité interne de l'étude, nous avons réalisé une triangulation des données selon la méthode de la théorisation ancrée sur trois entretiens, choisis au hasard parmi tous les entretiens réalisés. [19]

V. La réalisation des entretiens :

Tous les entretiens ont été réalisés en face à face, afin de ne pas mettre de distance entre l'intervieweur et l'interviewé, et de permettre un échange plus approfondi. La plupart

des entretiens ont été réalisés dans un bureau de consultation, au calme, sans limite de temps, permettant de mettre à l'aise la participante. Les premières questions étaient volontairement généralistes sur la personne interrogée et son mode de vie, et au fur et à mesure, elles devenaient plus personnelles, permettant à la participante de se livrer dans un climat de confiance et d'écoute, sans jugement de ma part.

B. Limites de l'étude :

I. Les biais liés au choix de la méthode :

Dans une analyse qualitative, le recueil des données se fait idéalement par un entretien libre, sans questions préalablement établies. Cependant cette méthode d'interrogatoire semblait difficile à mettre en place, du fait de mon manque d'expérience dans ce domaine, et de l'éventuelle timidité ou pudeur des participantes à l'étude, pouvant entraîner une pauvreté des entretiens.

De plus, même si la transcription des entretiens a été réalisée le plus fidèlement possible, et l'encodage réalisé en sélectionnant un maximum de données, le risque de l'étude qualitative reste la perte d'information.

II. Les biais liés à la population :

Les femmes interrogées étaient recrutées en cabinet de médecine générale, lors d'une consultation pour un autre motif. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit de femmes correctement suivies sur le plan médical, et ayant un accès facile aux soins.

Le rapport 2015 sur l'état de santé de la population en France [20] a mis en évidence que les femmes actives déclaraient avoir réalisé plus de FCU durant les trois années précédentes que les femmes inactives, de même pour celles ayant un diplôme supérieur à celui du baccalauréat, et chez les femmes ayant un revenu supérieur à 1800 euros net par mois. Il révèle également que les professions ayant le plus recours au FCU sont les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprises. Les agricultrices sont celles qui ont le taux de réalisation de FCU le plus bas.

Or, dans notre population, plus d'un tiers des participantes exerçaient un métier dans le milieu paramédical, elles étaient pour la majorité actives, et avaient pour l'essentiel un diplôme supérieur au baccalauréat. Lors de la réalisation des entretiens, je n'ai rencontré aucune femme qui travaillait dans le milieu de l'agriculture, et je n'ai donc pas pu en interroger. De part leur profession et leur statut social, les participantes à notre étude avaient certainement un meilleur suivi gynécologique que la population générale.

III. Les biais liés à l'intervieweur :

Dans une étude qualitative, l'intervieweur doit rester neutre, objectif, sans jugement. Les questions de relance doivent être ouvertes, afin de ne pas influencer les réponses de la personne interrogée, et d'obtenir un panel de réponses le plus large possible. Il était parfois difficile lors des entretiens de ne pas poser de questions fermées, et de rester impartiale, de se défaire de représentations et jugements préétablis.

C. Discussion des principaux résultats :

I. Plusieurs moments-clés, tout au long de la vie d'une femme, influencent la réalisation du dépistage du CCU :

Dès l'enfance et la préadolescence, il existe des facteurs influençant la réalisation future du dépistage du CCU. A cet âge, l'association conjointe des rôles entre la mère, le corps médical, notamment le médecin traitant, et les campagnes de prévention, encouragent un premier pas vers la prévention du CCU et son futur dépistage. L'éducation et le lien mère-fille ont été cités plusieurs fois comme étant des facteurs favorisant le dépistage du CCU. Les femmes interrogées insistaient sur l'importance de pouvoir parler librement du FCU, et qu'il devienne un sujet moins tabou, notamment en en parlant dans le cercle familial. Ces pistes d'amélioration ont également été citées dans l'étude de Gambiez-Joumard et al. [21] Les femmes interrogées, âgées entre 45 et 65 ans, sont issues d'une génération où ce thème n'était que trop peu souvent évoqué en famille ou lors des consultations médicales. Certaines pointaient justement du doigt ces faits comme limitant la réalisation du FCU, car le dépistage

n'était pas ancré dans leurs habitudes de vie, étant donné que personne, ni leur mère et ni leur médecin, ne leur avaient jamais parlé du suivi gynécologique. Certaines femmes ont rapporté que les campagnes de vaccinations contre les HPV avaient été l'occasion de discuter du suivi gynécologique avec leur propre fille. [22] [23] La vaccination des préadolescentes devrait être un moment privilégié entre la jeune fille, la mère et le médecin traitant pour commencer à parler du suivi gynécologique ultérieur, l'utilité du FCU et son rythme de réalisation, et ainsi faire en sorte que le FCU ne soit plus un sujet tabou.

A l'adolescence et à l'âge adulte, de nouveaux facteurs intervenant dans la réalisation du dépistage du CCU apparaissent. Premièrement la contraception, qui est pour beaucoup de femmes un facteur favorisant le dépistage du CCU, puisque entraînant une consultation médicale appropriée. Cette prescription est l'occasion d'un moment privilégié entre le médecin, spécialiste ou généraliste, et la patiente, afin de rappeler le rôle du FCU et les modalités de sa réalisation. [24] A cette période de la vie d'une femme, là encore, l'éducation prend toute sa place. En effet, plusieurs femmes interrogées pensaient que le taux de participation au dépistage du CCU pouvait être amélioré en mettant en place des sessions d'information dans les établissements scolaires. Effectivement, une séance d'information, en même temps que les cours de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), pourrait être mise en place dans les collèges ou les lycées, en rappelant que le CCU est lié à une IST et qu'il peut se prévenir par la vaccination et par la réalisation régulière de FCU. Plusieurs participantes insistaient sur le fait que plus l'information apparaissait tôt dans la vie d'une femme, et plus celle-ci allait être ancrée et faire partie des habitudes de vie.

Deuxièmement, le désir d'enfant est aussi cité comme facteur incitant à la réalisation du FCU. Nous ne nous attendions pas à cette donnée. En effet, cela suppose que pour les femmes interrogées, le FCU ne permet pas seulement de détecter des lésions précancéreuses, mais aussi de détecter d'autres éventuelles pathologies qui pourraient compromettre une grossesse ultérieure. Cela montre une certaine représentation de l'intégrité du corps de la femme, et en particulier du corps enfantant. Ceci met en avant une lacune dans la connaissance du FCU, son rôle et son intérêt. Ce manque d'information concernant l'utilité du frottis en lui-même, qui a été rapporté par certaines participantes, a été cité comme un frein à la réalisation du dépistage du CCU dans plusieurs études. [21] [25] [26][27] [28]

Ensuite, le manque de temps lié à la vie personnelle, familiale et professionnelle est cité comme limitant la réalisation du dépistage du CCU. Une certaine forme de négligence est évoquée, la femme se mettant alors en retrait, préférant passer du temps à s'occuper de son entourage et de sa carrière. Ces résultats obtenus dans l'étude sont en accord avec la littérature. [29] [21]

Enfin, la ménopause est un moment-clé dans la vie de la femme, en matière de prévention et de dépistage. La plupart des femmes interrogées dans notre étude estimaient que la poursuite du suivi gynécologique était essentielle même après la ménopause, notamment pour prévenir des pathologies potentiellement graves, par peur du cancer. Ceci est en accord avec l'étude de Bernard et al [30] qui retrouvait qu'une large majorité des femmes interrogées (83,8%) pensaient qu'il fallait poursuivre le dépistage du CCU après la ménopause. Cependant, cela contraste avec la réalité des taux de participation au dépistage du CCU après 50 ans, qui chute à une femme sur deux. [11] Les femmes ménopausées sont moins suivies sur le plan gynécologique, notamment parce qu'elles n'ont plus de désir d'enfant, plus besoin de contraception et pour certaines moins de rapports sexuels. [14] C'est au moment de la ménopause que les femmes sont les plus sujettes aux campagnes de prévention, notamment pour la prévention du cancer du sein, du cancer colorectal, via le dépistage organisé, mais également pour le CCU. [14] [31] [32] Les femmes interrogées déploraient cependant le manque d'information concernant le dépistage du CCU par rapport au cancer du sein notamment. Elles proposaient plus de publicités, par le biais d'affiches, de brochures et de spots télévisés.

II. Le FCU, perceptions de l'examen en lui-même :

Même si dans la littérature, le FCU est qualifié de douloureux [29] [33] [28], la plupart des femmes de notre étude l'ont plutôt qualifié de gênant et désagréable. Certaines mêmes le considéraient comme un examen intrusif, dégradant, du fait de la position gynécologique. Ces perceptions du FCU sont en accord avec d'autres études. [34] [27] Chez certaines femmes que nous avons interrogées, il s'agissait au contraire d'un examen simple, peu contraignant et rapide, en accord avec la thèse du Dr Pavaux [25] qui retrouvait que l'examen gynécologique était bien vécu par les participantes à son étude.

De façon plus surprenante, certaines dames estimaient que le FCU était un examen peu utile, car réalisé uniquement tous les trois ans, et qu'une anomalie pouvait donc apparaître lors de l'intervalle de temps entre deux FCU. Elles considéraient que ce n'était pas un examen fiable, qu'il pouvait être normal alors qu'une anomalie existait. Le FCU, qu'il soit réalisé sur lame ou en milieu liquide, est pourtant un examen performant, avec une sensibilité acceptable entre 49% et 67% et une bonne spécificité entre 62% et 77% [1] [34]. Ce problème de fiabilité et d'utilité du FCU a été retrouvé dans l'étude de Badet-Phan et al [35], où certains des

médecins interrogés confiaient ne pas être convaincus de l'intérêt du FCU après la ménopause ou en l'absence de relation sexuelle depuis plusieurs années. Cela montre une réelle carence d'informations, auprès des médecins donc et aussi des patientes, quant à la genèse même du CCU et son histoire naturelle. En effet, le CCU est une pathologie d'étiologie virale qui met en général plus de vingt-cinq ans à se développer. Tout débute par une infection par un HPV oncogène. Le pic de prévalence de cette infection intéresse les femmes âgées entre 15 et 25 ans, au début de la vie sexuelle. La persistance de cette infection va entraîner ensuite, après environ dix ans d'évolution, des lésions précancéreuses, d'abord de bas grade, puis de haut grade, accessibles au diagnostic par le FCU. Le pic de prévalence des cancers invasifs intéresse les femmes entre 40 et 50 ans. [1] [8] En revoyant l'histoire naturelle du CCU, on comprend donc aisément que même en l'absence de rapports sexuels depuis plusieurs années chez la femme ménopausée, le risque de développer un CCU est présent, et est même à son apogée compte tenu des délais entre l'infection par HPV oncogène et le développement du cancer au stade invasif. Au vu des résultats de notre étude, il paraîtrait intéressant de favoriser la formation des médecins généralistes sur le CCU et son dépistage, par le biais de formations continues notamment, pour les sensibiliser davantage à ce sujet et leur donner les clés pour mieux informer et éduquer leurs patientes. Cela permettrait ainsi d'augmenter le taux de participation au dépistage.

III. La place du médecin traitant.

Le rôle du médecin traitant, notamment dans l'information, a été cité par la majorité des patientes pour améliorer le taux de participation au dépistage du CCU. Certaines des femmes interrogées avouaient d'ailleurs réaliser leur FCU uniquement parce que leur médecin traitant le leur rappelait. Ceci est en accord avec les caractéristiques des patientes qui ne réalisent pas le dépistage du CCU, mises en évidence dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) d'octobre 2016, et notamment avec le fait que la participation au FCU diminue si la femme consulte son médecin traitant moins de trois fois par an. [3] En parallèle de notre enquête, plusieurs études montrent que les femmes aimeraient que leur médecin traitant s'implique davantage dans leur suivi gynécologique et la prévention du CCU. Elles souhaiteraient qu'il leur rappelle la date du prochain examen gynécologique et du prochain FCU, qu'il les informe sur l'utilité du FCU, sur ce qu'il dépiste exactement, son rythme de réalisation et jusqu'à quel âge il est recommandé. [25] [27] [30] Pour améliorer la pratique des médecins généralistes dans ce domaine, l'institut national du cancer a même publié un

guide pratique, qui rappelle aux médecins quelles sont les femmes qui réalisent le moins le FCU, afin de mieux les repérer, d'insister auprès d'elles et de les inciter à se faire dépister. [36] [37]

La réalisation du FCU en lui-même par le médecin traitant était moins souvent citée dans notre étude. Certaines participantes n'imaginaient pas que le médecin généraliste pouvait l'effectuer. Dans l'étude de Bernard et al [30], seules 6,8% des femmes interrogées avaient bénéficié au cours de leur vie d'un FCU par leur médecin traitant. Je n'ai pas retrouvé le taux de FCU effectués par les médecins généralistes au niveau national, comparativement aux gynécologues ou aux sages-femmes. Les femmes interrogées étaient favorables à l'augmentation du nombre de FCU réalisés par le médecin généraliste. Cette réalisation du FCU par le médecin traitant est notamment utile pour les femmes estimant ne plus avoir besoin de suivi gynécologique, car ne désirant plus d'enfant et n'ayant plus besoin de contraception. Leur seul référant médical est alors, dans ce contexte, le médecin généraliste, d'où son rôle essentiel. On retrouve cette donnée dans l'enquête baromètre cancer 2005 [29], qui montrait que le fait de ne plus aller chez le gynécologue était retrouvé pour 15% des femmes interrogées n'ayant pas réalisé de FCU depuis plus de trois ans. Bien que les médecins généralistes estiment que la réalisation du FCU fait partie de leurs compétences, notamment du fait de la mauvaise accessibilité des spécialistes [38], le manque de temps, la rémunération trop basse de l'acte, le manque de formation et les réticences des patientes limitent le nombre de médecins généralistes pratiquant le FCU. [39]

La proximité et l'accessibilité du médecin généraliste étaient également reconnues comme favorisant le dépistage du CCU par les femmes que nous avons interrogées, en accord avec l'étude de Gambiez-Joumard et al [21]. Les femmes interrogées insistaient sur le fait que les délais de rendez-vous avec un gynécologue étaient très longs, et que ceux-ci étaient considérés comme des freins au dépistage du CCU. Il faut en moyenne un délai de 68 jours pour obtenir un rendez-vous avec un gynécologue en France (hausse de 13 jours par rapport à 2012). [40] Ce nombre ne va certainement pas réduire avec le faible taux d'installation des gynécologues en libéral et le départ à la retraite de ceux déjà installés. La Picardie est une région particulièrement sous dotée, avec 64 gynécologues médicaux inscrits à l'Ordre des Médecins en 2013, avec une chute de ce taux estimée à -13% d'ici 2018. [41] Ceci renforce une nouvelle fois la place de choix du médecin généraliste dans le suivi gynécologique des patientes.

L'argument majeur avancé par les femmes interrogées concernant leur volonté d'implication de leur médecin traitant dans le dépistage du CCU était la relation de confiance qu'elles entretenaient avec celui-ci. Elles considèrent que si le médecin traitant leur conseille de faire le dépistage, et insiste auprès d'elles pour qu'elles le réalisent, elles n'ont pas à en débattre, et le font. Pour certaines, la réalisation du FCU par leur médecin traitant était même jugée comme bénéfique, par rapport à un autre acteur de santé, car il les connaît dans leur globalité, sait leurs antécédents personnels et familiaux, et aura donc une expertise jugée plus fiable. De plus, elles se sentent plus à l'aise avec leur médecin traitant. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Gambiez-Joumard et al [21].

Comme nous l'avons souvent remarqué dans les résultats de notre étude, les participantes se divisent en deux groupes. Il en est de même concernant ce qu'elles pensent de la place du médecin généraliste. En effet, certaines femmes interrogées estimaient que la réalisation du FCU par leur médecin traitant était un frein au dépistage. Elles mettaient en avant une relation trop intime, une gêne. Certaines pensaient que l'examen était moins précis que s'il était réalisé par un spécialiste. Une femme a même évoqué la peur de trop en demander aux médecins généralistes. Dans l'étude de Gambiez-Joumard et al [21], les femmes interrogées estimaient que le gynécologue était plus compétent et avait un meilleur savoir faire que le médecin généraliste pour la réalisation du FCU. Dans l'étude de Badet-Phan et al [35], les médecins généralistes interrogés justifiaient leur manque d'investissement dans le dépistage du CCU notamment par la peur de détruire cette relation de confiance instaurée entre le médecin et sa patiente.

IV. Les solutions pour l'avenir : le dépistage organisé et l'auto prélèvement vaginal.

Dans notre étude, plusieurs femmes interrogées ont parlé spontanément de la mise en place d'un dépistage organisé pour améliorer le taux de participation au dépistage du CCU. Le CCU est accessible à la prévention par le dépistage organisé car il s'agit d'un cancer à vitesse d'évolution lente, pour lequel il existe des lésions précancéreuses curables, et dont le test diagnostic et de dépistage est acceptable dans la population générale. Un dépistage régulier de toute la population cible permettrait de réduire l'incidence du CCU de 90%. [42] L'idée d'un dépistage organisé du CCU a été introduite en 1994, par l'Agence Nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) : « le dépistage ne peut réussir que s'il

est organisé ». [43]. L'Union Européenne recommande la mise en place du dépistage organisé depuis 2003, et depuis 2010 dans les recommandations HAS, en insistant pour que les médecins généralistes soient au cœur du dispositif. [8] La généralisation du dépistage pour le CCU est même le premier objectif du plan cancer 2014-2019. L'objectif est de réduire l'incidence du CCU de 30% en dix ans. L'organisation du dépistage, effectuée dans treize départements pilotes, a permis une augmentation de douze points de la participation au dépistage, atteignant une couverture globale de 62%. La mise en place du dépistage organisé est prévue pour 2018. [44] [45] [46] [47]

Cependant, malgré tous ces avantages à la mise en place du dépistage organisé, certaines femmes resteront toujours réticentes au dépistage. Dans notre étude, plusieurs femmes ont avoué que même si le dépistage était organisé, avec des lettres de relance, elles ne le réaliseraient pas pour autant, par manque d'envie, par pudeur, ou même par affirmation d'une certaine forme d'indépendance. Ceci est en accord avec l'étude de Graniou et al [48], qui relève également que certaines femmes seront toujours réservées concernant le dépistage, organisé ou non.

Il est intéressant de noter que deux femmes interrogées dans notre étude ont évoqué la possibilité de réaliser un dépistage à domicile, avant même que je ne leur en parle. Celui-ci permettrait ainsi de palier aux différents freins mis en avant : notamment la pudeur, le caractère intrusif de l'examen gynécologique, et aussi les problèmes d'emploi du temps et donc de difficultés à la prise des rendez-vous médicaux.

Des études ont été réalisées en couplant à la fois le dépistage organisé et la réalisation d'un auto-prélèvement vaginal, avec test de recherche des papillomavirus à haut risque oncogène, à domicile. L'étude APACHE 1 a permis de montrer que l'auto-prélèvement vaginal et le FCU étaient équivalents en terme d'efficacité, et a montré la supériorité du prélèvement en milieu sec par rapport au milieu liquide pour sa simplicité d'utilisation, sa facilité de transport, et son moindre coût économique. L'étude APACHE 2 a montré que dans une stratégie de dépistage organisé, la participation au dépistage du CCU était supérieure si les femmes, après l'absence de réponse neuf mois après une invitation à réaliser un FCU chez un professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme), recevaient chez elles, directement, un kit d'auto-prélèvement vaginal, comparativement à une lettre de relance afin de réaliser un FCU ou à aucune relance. Enfin, l'étude APACHE 3 a mis en évidence que l'envoi du kit d'auto-prélèvement vaginal au domicile entraînait plus de participation au dépistage qu'une invitation à aller chercher ce kit chez son médecin traitant. [49] [50] [51]

Dans notre étude, à la question « que pensez-vous d'un prélèvement que l'ont pourrait faire soi-même à domicile ? », les réponses étaient différentes selon les habitudes de suivi des femmes. L'auto-prélèvement vaginal était considéré comme un bon moyen de prévention

chez les femmes qui ne se faisaient pas suivre correctement, en avançant comme points positifs l'absence de prise de rendez vous et l'absence d'examen médical. Pour les femmes qui étaient régulièrement suivies en revanche, l'auto-prélèvement vaginal était mal vu, elles avaient peur d'un manque de fiabilité, et déploraient le manque de relationnel avec le corps médical en utilisant cette nouvelle méthode. Ceci conforte le fait que l'auto-prélèvement vaginal permet d'augmenter la participation au dépistage notamment chez les femmes non dépistées.

Conclusion :

Notre étude avait pour but de mettre en évidence les facteurs intervenant dans le dépistage du CCU, chez des femmes picardes de 45 à 65 ans.

L'habitude du suivi gynécologique, la simplicité de l'examen gynécologique en lui-même, la prévention, la peur du cancer et le désir d'enfant ont été cités comme facteurs favorisant la réalisation du dépistage du CCU. Ces facteurs positifs étaient confortés par l'implication du corps médical, par l'éducation notamment par le lien mère-fille, et par les campagnes de prévention.

A l'opposé, le caractère gênant et intrusif de l'examen, le manque de temps lié à la vie personnelle et professionnelle des femmes, la peur du résultat et le fait d'être ménopausée étaient des arguments cités par les participantes de notre étude qui limitent la réalisation du FCU. Ces freins étaient sous tendus par un défaut d'information sur le FCU et son rôle.

Les femmes interrogées souhaitaient être davantage informées, notamment par le corps médical et, en premier lieu, par leur médecin traitant, par les médias, et par des campagnes d'information dans les établissements scolaires, afin que le FCU soit un sujet moins tabou. Elles étaient pour la plupart demandeuses d'un dépistage organisé. L'auto-prélèvement vaginal était sollicité notamment par les femmes n'ayant pas ou plus de suivi gynécologique.

Au regard de ces résultats, nous pouvons, en tant que médecins généralistes, être plus attentifs à nos patientes et leur suivi gynécologique, savoir les rassurer quant à l'examen, leur expliquer la genèse du CCU et à quoi sert le FCU. La mise en place future d'un dépistage organisé à l'échelle nationale permettra d'augmenter le taux de dépistage du CCU. Cependant, certaines femmes resteront réticentes à réaliser le FCU. Il est donc de notre devoir, en tant qu'interlocuteur privilégié, notamment pour les femmes ménopausées, de leur rappeler la date du prochain FCU, mais aussi peut-être de leur proposer plus facilement de le réaliser nous-même.

Bibliographie :

- [1] « HAS - Haute autorité de santé (en ligne). Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Juin 2013. Disponible sur <http://www.has-santé.fr> ». .
- [2] « HAS - Haute Autorité de Santé (en ligne). Guide - Affection longue durée. Cancer invasif du col utérin. Janvier 2010. Disponible sur <http://www.has-sante.fr> ». .
- [3] « Barré S., Massetti M., Leleu H., Catajar N., DeBels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. BEH 2-3. Janvier 2017. » .
- [4] Duport N, Heard I, Barré S., Woronoff A-S., « Le cancer du col de l'utérus: état des connaissances en 2014. BEH 13-14-15. », mai-2014. [En ligne]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html.
- [5] « Grâce au frottis de dépistage, le cancer du col de l'utérus peut être évité dans 9 cas sur 10 - Dossiers et communiqués de presse | Institut National Du Cancer », janv-2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Grace-au-frottis-de-dépistage-le-cancer-du-col-de-l-uterus-peut-etre-evite-dans-9-cas-sur-10>.
- [6] « Les cancers en France. Institut National du Cancer. 2013. Disponible sur <http://www3.ligue-cancer.net/docs/fichiers/LescancersenFranceedition.pdf> ». .
- [7] « Chemilal K., Heard I. Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Document dédié aux professionnels de santé. Avril 2014. Disponible sur www.inpes.sante.fr ». .
- [8] « HAS - Haute Autorité de Santé (en ligne). Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf ». .
- [9] « Ministère des affaires sociales et de la santé (en ligne). Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016. Mars 2016. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf ». .
- [10] « Dépistage et prévention de cancer du col de l'utérus - Le rôle du médecin généraliste - Ref: OUTUTMT16 | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-et-prevention-de-cancer-du-col-de-l-uterus-Le-role-du-medecin-generaliste>.
- [11] « Deuxième rapport au président de la République - Février 2016 - Ref: RAPP16 | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: [55](http://www.e-cancer.fr/Expertises-</p></div><div data-bbox=)

- et-publications/Catalogue-des-publications/Deuxieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Fevrier-2016.
- [12] Letrillard L, Boutgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M., « Exercer, La Revue Francophone de Médecine Générale, n°87 - Pages 74 à 79 », 2009. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>.
- [13] Letrillard L, Boutgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M., « Exercer, La revue francophone de médecine générale. n°88, page 106-12. », 2009. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/88/page/106/>.
- [14] « Dépistage du cancer du col de l'utérus : Après 45 ans, le frottis ce n'est surtout pas fini - Dossiers et communiqués de presse | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Apres-45-ans-le-frottis-ce-n-est-surtout-pas-fini>.
- [15] « Institut régional du cancer (en ligne). Montpellier. Communiqué de presse. Janvier 2016. Disponible sur http://www.icm.unicancer.fr/sites/default/files/cp_prevention_cancer_uterus_vf.pdf ». .
- [16] « Spot RADIO « APRÈS 45 ANS, LE FROTTIS C'EST SURTOUT PAS FINI » janvier 2017 - Audio Multimedia | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Media/Multimedia/Audio/Spot-RADIO-APRES-45-ANS-LE-FROTTIS-C-EST-SURTOUT-PAS-FINI-janvier-2017>.
- [17] A. Blanchet et A. Gotman, *L'entretien: L'enquête et ses méthodes*, 2e édition. Armand Colin, 2010.
- [18] « Demoncey A. La recherche qualitative: introduction à la méthodologie de l'entretien. Kinesither Rev 2016; 16(180):32-37. » .
- [19] « Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine (en ligne). 2009. Disponible sur <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf> ». .
- [20] « Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (en ligne) L'état de santé de la population en France. 2015. Disponible sur http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf ». .
- [21] « Gambiez-Joumard A., Valée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-urétin. Revue Exercer 2011;98:122-8. » .
- [22] « La ligue contre le cancer (en ligne). Campagne régionale de prévention contre le cancer du col de l'utérus. 2015. Disponible sur https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/flyer_hpv_2015.pdf ». .
- [23] « Vaccination anti-HPV et cancer du col de l'utérus - Infections | Institut National Du

Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus>.

[24] « HAS - Haute Autorité de Santé (en ligne). Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. Juillet 2013, mise à jour janvier 2015. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf ». .

[25] J. Pavau, « Evaluation de la perception et des représentations des femmes âgées de 20 à 65 ans concernant le frottis cervico-utérin dans un cabinet de médecine générale à Vitry Le François », Thèse d'exercice, Université de Reims Champagne-Ardenne, France, 2014.

[26] S. Garson et G. Malatrasi, *Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus*. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis, 2014.

[27] H. Lecornu et D. Camilleri, *La prévention du cancer du col de l'utérus vue par les femmes: motivations et freins vis-à-vis de la vaccination anti papillomavirus et du dépistage par frottis cervico-utérin, perspectives d'amélioration*. Lieu de publication inconnu, France, 2016.

[28] L. Leroy, « Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste: par Lucie Leroy », Thèse d'exercice, UPEC. Faculté de médecine, France, 2014.

[29] « N. Duport, A. Gautier, P. Guilbert. Institut de veille sanitaire (en ligne). Enquête baromètre cancer 2005: quelles femmes font actuellement le dépistage du cancer du col de l'utérus? Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2006/jvs_2006/41_POSTER%20BAROMETRE%20CANCER_VBAT3.pdf ». .

[30] E. Bernard, O. Saint-Lary, L. Haboubi, et J. L. Breton, « Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes », *Santé Publique*, vol. 25, n° 3, p. 255-262, août 2013.

[31] « Semaine de prévention du cancer du col de l'utérus ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.somme.fr/enfance-famille-actualites/semaine-prevention-du-cancer-du-col-uterus?refresh>.

[32] « Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Acces-thematique/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>.

[33] « Rocher J. "Représentations et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col de l'utérus." Thèse d'exercice. 2014. » .

- [34] B. Blanc, *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Springer Science & Business Media, 2006; p. 117-128. .
- [35] « Badet-Phan A., Moreau A., Colin C., Canoui-Poitrine F., Schott-Pethelez A-M., Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par des médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Pratiques et organisation des soins*. 2012; 43: 261-268. » .
- [36] « Le frottis de dépistage : informer et orienter vos patientes - Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Informer-et-orienter-vos-patientes>.
- [37] « Dépistage et prévention de cancer du col de l'utérus - Le rôle du médecin généraliste - Ref: OUTUTMT16 | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-et-prevention-de-cancer-du-col-de-l-uterus-Le-role-du-medecin-generaliste>. [Consulté le: 17-avr-2017].
- [38] « Institut National du Cancer (en ligne). 2010. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/content/download/95857/1020700/file/ENQBAROMG11.pdf> » .
- [39] « G. Gauwin, Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine. 2012. » .
- [40] M.-C. Renault, « Médecins : le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous région par région », *Le Figaro*, 23-mars-2017.
- [41] « Ordre national des médecins (en ligne). La démographie médicale en région Picardie. 2013. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf » .
- [42] « Fignon S., Flori M., Le Gaziou M-F. Frottis cervico-vaginal: docteur, vous faites le frottis? *La revue du praticien médecine générale*. 2004; 18: 646-647. » .
- [43] B. Blanc, *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*, vol. p. 69-80. Springer Science & Business Media, 2006.
- [44] « Troisième rapport au président de la République - Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Troisieme-rapport-au-president-de-la-Republique>.
- [45] « Synthèse - Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / étude médico-économique / Phase 1 - Ref: APDEPCCUSYN16 | Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des->

publications/Synthese-Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1.

[46] « Bourdillon F., Ifrah N. Dépistage du cancer du col de l'utérus: des évaluations pour mieux l'organiser. BEH 2-3. 2017. » .

[47] « Beltzer N., Hamer F., Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. BEH 2-3. 2017. » [En ligne]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html.

[48] « Graniou D. Le point de vue des femmes sur la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus. Etude qualitative auprès de femmes de Haute-Normandie. Thèse pour le doctorat en médecine. 2013. » .

[49] H. Breton, « Education, Ethique, Santé - Recherche Apache 3 ». [En ligne]. Disponible sur: <http://education-ethique-sante.univ-tours.fr/les-recherches/recherche-apache-3-548161.kjsp>.

[50] C. BOYARD Julie, « Étude APACHE-3 », *Dépistages des Cancers en Région Centre*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.depistage-cancer.fr/centre/depistagecancer-du-col-de-luterus37/auto-preleve-vaginal/etude-apache-3>.

[51] « Haguenoer K., Boyard J., Sengchanh S., Gaudy-Graffin C., Fontenay R., Marret H et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. BEH 2-3. 2017. » .

Annexes:

Annexe 1: le script d'entretien.

Bonjour Madame. Je suis ravie que vous ayez accepté mon invitation pour réaliser cet entretien. Je suis une interne de médecine générale et pour mon travail de thèse, j'ai choisi d'aborder le sujet du cancer du col de l'utérus et son dépistage en médecine générale. Pour cela, je vais interroger plusieurs femmes de 45 à 65 ans, comme vous, qui sont toutes d'accord pour participer à cette étude. Notre entretien sera enregistré et il restera bien sûr anonyme. Les questions que je vais vous poser seront volontairement assez ouvertes, et vous pourrez y répondre sans crainte ni peur, il n'y a pas de « mauvaise réponse ». Le but de cet entretien est justement d'obtenir un panel de réponses le plus étendu possible.

1) Pouvez-vous vous présenter ?

Questions de relance :

- a. Quel âge avez-vous ?
- b. Quelle est votre profession ?
- c. Quel est votre mode de vie ?
- d. Avez-vous des antécédents gynécologiques ?

2) Parlez moi de votre suivi gynécologique.

Questions de relance :

- a. Qui l'effectue ?
- b. Que pouvez-vous me dire concernant la date de votre dernier examen gynécologique et de votre dernier frottis cervico-utérin?
- c. Que pensez vous de l'intérêt de poursuivre un suivi gynécologique après la ménopause ?

3) Qu'est ce qui vous motive à réaliser votre frottis ?

4) En pratique, qu'est ce qui limite la réalisation de votre frottis ?

Questions de relance :

- a. par rapport à votre vie personnelle ?

- b. Par rapport à l'acte en lui-même, pouvez-vous me dire quelles sont vos réticences ?
- c. Par rapport à la personne qui réalise cet acte, pouvez-vous me dire quelles sont vos réticences ?

5) Pouvez-vous me dire comment vous avez été informée sur le CCU et son dépistage ?

Questions de relance :

- a. Qui vous a donné ces informations ?
- b. Dans quel contexte avez vous été informée ?

6) Selon vous, qu'est ce qui pourrait améliorer le taux de participation des femmes au dépistage du CCU?

Questions de relance :

- a. Quels sont (ou seraient en fonction de la réponse à la question 2.a.) les avantages à la réalisation de votre frottis par votre médecin généraliste ?
- b. Que pensez vous d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus avec lettres de relance ?
- c. On expérimente aujourd'hui une méthode indolore et techniquement simple qui consiste à ce que la femme fasse elle-même, à son domicile, un prélèvement vaginal. Qu'en pensez vous en ce qui vous concerne ?

Annexe 2 : CD contenant les entretiens.

Résumé :

INTRODUCTION Le cancer du col de l'utérus (CCU) est accessible au dépistage individuel par le frottis cervico-utérin (FCU), recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans. Une femme sur deux de plus de 50 ans ne réalise par le FCU. L'objectif principal était de mettre en évidence les facteurs intervenant dans le dépistage du CCU chez des femmes de 45 à 65 ans.

MATERIEL Une étude qualitative a été réalisée auprès de picardes. Les résultats ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée.

RESULTATS Quatorze femmes ont été interrogées. Les motivations étaient l'habitude du suivi, la simplicité du FCU, la prévention et la peur du cancer, le désir d'enfant. L'information reçue de leur médecin et les campagnes de prévention favorisaient aussi la réalisation du FCU. Les freins étaient le caractère intrusif, le manque de temps, la bonne santé, le FCU jugé peu utile, la peur du résultat, la ménopause, le défaut d'information. Les pistes d'amélioration étaient de favoriser l'information, via les médecins généralistes, la relation mère-fille et dans les établissements scolaires pour banaliser le FCU. Le dépistage organisé était plébiscité, et l'auto-prélèvement vaginal plaisait aux femmes non suivies.

DISCUSSION Les facteurs intervenant dans le dépistage du CCU se manifestent tout au long de la vie d'une femme. Le médecin traitant peut informer les femmes sur l'utilité du FCU et inciter sa réalisation. Le dépistage organisé et l'auto-prélèvement vaginal sont des solutions pour l'avenir.

CONCLUSION La connaissance des motivations et des freins à réaliser le FCU peut permettre aux médecins généralistes de mieux informer les patientes et de favoriser le dépistage du CCU.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, prévention, dépistage, frottis cervico-utérin, facteurs intervenants, information médicale, étude qualitative.

En langage d'indexation rameau :

- Col de l'utérus – Cancer – Prévention
- Col de l'utérus – Cancer – Dépistage
- Frottis vaginal
- Communication en médecine
- Connaissances, attitudes et pratiques en santé
- Femmes – France – Picardie – Enquête

The factors involved in the detection of cervical cancer for women from Picardy aged from 45 to 65 years old.

INTRODUCTION Cervical cancer (CC) is available for individual screening by Pap smear (PS) recommended for women aged from 25 to 65 years. One over two women older than 50 years old does not realize the PS. The main objective was to highlight the factors involved in CC screening for women aged from 45 to 65. **METHOD** A qualitative study was realized through semi directive interviews with women from Picardy. The interviews were analyzed according to the grounded theory method. **RESULTS** Fourteen women were interviewed. Motivations were the aftercare habit, simplicity of the PS, prevention and fear of cancer, childhood desire, information given by doctors and prevention campaigns. The brakes were the intrusive character of the PS, lack of time, good health, PS not very useful, fear of the result, menopause, lack of information. The areas of improvement were to promote information, through general practitioners, the mother-daughter relationship and in schools to trivialize the PS. Organized and massive screening was highly praised, and vaginal self-sampling appealed to unmonitored women. **TALK** The factors involved in CC screening manifest themselves throughout the woman's life. The general practitioners can inform women about the usefulness of the PS and encourage its realization. Organized screening and vaginal self-sampling are solutions for the future. **CONCLUSION** Knowledge of motivations and barriers to realize the PS can allow general practitioners to better inform patients and promote screening for CC.

Key words: Cervical cancer, prevention, screening, Pap smear, factors involved, medical information, qualitative study.

Les facteurs intervenant dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez des femmes picardes de 45 à 65 ans.

INTRODUCTION Le cancer du col de l'utérus (CCU) est accessible au dépistage individuel par le frottis cervico-utérin (FCU), recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans. Une femme sur deux de plus de 50 ans ne réalise par le FCU. L'objectif principal était de mettre en évidence les facteurs intervenant dans le dépistage du CCU chez des femmes de 45 à 65 ans. **MATERIEL** Une étude qualitative a été réalisée auprès de picardes. Les résultats ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée. **RESULTATS** Quatorze femmes ont été interrogées. Les motivations étaient l'habitude du suivi, la simplicité du FCU, la prévention et la peur du cancer, le désir d'enfant. L'information reçue de leur médecin et les campagnes de prévention favorisaient aussi la réalisation du FCU. Les freins étaient le caractère intrusif, le manque de temps, la bonne santé, le FCU jugé peu utile, la peur du résultat, la ménopause, le défaut d'information. Les pistes d'amélioration étaient de favoriser l'information, via les médecins généralistes, la relation mère-fille et dans les établissements scolaires pour banaliser le FCU. Le dépistage organisé était plébiscité, et l'auto-prélèvement vaginal plaisait aux femmes non suivies. **DISCUSSION** Les facteurs intervenant dans le dépistage du CCU se manifestent tout au long de la vie d'une femme. Le médecin traitant peut informer les femmes sur l'utilité du FCU et inciter sa réalisation. Le dépistage organisé et l'auto-prélèvement vaginal sont des solutions pour l'avenir. **CONCLUSION** La connaissance des motivations et des freins à réaliser le FCU peut permettre aux médecins généralistes de mieux informer les patientes et de favoriser le dépistage du CCU.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, prévention, dépistage, frottis cervico-utérin, facteurs intervenants, information médicale, étude qualitative.

The factors involved in the detection of cervical cancer for women from Picardy aged from 45 to 65 years old.

INTRODUCTION Cervical cancer (CC) is available for individual screening by Pap smear (PS) recommended for women aged from 25 to 65 years. One over two women older than 50 years old does not realize the PS. The main objective was to highlight the factors involved in CC screening for women aged from 45 to 65. **METHOD** A qualitative study was realized through semi directive interviews with women from Picardy. The interviews were analyzed according to the grounded theory method. **RESULTS** Fourteen women were interviewed. Motivations were the aftercare habit, simplicity of the PS, prevention and fear of cancer, childhood desire, information given by doctors and prevention campaigns. The brakes were the intrusive character of the PS, lack of time, good health, PS not very useful, fear of the result, menopause, lack of information. The areas of improvement were to promote information, through general practitioners, the mother-daughter relationship and in schools to trivialize the PS. Organized and massive screening was highly praised, and vaginal self-sampling appealed to unmonitored women. **TALK** The factors involved in CC screening manifest themselves throughout the woman's life. The general practitioners can inform women about the usefulness of the PS and encourage its realization. Organized screening and vaginal self-sampling are solutions for the future. **CONCLUSION** Knowledge of motivations and barriers to realize the PS can allow general practitioners to better inform patients and promote screening for CC.

Key words: Cervical cancer, prevention, screening, Pap smear, factors involved, medical information, qualitative study.