



HAL
open science

Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural : freins, motivations et motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi

Noëlle Spilthooren

► To cite this version:

Noëlle Spilthooren. Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural : freins, motivations et motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01962752

HAL Id: dumas-01962752

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962752>

Submitted on 20 Dec 2018

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

N°195

ANNEE 2018

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Noëlle SPILTHOOREN

Née le 01/03/1989 à Montmorillon(86)

Le 11 décembre 2018

**Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural :
Freins, motivations et motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi.**

Directeur de thèse :

M. le Docteur Jean-François GUILLE

Jury :

M. le Professeur Jean-Philippe JOSEPH (Président du Jury)
Mme le Docteur Sylvie DUHAMEL (Rapporteur et membre du Jury)
M. le Professeur associé Philippe CASTERA (Membre du Jury)
Mme le Docteur Corine MISSMAHL (Membre du Jury)

REMERCIEMENTS

A notre président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Médecin Spécialiste en Médecine Générale
Directeur du Département de Médecine Générale
Professeur universitaire
Université de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Médecin Spécialiste en Médecine Générale
Professeur associé au Département de Médecine Générale
Université de Bordeaux
Membre du Jury

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL
Médecin Spécialiste en Médecine Générale
Maître de Conférences associée au Département de Médecine Générale
Université de Bordeaux
Rapporteur et membre du jury

Pour l'honneur que vous me faites de vous être intéressée à mon travail et d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse.
Soyez assurée de ma grande considération et gratitude.

Madame le Docteur Corine MISSMAHL
Médecin Spécialiste en Médecine Générale
Médecin au CHU Pellegrin, service de gynécologie-obstétrique
Membre du Jury

Vous m'avez fait découvrir une autre approche de la gynécologie : vous m'avez inspirée pour ma future pratique. Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury.
Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon respect.

Monsieur le Docteur Jean-François GUILLE
Médecin Spécialiste en Médecine Générale
Directeur de thèse

Merci pour tes enseignements lors de mon passage à Gabarret. Je te suis très reconnaissante de m'avoir aidée et encadrée pour que ce projet voie le jour. C'est grâce à toi que j'ai eu la chance d'accomplir cette thèse. Merci encore pour ton soutien et ta bienveillance.

À ma famille, à qui je témoigne tout mon amour.

À mes parents pour leur soutien, leur patience et leur amour pendant toutes ces années.
Merci de m'avoir donné le goût de la médecine et d'avoir cru en moi depuis le début. C'est grâce à vous que j'ai eu la chance de pouvoir faire tout ça !

À ma sœur et à mon frère, qui ont toujours été présents.
Emma depuis petite tu as été mon exemple, je voulais faire comme toi. J'ai eu un bon professeur. Rappelle toi, c'est toi qui m'a donné mon premier cours d'anatomie en P1 sur l'articulation sternocostale !
A Vincent, toujours partant pour faire des tours de vélo ou des ballades. Toujours motivé, toujours zen, tu es le meilleur de nous tous !

À mes grand-mères, piliers familiaux, si importantes à mes yeux.

À ma belle famille Sylvie, Yannick et Audrey qui m'ont accueilli avec bienveillance. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous !

À tous ceux qui m'ont aidé pour ce travail. Merci à Zaloo pour le codage. Maman, Sylvie et Emma encore merci pour vos relectures. Mathieu merci pour la mise en page.

À mes amis ;

Margaux et Camille avec qui j'ai partagé toutes ces années de médecine.
Mes co-internes devenues amies Hélène et Marion.
Mes amis de longue date Mélina, Kévin.
Amis surfeurs Aurélie, Nico, Gilles... et tous les autres ...

Aux médecins qui m'ont formée et qui m'ont appris tant de choses pendant mes études.

Merci au Dr Tisé, le premier à m'avoir fait découvrir la médecine générale. Je garderai en mémoire votre exemple pour ma pratique.
Merci à Cathie, Cynthia et Sybille pour m'avoir formé entre autre, à la pratique de la gynécologie. Ces enseignements ont été très enrichissants.
Merci aux médecins de Gabarret, Jean-François et Virginie pour avoir eu confiance en moi lors de mon stage d'autonomie. J'ai beaucoup apprécié la qualité de nos discussions.
Merci à Laure et Virginie d'avoir de s'être prêtée au jeu de ma thèse et merci à Jean-François pour m'avoir encadré dans ce projet.
Merci à Thierry de nous rappeler qu'il faut garder l'esprit critique en toutes circonstances.
Merci au Dr Mariage, aux cardiologues de Langon, Philippe et Frédéric, à Pauline...

À mon mari, Mathieu sans qui rien ne serait possible.
Tu as toujours été présent et nous formons une équipe depuis de nombreuses années déjà.
Nous avons réussi à nous aider l'un l'autre pour avancer dans nos projets respectifs.
Tu as toujours été ma priorité. Les moments passés avec toi sont hors du temps et si précieux !
Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés !

ABREVIATIONS

ADN	Acide désoxyribonucléique
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ASC-US	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée)
ARN	Acide ribonucléique
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
BNDS	Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'éthique médicale
CISMeF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CIN	Cervical intraepithelial neoplasia (Néoplasies intra-épithéliales)
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
DES	Diplôme d'études spécialisées
DU	Diplôme Universitaire
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPV	Human Papilloma Virus
Inca	Institut National du Cancer
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
Int	Interview
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PubMed	US National Library of Medicine National Institutes of Health
ROSP	Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique
SUDOC	Système Universitaire de Documentation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	8
CONTEXTE ET ENJEUX DU SUJET	10
I. Le cancer du col de l’utérus : histoire naturelle et moyens de lutte.....	11
II. Problématique.....	15
III. Notre étude : intérêt et justification	17
MATERIEL ET METHODE.....	20
I. Question de recherche et objectifs	21
II. Description de l’étude	22
RESULTATS.....	25
I. Le déroulement de l’étude.....	26
II. Résultats partie quantitative	27
III. Résultats des entretiens.....	32
DISCUSSION	73
I. Forces et limites de l’étude	74
II. La grille d’entretien	76
III. Déroulement des entretiens	77
IV. Le travail d’analyse.....	77
V. Discussion des principaux résultats.....	78
CONCLUSION	89
VI. Conclusion et perspectives de l’étude	90
REFERENCES	92
ANNEXES.....	98
I. Annexe 1 : Lettre d’information	99
II. Annexe 2 : Questionnaire patientes : Guide d’entretien initial	101
III. Annexe 3 : Questionnaire patientes : Guide d’entretien modifié.....	103
IV. Annexe 4 : La pancarte : L’affiche en salle d’attente	105
V. Annexe 5 : Les flyers : Dépliant d’information de l’institut national du cancer sur le dépistage du cancer du col de l’utérus	106
TABLE DES MATIÈRES	107

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Liste des figures

<i>Figure 1 : Diagramme des flux</i>	26
<i>Figure 2 : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge</i>	27
<i>Figure 3 : Situation familiale des patientes</i>	28
<i>Figure 4 : Découverte et acceptation du frottis par les patientes</i>	52

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : La durée des entretiens</i>	27
<i>Tableau 2 : Récapitulatif des caractéristiques des patientes</i>	28
<i>Tableau 3 : Distance du lieu de vie des patientes par rapport à la maison médicale et à Mont-de-Marsan</i>	29
<i>Tableau 4 : Historique du suivi gynécologique des patientes</i>	30
<i>Tableau 5 : Les intervenants dans le suivi gynécologique des patientes</i>	31

INTRODUCTION

Lors de mon cursus d'internat de médecine générale, j'ai eu la chance de bénéficier d'une formation spécifique en gynécologie et de pouvoir apprendre des gestes simples tels que la réalisation du frottis, la palpation mammaire, la pose et le retrait d'un dispositif intra-utérin.

Je me suis particulièrement intéressée au dépistage du cancer du col de l'utérus qui est un enjeu de santé publique, et facilement réalisable en cabinet médical.

J'ai effectué mon dernier stage d'internat au sein d'une maison médicale dans une commune des Landes nommée Gabarret. J'ai constaté, du fait de la localisation, que les patientes avaient des difficultés d'accès aux consultations chez le gynécologue. Cette zone est définie par l'INSEE comme rurale et se trouve très isolée de l'hôpital et des cabinets de gynécologie (1).

Du fait du manque de gynécologue dans le secteur, je m'attendais à une sollicitation importante de la part des patientes pour des examens gynécologiques mais, à ma grande surprise, j'ai fait le constat que peu de femmes en étaient demandeuses. Je n'ai d'ailleurs réalisé aucun frottis lors de ce semestre.

Pourtant les médecins généralistes de la maison médicale de Gabarret se sont investis dans le dépistage : une pancarte dans la salle d'attente stipule qu'ils réalisent les frottis, et des flyers visant à promouvoir le dépistage sont en libre accès.

Cette réflexion m'a amenée à m'interroger sur les attentes des patientes en termes de suivi gynécologique. J'ai eu envie de redonner la parole aux femmes pour essayer de mieux comprendre leurs ressentis. Quelles sont les freins et les avantages pour elles à venir réaliser leur suivi au sein du cabinet de médecine générale ?

Avec mon directeur de thèse, nous avons décidé d'étudier un groupe de femmes qui consultaient au sein de la maison médicale pour la réalisation de leurs frottis pour savoir ce qui les a poussées à accepter ce suivi. Y a-t-il eu un élément déclencheur ? Ces femmes avaient-elles des attentes spécifiques ? Quel a été l'impact de la promotion du dépistage au sein de la maison médicale dans leur prise de décision ?

**CONTEXTE ET ENJEUX DU
SUJET**

I. Le cancer du col de l'utérus : histoire naturelle et moyens de lutte

1. Épidémiologie

A l'échelle mondiale, 528 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 266 000 décès ont été estimés en 2012. Les taux d'incidence les plus importants sont retrouvés en Afrique et en Mélanésie et les plus faibles en Nouvelle Zélande, Australie et Asie Occidentale.

Au sein de l'Union Européenne, 33 000 nouveaux cas et 13 000 décès liés à ce cancer ont été estimés en 2012.

La France quant à elle, est classée au 9^{ème} rang du plus faible taux d'incidence à l'échelle européenne. En 2015, le cancer du col de l'utérus y représente la 11^{ème} cause de cancer (incidence estimée de 5.96 pour 100 000 femmes soit environ 3 000 nouveaux cas par an) et la 10^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme (environ 1 100 décès par an) (2).

Le taux de décès est estimé à 1,7 pour 100 000 femmes avec un taux de survie à 5 ans estimé à 63 % et de 59 % à 10 ans (3).

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de la femme jeune : la plupart sont diagnostiqués entre 24 et 64 ans et plus de la moitié des décès se produit dans cette classe d'âge.

Par contre, la survie à 5 ans est la plus élevée pour les femmes âgées de moins de 45 ans au diagnostic : en effet, on estime une survie à 5 ans à 85 % pour ces dernières contre 29 % pour celles diagnostiquées à 75 ans ou plus (4).

Le taux de mortalité a fortement diminué depuis 1980 (-3,2 % par an en moyenne), avec toutefois un ralentissement de cette diminution depuis le début des années 2000. Elle n'était plus que de -1,3 % par an entre 2000 et 2012 (5).

En effet en France, la survie à 5 ans tend à diminuer ces dernières années, passant de 68 % pour les femmes diagnostiquées en 1989-1993 à 63 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010.

L'hypothèse évoquée pour expliquer ce phénomène est paradoxalement liée au développement du dépistage et au traitement des lésions précancéreuses. En effet grâce au dépistage, il y a moins de cancers diagnostiqués au stade invasif ; les cancers invasifs restants sont alors principalement des cancers de mauvais pronostic, particulièrement agressifs, apparus entre deux dépistages ou des cancers avancés diagnostiqués chez des femmes non dépistées (4).

2. Physiopathologie du cancer du col de l'utérus

Dans 80 à 90 % des cas, le cancer du col de l'utérus est un carcinome épidermoïde, développé au dépend des cellules malpighiennes de l'exocol. Dans les 20 % des cas restants, il s'agit d'un adénocarcinome qui lui se développe au dépend des cellules cylindriques de l'endocol (4).

Le cancer du col de l'utérus est attribué dans presque 100 % des cas à une infection par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV), infection sexuellement transmissible.

A ce jour, on dénombre une vingtaine de virus HPV pouvant être responsables de cancer du col de l'utérus. Les HPV 16 et 18 sont les plus agressifs et sont responsables de près de 70 % des cancers du col de l'utérus (5,6).

L'infection par le HPV survient le plus souvent avant 30 ans, mais dans la plupart des cas, la guérison est spontanée et le virus disparaît de lui-même en 1 à 2 ans, sans provoquer de lésion.

C'est la persistance de ce virus au sein de l'épithélium du col de l'utérus qui conduit à l'apparition de lésions cervicales précancéreuses appelées néoplasies intra épithéliales (CIN).

Trois grades existent (CIN 1, 2 et 3) et sont définis selon le degré de désorganisation de l'épithélium.

Ces mêmes lésions peuvent régresser ou évoluer vers un cancer in situ ou vers un cancer invasif lorsqu'il franchit la membrane basale pour infiltrer le chorion (4,7).

En général, le stade de CIN 1 n'est atteint qu'après un délai de 5 ans ou plus après le début de l'infection par un papillomavirus au sein de l'épithélium et celui de cancer invasif qu'après un délai de 20 ans (8).

La pérennisation de l'infection par le papillomavirus est le facteur de risque principal et nécessaire à l'existence du cancer du col de l'utérus. Cependant, il semblerait que cela ne soit pas un facteur de risque suffisant à lui seul, car de nombreuses femmes sont contaminées par de tels virus et toutes ne développent pas un cancer du col.

Il existerait des cofacteurs qui agiraient en même temps que l'infection à papillomavirus dans le développement de cellules cancéreuses.

Ces cofacteurs sont liés au type d'infection à papillomavirus : infection par un virus oncogène de génotype 16 et 18, infection simultanée par plusieurs virus oncogènes, forte charge virale.

Il existe également des facteurs propres à la patiente contaminée : parité élevée, immunodéficience, multiplicité des partenaires et précocité de l'activité sexuelle, tabagisme, utilisation prolongée de contraceptifs oraux, co-infection avec VIH ou d'autres MST (HSV2, chlamydia trachomatis, neisseria gonorrhoeae) (4, 9,10).

3. La prévention primaire

a) Vaccination contre le HPV

La prévention primaire du cancer du col de l'utérus passe par la vaccination précoce des jeunes filles contre certaines souches de papillomavirus, si possible avant le début d'une activité sexuelle.

En France, la vaccination concerne les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à l'âge de 19 ans révolus.

Trois vaccins ont obtenu l'AMM en France :

- Le Cervarix®, vaccin bivalent ciblant les infections à HPV de génotypes 16 et 18 ;
- Le Gardasil®, vaccin quadrivalent dirigé contre les HPV de génotypes 6, 11, 16 et 18 ;
- Le Gardasil 9®, nouveau vaccin, qui a obtenu le 10 juin 2015 l'autorisation européenne de mise sur le marché (11). Ce dernier contient cinq génotypes d'HPV à haut risque additionnels par rapport au vaccin Gardasil® (31, 33, 45, 52 et 58).

Le schéma vaccinal dépend du vaccin utilisé :

- Pour le Gardasil®, 2 doses sont nécessaires chez les jeunes filles entre 11 et 13 ans révolus et 3 doses si la vaccination est débutée entre 14 et 19 ans (12).
- Pour les Gardasil 9® et Cervarix®, 2 doses sont nécessaires entre 11 et 14 ans révolus et 3 doses entre 15 et 19 ans révolus (13).

Malgré l'existence de ces vaccins, la couverture vaccinale contre l'HPV est cependant très faible en France avec un taux de couverture inférieur à 30 % (10). Fin 2015, la couverture nationale était estimée à 20 % pour une dose à 15 ans (chez les jeunes filles nées en 2000) et de 14 % pour 3 doses à

16 ans (chez les jeunes filles nées en 1999).(14) Cette proportion est en baisse depuis 2011 et est dans les plus basses des pays de l'union européenne (15).

Devant cette faible couverture vaccinale, l'objectif du plan cancer 2014-2019 est d'obtenir une augmentation de la couverture pour atteindre 60 %.

b) Le préservatif

La prévention primaire passe par des rapports sexuels protégés par l'utilisation régulière du préservatif. Celui-ci semble offrir une protection contre les infections au HPV, et les néoplasies cervicales associées (16,17). Les données actuelles disponibles diffèrent trop pour fournir des estimations précises. (18) Néanmoins cette protection n'est pas totale et les études récentes ne lui reconnaissent qu'une prévention très partielle.

En effet, le préservatif ne s'avère pas aussi efficace contre l'HPV qu'il ne l'est contre le VIH car ces virus peuvent se transmettre via les parties cutanées autour des zones génitales et les caresses intimes sont un mode de contamination classique (10,19).

4. La prévention secondaire

a) Le frottis

La prévention repose sur la vaccination contre le HPV des jeunes filles permettant d'éviter les infections à HPV pathogène, ainsi que sur le dépistage par le frottis. Ce dernier consiste à prélever des cellules cervicales à l'aide d'une brosse ou d'une spatule selon la méthode utilisée (milieu liquide ou conventionnel). Il permet de détecter des lésions précancéreuses afin de les traiter avant qu'elles n'évoluent en lésions malignes infiltrantes.

Il peut être réalisé par un gynécologue, un médecin généraliste et, depuis 2009, par une sage-femme.

Les résultats du frottis sont exprimés selon la classification de Bethesda actualisée en 2001, permettant de classer les lésions par sévérité et donc par probabilité de lésions cancéreuses.

En cas de frottis anormal, des investigations complémentaires (colposcopie, biopsie, réalisation d'un test HPV), ou une simple surveillance, peuvent être nécessaires en fonction de la classification de Bethesda (20).

Le frottis est recommandé tous les 3 ans à partir de l'âge de 25 ans après 2 frottis normaux réalisés à un an d'intervalle.

Il concerne toutes les femmes de 25 à 65 ans, même celles vaccinées contre l'HPV. En effet, cette vaccination ne remplace pas le dépistage du cancer du col de l'utérus car 30 % des cas de cancer du col de l'utérus sont causés par d'autres types d'HPV oncogènes non protégés par le vaccin. (21) Seules ne sont pas concernées par ce dépistage les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels ou ayant subi une hystérectomie totale (5).

b) Le test HPV

Conformément aux recommandations de l'ANAES de 2002, la recherche des HPV oncogènes par détection d'ADN (test HPV) est préconisée uniquement dans le cadre où un examen cytologique du frottis aurait retrouvé des atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US) (22). C'est le seul cas dans lequel l'Assurance Maladie prend en charge ce test.

Plusieurs études ont montré que le test HPV par détection de l'ADN du HPV, est plus sensible que le frottis pour le dépistage de lésions précoces du cancer du col de l'utérus (23).

Cependant, la spécificité est moins importante car des lésions transitoires sont plus précocement détectées, ce qui entraîne un sur-diagnostic avec pour conséquences des colposcopies et des traitements inutiles, potentiellement préjudiciables pour de futures grossesses (24,25). Chez les femmes de moins de 30 ans ce phénomène est d'autant plus important puisqu'il existe dans cette tranche d'âge un taux élevé d'infections à HPV régressant spontanément.

D'autres techniques de détection des HPV existent, il s'agit notamment de la recherche des ARN viraux ou la détection de la protéine cellulaire p16. Actuellement ces deux techniques ne sont ni préconisées dans les recommandations françaises, ni prises en charge par l'Assurance Maladie.

c) L'auto-prélèvement

Tout comme la recherche de certaines MST, celle des HPV peut être réalisée sur des auto-prélèvements génitaux.

Ces auto-prélèvements reposent sur le dépistage par test HPV, car les échantillons cervico-vaginaux ou urinaires obtenus ne se prêtent pas à un examen cytologique habituel.

Une grande variété de dispositifs d'auto-prélèvement ont vu le jour : écouvillons, brosses, tampons, serviettes et lavages cervico-vaginaux et sont actuellement à l'étude.

La comparaison de la performance diagnostique de méthodes d'auto-prélèvement vaginal à celle du frottis a mis en évidence que l'auto-prélèvement vaginal sec semble une méthode performante pour détecter des infections cervicales à HPV (26).

Dans certaines études, l'auto-prélèvement vaginal par écouvillonnage apparaît aussi sensible que le frottis effectué par un clinicien pour détecter un HPV par test HPV ou pour détecter une lésion CIN 2.

Pour le moment, bien que validé par plusieurs études, le test HPV par auto-prélèvement vaginal n'est pas encore disponible sur le marché.

Cet auto-prélèvement pourrait être une technique d'avenir pour augmenter la participation au dépistage pour les femmes qui ne se font pas dépister (27). Il figure d'ailleurs dans un des objectifs du plan cancer 2014-2019, comme une alternative au dépistage chez les femmes ne faisant pas de frottis (28).

II. Problématique

1. Dépistage du cancer du col de l'utérus : un enjeu de santé publique

Le cancer du col de l'utérus est un des seuls cancers en France dont le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans en diminution du fait essentiellement de la découverte tardive de cancers invasifs chez les femmes non dépistées (29).

Or, on estime que 90 % des cancers du cancer du col de l'utérus pourraient être évités grâce au dépistage par frottis (30).

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin est d'environ 60 % à l'échelle nationale et est marqué par d'importantes inégalités de recours (par tranches d'âge, situations géographiques, économiques et culturelles) (30). On estime que 40 % des femmes n'ont pas réalisé de frottis dans les 3 ans (31).

Si on s'intéresse plus particulièrement à l'Aquitaine, 36,16 % des patientes n'ont réalisé aucun frottis sur la période de 2010 à 2014. Le taux de dépistage est encore un peu plus bas dans le département des Landes où 38 % des femmes n'ont pas réalisé de frottis sur la période de 2010 à 2014 (32).

Les mesures 14 et 16 du Plan cancer 2009-2013 visaient déjà respectivement à « lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages » et à « garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire ».

Dans cette continuité, un des objectifs phares du nouveau **Plan cancer 2014-2019** est de généraliser le dépistage du cancer du col de l'utérus encore majoritairement individuel à l'heure actuelle.

Le but de cette généralisation du dépistage est d'atteindre un taux de couverture de la population cible de 80 %, notamment en facilitant l'accès au dépistage des populations vulnérables ou éloignées des systèmes de santé. Ce dépistage organisé repose en parti sur l'incitation et la relance des patientes qui ne se font pas spontanément dépister ainsi que sur le recueil et l'étude des résultats des patientes ayant bénéficié de ce dépistage.

D'après les premiers résultats d'une étude réalisée de 2010 à 2014 sur 13 départements pilotes, ce dépistage organisé, grâce à des invitations et des relances, permettrait d'augmenter le pourcentage de participation au dépistage de 13,2 points. Selon les estimations, sa mise en place à l'échelle nationale permettrait de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus (baisse estimée entre 13 % et 26 %) (33).

2. Démographie médicale

D'après une enquête nationale réalisée dans l'étude BVA, les femmes déplorent les difficultés d'accès aux consultations spécialisées de gynécologie en raison du faible nombre de gynécologues et de leur répartition inégale sur le territoire (34).

Dans le département des Landes, la densité médicale des spécialistes médicaux (incluant les gynécologues médicaux) est bien en dessous de la moyenne nationale puisque nous nous situons à moins de 80 spécialistes médicaux pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 125. De plus, ce chiffre est en diminution sur la dernière décennie. La densité des spécialistes en gynécologie médicale est de 3.8 pour 100 000 habitants en 2016 (Effectifs en baisse de 11 % entre 2007 et 2016).

Les prévisions concernant la démographie médicale à l'échelle nationale montrent qu'à la perspective de 2030, le nombre de gynécologue serait stable malgré l'augmentation de la population française (35).

Dans les Landes, la tendance s'inverse en ce qui concerne la densité médicale des généralistes en activité régulière. En effet, même si elle a beaucoup diminué ces dernières années elle se maintient encore au-dessus de la moyenne nationale (Plus de 140 généralistes pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 130.9) (36).

Cependant il faut prendre en considération que la répartition des généralistes est inégale au sein même du département des Landes avec une densité bien plus importante sur la côte atlantique que dans le reste du département. Dans notre secteur des « Landes d'Armagnac », la densité des médecins généralistes toute activité confondue est de 97 pour 100 000 habitants.

3. Le rôle du médecin généraliste

Au vu de ces données démographiques indiquant la raréfaction des gynécologues sur certaines zones du territoire, l'HAS dans ses recommandations de juillet 2010, met en avant le rôle du médecin généraliste pour sensibiliser les populations à améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ce dernier est invité à inciter les patientes à faire réaliser des frottis, à le prescrire ou réaliser lui-même le prélèvement, et à s'assurer de la bonne prise en charge des patientes en cas de test anormal (37).

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le ROSP (Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique) a été mis en place permettant un paiement à la performance des actes réalisés par le médecin généraliste.

Parmi les indicateurs de qualité de la pratique médicale on trouve désormais le dépistage du cancer du col de l'utérus. L'inclusion du frottis comme un des objectifs de la ROSP a pour but d'inciter les médecins à réaliser davantage de frottis. Néanmoins d'après les travaux de E. Jacquet qui a étudié l'impact de la ROSP sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, cela ne s'est pas accompagné d'une hausse de la réalisation des frottis (dans les deux départements étudiés (Dordogne et Gironde) chez les spécialistes en médecine générale entre 2011 et 2014). Cette tendance était similaire dans les données nationales de l'assurance maladie (38).

Les généralistes jouent un rôle essentiel dans l'information des femmes sur les avantages du vaccin contre le VPH et participent au dépistage systématique du cancer du col de l'utérus. Fournir une éducation complète aux femmes donne au généraliste l'opportunité d'adopter une approche de prévention du cancer du col de l'utérus.

Comme nous venons de le voir, des préconisations et des incitations financières ont été mises en place en France pour inciter les médecins généralistes à s'investir dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, sans succès. C'est pourquoi un nouveau plan de dépistage organisé et non individualisé est en passe de voir le jour.

Cependant les femmes sont-elles vraiment prêtes à ce changement ? Seront-elles d'accord de se faire suivre par leur généraliste pour leur frottis ? En effet, à l'heure d'aujourd'hui, seulement 10 % des FCU sont réalisés par un médecin généraliste (39).

La bonne couverture de ce dépistage repose essentiellement sur l'investissement des médecins généralistes ainsi que sur la compréhension des freins limitant la participation des femmes afin de pouvoir mettre en place des actions complémentaires.

III. Notre étude : intérêt et justification

1. Une étude en milieu rural

L'étude s'est déroulée dans Les Landes, à Gabarret, village de 1500 habitants, situé à environ 50 km de Mont-de-Marsan soit à presque 50 minutes de route de l'hôpital et des cabinets de gynécologie.

Dans certaines **zones rurales éloignées** (comme dans le cadre de notre étude), la distance avec l'hôpital et les cabinets de gynécologie rend les consultations spécialisées inaccessibles pour un certain nombre de femmes. Cette spécificité territoriale de notre projet nous permettra d'étudier **le ressenti des patientes qui n'ont pas accès aisément aux spécialistes et qui devraient donc potentiellement se tourner vers leur médecin généraliste en première intention.**

Cependant, plusieurs études soulignent le **paradoxe que les femmes en milieu rural se tournent davantage vers le gynécologue** pour ce suivi malgré une offre de soins moins importante (40,41). Il semblerait que la population rurale soit plus attachée au rôle du gynécologue en ce qui concerne le suivi gynécologique et donc plus difficile à convaincre pour la réalisation du frottis au sein du cabinet de médecine générale.

Néanmoins, ces études traitent du suivi gynéco-obstétrique dans leur ensemble ce qui inclut des consultations et gestes plus techniques (stérilet, implant, suivi de grossesse...) pouvant majorer la part de patientes souhaitant être suivies par un gynécologue.

Nous avons voulu nous consacrer à **l'étude du frottis cervico-utérin**, du fait de son implication en terme de santé publique, mais aussi car il s'agit d'un geste simple, demandant peu de formation, de technique et de matériel et qui peut donc être réalisé facilement au sein d'un cabinet de médecine générale.

Nous avons **interrogé les patientes sur les freins qu'elles peuvent ressentir à faire pratiquer leur frottis chez leur médecin généraliste puisqu'elles semblent paradoxalement, plus réticentes à y adhérer en milieu rural.**

De nombreux travaux ont été réalisés sur le sujet mais il s'agit pour la plupart d'études quantitatives et peu ont inclus une grande proportion de population rurale :

- R. Champeaux (39) a cherché à mettre en évidence des différences dans les motivations des femmes quant à leur suivi gynéco-obstétrique chez le généraliste, en fonction de la distance entre leur résidence et le gynécologue. Cependant 41,4 % de la population étudiée se situait à moins de 10 km d'un gynécologue et le critère d'éloignement visait à distinguer les femmes situées à plus ou moins de 10 km de leur gynécologue, sans analyse concernant des femmes plus éloignées.
- De la même manière, dans les travaux de C. Chaffaux (40) seulement 28 % des femmes vivaient en milieu rural et son étude n'était pas orientée pour comparer les déterminants entre les milieux ruraux et urbains et n'a pas permis de mettre en évidence des facteurs de motivation des femmes propres au milieu rural.
- D'autres études ont également été réalisées sur ce sujet mais les populations étudiées se situaient peu éloignées de la ville et de ses services (42-44).

Dans notre étude **nous avons sélectionné volontairement des patientes issues d'un milieu rural éloigné des cabinets de gynécologie afin d'étudier quels sont les facteurs motivant les femmes à se faire suivre chez leur généraliste.**

Au sein de la maison médicale de Gabarret, il y a deux médecins généralistes femmes qui pratiquent régulièrement la gynécologie. Dans la salle d'attente se trouve une pancarte stipulant que ces médecins pratiquent des frottis et des prospectus visant à promouvoir le dépistage sont en libre accès.

Nous avons souhaité recueillir l'avis des patientes quant aux moyens mis en œuvre au sein de la maison médicale de Gabarret pour promouvoir le dépistage.

Par ailleurs, nous avons voulu étudier **les déterminants qui ont conduit les femmes à faire réaliser le frottis chez un médecin généraliste** et ce qui les a amenées à changer leurs habitudes de suivi. C'est pourquoi nous avons inclus **uniquement des femmes qui ont adhéré à ce dépistage chez le généraliste** afin de mettre en évidence des tendances et des déterminants sur lesquels nous pourrions agir ultérieurement pour motiver d'autres femmes à entreprendre cette démarche. Cela pourrait nous orienter sur la manière de dépasser les réticences qu'éprouvent certaines d'entre elles à consulter leur généraliste pour leur frottis.

2. Une étude qualitative

Comme nous venons de le voir, de nombreuses études quantitatives ont été réalisées, cependant du fait de cette méthode utilisant des questions fermées, les pistes explorées restent cloisonnées aux arguments avancés par le questionnaire.

C'est pourquoi nous avons voulu réaliser **une étude qualitative** avec des **questions ouvertes** pour que les patientes puissent s'exprimer librement.

Notre but était de **mettre en évidence de nouveaux déterminants** possiblement propres au milieu rural afin d'ouvrir de nouvelles perspectives pour améliorer ce dépistage en milieu rural.

L'étude de la littérature retrouve peu d'études qualitatives et elles ont été essentiellement menées en milieu urbain.

On peut citer néanmoins les travaux de L. Leroy (45) et de E. Calgari (46) qui ont traité le sujet respectivement par entretien et focus group. Cependant ces deux études ont concerné des femmes vivant en milieu urbain et essentiellement suivies par le gynécologue.

Il serait également intéressant par le biais de notre étude, de rechercher si l'on retrouvait les mêmes déterminants que ceux retrouvés dans ces deux études en milieu urbain.

3. Étude préalable de la littérature : méthode utilisée

Préalablement aux travaux de thèse, une recherche bibliographique a été effectuée via PubMed, BNDS, BDSP, CISMeF, l'HAS...

Recherche PUBMED

Concernant la recherche via PubMed, une traduction des mots clés de la recherche a dû être effectuée via le MeSH pour effectuer la recherche dans la Medline.

Pour le frottis cervico-utérin nous avons utilisé les termes « vaginal smears », « smear cervical », « smears vaginal », « cervical smears », « pap smears cervical smear », « cervical cancer screening », « pap smear screening », « national cervical screening program ».

Pour la pratique en médecine générale nous avons utilisé les mots MeSH « general practice physician », « general practice », « practice general », « medgen », « general practitioner ».

Ceci nous a conduits à l'équation : « general practitioners » AND « vaginal smears », et nous avons obtenu 10 articles sur le sujet, dont 3 qui se sont révélés intéressants.

L'équation « cervical smears » AND « general practice » nous a donné quant à elle 89 résultats. En ajoutant les mots clés pour se centrer sur le milieu rural « center rural health », « rural health » et « rural population », 5 articles ont pu être aussi sélectionnés.

Nous avons également utilisé les termes « national cervical screening program » pour étoffer nos recherches.

Au total 16 articles ont été lus dans leur intégralité.

Recherche SUDOC

Une recherche des travaux de thèse existants via SUDOC a également été effectuée en utilisant les mots clés « frottis », « médecin généraliste », nous conduisant à 18 travaux de thèses déjà réalisés. La recherche a été élargie avec les mots clés « frottis » et « médecine générale ». Après lecture rapide du titre et des résumés, une partie des sujets a rapidement été écartée. 8 thèses ont été sélectionnées et lues dans leur intégralité.

Une recherche complémentaire a été réalisée avec les mots clés « suivi gynécologique » et « médecin généraliste » conduisant à 8 résultats et « suivi gynécologique » et « médecine générale » conduisant à 32 travaux. En procédant de la même manière, un tri a été effectué conduisant à la sélection et lecture de 10 thèses.

MATERIEL ET METHODE

I. Question de recherche et objectifs

1. Question de recherche

Quels sont les freins et les motivations des femmes à réaliser leur frottis au sein du cabinet de médecine générale en milieu rural ?

2. Objectifs

- **Principal** : Identifier les freins et les facteurs de motivation qui poussent les femmes à faire réaliser leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural.
- **Secondaire** : Étudier des motifs ayant conduit les femmes à un changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi chez le médecin généraliste.

3. Hypothèses

Nous n'avons pas émis d'hypothèses privilégiées quant aux résultats attendus.

Notre recherche étant qualitative, nous avons travaillé sur un mode exploratoire sans émettre d'hypothèses, pouvant induire le questionnement.

4. Résultats attendus

Identifier de nouveaux déterminants propres au milieu rural permettant d'expliquer les attentes des femmes en ce qui concerne le médecin qui réalise leur frottis.

Le but final était de mettre en évidence des pistes permettant d'améliorer ce dépistage par le médecin généraliste en milieu rural.

Ce projet pourra être complété ultérieurement par une étude qualitative sur les femmes ne réalisant pas leur frottis chez le généraliste en milieu rural (suivi par un gynécologue ou sans suivi). Le croisement des résultats de ces deux études devrait permettre de trouver des pistes pour augmenter le taux de dépistage.

II. Description de l'étude

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, mono-centrique, observationnelle par entretiens individuels semi-dirigés.

2. Lieu

L'étude s'est déroulée dans les Landes au sein de la maison médicale de Gabarret. Cette maison médicale regroupe plusieurs corps de métiers : dentistes, podologues, infirmiers, médecins généralistes, kinésithérapeutes. Il y a trois médecins généralistes dont deux médecins généralistes femmes qui pratiquent régulièrement la gynécologie, en particulier le suivi gynécologique et les frottis.

3. Population

Ont été incluses : des femmes de 25 à 65 ans (âge cible du dépistage du cancer du col de l'utérus), réalisant leur frottis chez un des médecins généralistes de la maison médicale.

Ont été exclues : les femmes de moins de 25 ans ou de plus de 65 ans, les femmes qui n'ont pas réalisé leur dernier frottis au sein de la maison médicale de Gabarret, les femmes ne parlant pas français ou ayant des difficultés de compréhension ou d'expression rendant l'entretien impossible, et enfin les femmes refusant de participer à l'étude.

Les patientes ont été choisies au hasard sur la base des derniers frottis réalisés au sein de la maison médicale par les deux médecins généralistes réalisant des frottis.

4. Recrutement des patientes

L'inclusion s'est déroulée d'octobre 2017 à mai 2018.

Les patientes concernées ont été contactées par téléphone. Elles ont été informées du thème de l'étude et de la durée probable des entretiens. Après obtention de leur accord un rendez-vous au sein de la maison médicale a été fixé.

5. L'inclusion

Le jour de l'entretien, et avant que celui-ci ne commence, les modalités de l'étude ont été expliquées aux patientes.

Je leur ai fourni une fiche explicative sur l'étude et son déroulement. (cf. annexe note d'information).

Les patientes ont eu le temps de la lire et de comprendre les enjeux de notre recherche.

Puis, je leur ai rappelé leurs droits et j'ai répondu à d'éventuelles questions en ce sens.

Des explications ont été délivrées également sur la nécessité de réaliser un enregistrement de l'entretien en leur garantissant la préservation de leur anonymat. Il n'y a eu aucun refus de cet enregistrement.

Après l'obtention de leur consentement éclairé, les femmes ont été incluses et l'entretien a pu débuter.

L'étude étant en conformité avec une méthodologie de référence (MR-003), un consentement écrit des patientes n'a pas été requis. Nous avons effectué un enregistrement du consentement oral des patientes en début d'entretien.

6. Caractéristiques et déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés de manière semi dirigée, suivant un guide d'entretien élaboré auparavant.

Ils se sont déroulés au sein de la maison médicale de Gabarret pendant la période du 24 octobre 2017 au 28 mai 2018.

Le lieu choisi pour ces entretiens était soit un bureau médical libre, soit la salle de pause du cabinet, selon la disponibilité. Ces deux endroits étaient calmes et sans passage ce qui m'a permis de réaliser les entretiens en respectant l'intimité des patientes.

Un seul entretien par patiente a été prévu de manière individuelle entre la patiente et moi-même. La durée prévue des entretiens était comprise entre 15 et 30 minutes.

Au début de l'entretien, j'ai incité les patientes à répondre de manière spontanée en valorisant leurs témoignages personnels.

Un enregistrement de chaque entretien a été réalisé et conservé dans un but de retranscrire et d'analyser les données recueillies. Une fois retranscrites les données ont été analysées et les enregistrements détruits.

7. Le guide d'entretien

Après réflexion et revue de la littérature, nous avons réalisé un guide d'entretien. (Cf. Annexe, guide d'entretien initial).

Ce dernier comprenait une première partie avec des questions courtes permettant de mieux caractériser les femmes interrogées ainsi que leurs habitudes de suivi. Cette première partie pourrait être assimilée à un court questionnaire quantitatif.

La deuxième partie du guide d'entretien était constituée de questions ouvertes impliquant des réponses plus longues et plus construites.

Les questions étaient davantage orientées sur notre sujet afin de répondre au mieux à nos objectifs de recherche. Elles ont porté sur les freins et les facteurs de motivation des femmes à venir faire leur suivi gynécologique chez le médecin généraliste mais aussi sur les motifs de changement quant à l'acceptation de ce suivi. Cela a constitué nos trois grandes thématiques.

Une première version de cette grille d'entretien a été testée sur des connaissances puis sur deux « patientes tests » volontaires afin de s'assurer du bon déroulement de l'entretien.

Après ces essais, les questions ont été reformulées pour faciliter leur compréhension et pour répondre au mieux aux objectifs de l'étude. Nous n'avons pas inclus dans l'étude les réponses des « patientes tests » car les questions ont été modifiées par la suite et nous n'avons pas considéré ces entretiens comme optimums.

Nous avons essayé de faire en sorte que ce guide d'entretien soit cohérent et suive un fil directeur logique. Les questions de la seconde partie ont tout d'abord été très générales, puis sont devenues plus précises, afin d'explorer en détail les différents points de notre étude.

Nous avons essayé de conserver une neutralité dans la formulation des questions pour ne pas influencer la répondante. Des questions de relance standardisées ont été créées.

Le guide d'entretien a été élaboré dans un processus continu de réflexion et d'amélioration avec le directeur de thèse tout au long des entretiens. A plusieurs reprises nous avons effectué des petites modifications pour adapter des questions.

8. Mode d'analyse des données

A partir des enregistrements, les entretiens ont été retranscrits à verbatim sur le logiciel de traitement de texte Word. Les données des patientes ont été anonymisées lors de la retranscription dans le but de préserver leur anonymat.

Nous avons élaboré des concepts à partir du discours des patientes par codage avec un logiciel dédié (logiciel RQDA). En ce qui concerne le choix de la méthode de codage, nous avons réalisé un codage dit « émergent » car les codes sont nés des données collectées. Puis, une étude phénoménologique a été effectuée (47).

Une triangulation des données a été effectuée entre la thésarde et un autre chercheur (extérieur à l'étude pour une plus grande neutralité).

- Pour ce faire, j'ai réalisé un codage initial des entretiens sur le logiciel de codage.
- Puis un premier rendez-vous a été fixé avec le deuxième chercheur au cours duquel le codage a été expliqué et convenu entre nous.
- Ensuite, les entretiens ont été confiés au chercheur extérieur à l'étude pour qu'il réalise de manière indépendante le codage.
- Lors d'un second rendez-vous, les codages ont été comparés afin de s'assurer que le même code avait été appliqué aux mêmes verbatim dans le but d'éliminer un biais de subjectivité du codeur.
- De nouveaux codes ont été créés suite à cette triangulation des données.

Ce codage en parallèle a été effectué sur les 6 premiers entretiens.

Nous avons pu également utiliser pour l'analyse quelques données issues des dossiers médicaux tels que les dates des frottis réalisés au sein de la maison médicale.

9. Éthique

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Le projet a été soumis au Comité de Protection des Personnes (projet de recherche mentionné au 3° de l'article L. 1121-1 du code de santé publique) et a obtenu un avis favorable.

Nous avons effectué auprès de la CNIL une déclaration simplifiée avec un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-003 selon la typologie de recherche.

RESULTATS

I. Le déroulement de l'étude

1. Saturation et nombre de patientes incluses

Nous avons eu 2 refus de participation et 12 patientes étaient injoignables (pas de réponse lors de l'appel, numéros de téléphone ne correspondant pas ou non attribués). Une patiente qui avait accepté de participer a finalement annulé son rendez-vous pour l'entretien et n'a pas repris rendez-vous par la suite. (cf. diagramme des flux ci-dessous)

La saturation des données a été obtenue au 12^{ème} entretien mais nous avons poursuivi l'étude sur deux entretiens supplémentaires pour s'assurer qu'il n'y avait pas de nouvelles idées qui allaient ressortir.

Au total 14 patientes ont été incluses dans l'étude.

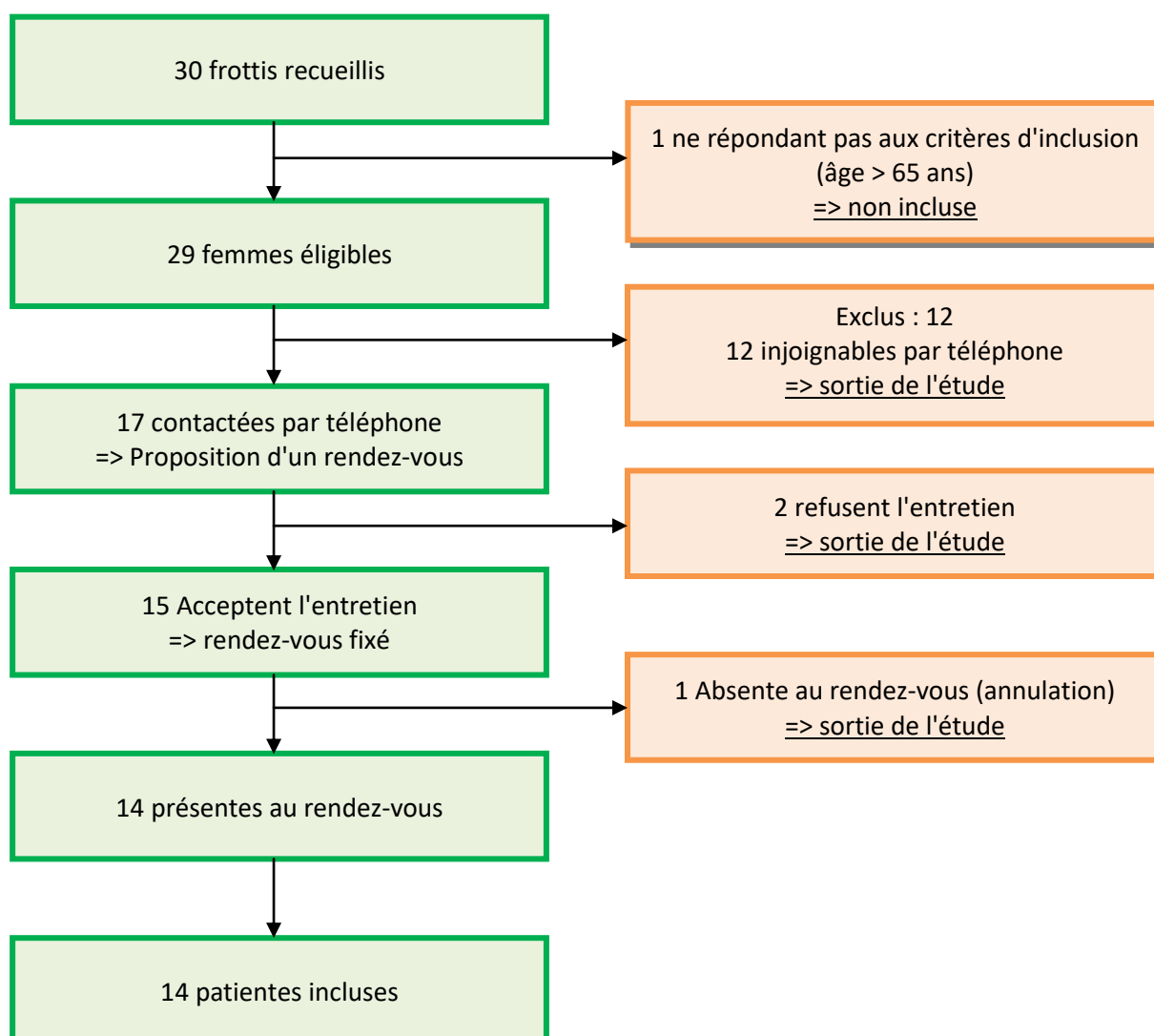


Figure 1 : Diagramme des flux

2. La durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens a été de 19 minutes et 12 secondes.

Tableau 1 : La durée des entretiens

<u>Patiente</u>	<u>Durée entretien</u>	<u>Patiente</u>	<u>Durée entretien</u>
1	19 min 11s	8	18 min 52 s
2	13 min 34 s	9	12 min 41 s
3	14 min 40 s	10	27 min 59 s
4	29 min 25 s	11	12 min 26 s
5	26 min 54 s	12	18 min 27 s
6	19 min 8 s	13	13 min 50 s
7	23 min 20 s	14	18 min 29 s

Tous les entretiens ont été réalisés en tête à tête mis à part pour deux patientes : une qui est venue accompagnée de sa fille adolescente et une avec un petit garçon de 6 ans.

II. Résultats partie quantitative

1. Le profil des femmes interrogées

L'analyse de la première partie de notre entretien, assimilée à un court questionnaire quantitatif, avait pour objectif de caractériser la population étudiée et les habitudes de suivi des femmes incluses.

a) Leurs âges

L'âge des patientes interrogées était compris entre 29 ans et 64 ans. L'âge moyen des répondantes était de 45 ans et la médiane d'âge à 45.5 ans

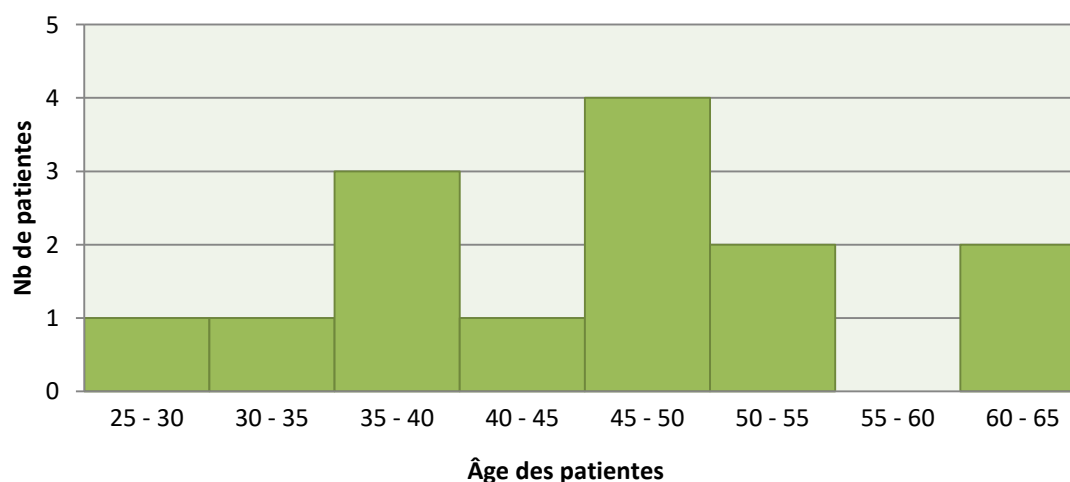


Figure 2 : Répartition des patientes en fonction de leur tranche d'âge

b) Couple et parentalité

2 patientes étaient célibataires et les 12 autres en couples. Parmi ces dernières, 9 étaient mariées et 3 étaient en couple non mariées.

En moyenne les patientes avaient entre 1 et 2 enfants (1.64). Deux patientes n'avaient pas d'enfant, 3 patientes en avaient un, 7 patientes en avaient 2 et 2 patientes en avaient 3.

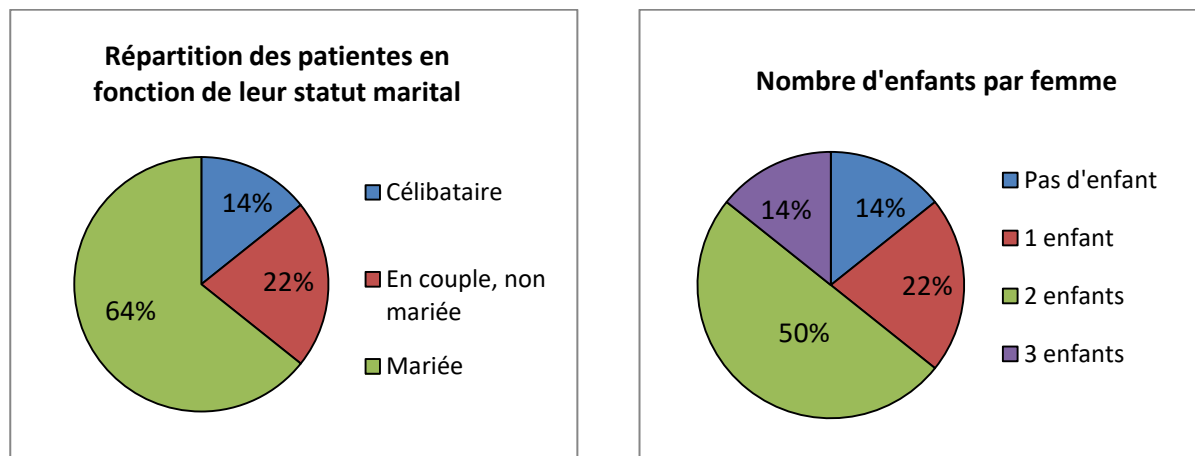


Figure 3 : Situation familiale des patientes

c) Leurs professions

Les professions des patientes sont inscrites dans le tableau récapitulatif ci-dessous.

Tableau 2 : Récapitulatif des caractéristiques des patientes

<u>Patientes</u>	<u>âges</u>	<u>Nombre d'enfant</u>	<u>Statut marital</u>	<u>Profession</u>
1	39	3	Célibataire	Ouvrière agroalimentaire
2	46	2	Mariée	Professeur des écoles
3	40	2	Mariée	Ouvrière agroalimentaire
4	37	1	Mariée	Aide-soignante
5	48	2	Célibataire	Sans activité (commerciale)
6	51	3	En couple, non mariée	Postière
7	34	2	Mariée	Agent de service hospitalier
8	62	2	Mariée	Retraitée (expert-comptable)
9	29	0	En couple, non mariée	Préparatrice de commande en grande surface
10	35	1	En couple, non mariée	Assistante administrative
11	54	2	mariée	Assistante familiale
12	47	2	mariée	Réceptionniste
13	45	1	mariée	Aide-ménagère
14	64	0	Mariée	Retraitée (laborantine)

d) Leurs lieux de résidence

Nous avons étudié, pour chacune des patientes, la distance entre leur domicile et la maison médicale de Gabarret, ainsi que celle entre leur domicile et Mont-de-Marsan (principale ville du secteur concentrant les cabinets de gynécologie).

Pour ce calcul, nous n'avons pas pris en compte leur adresse exacte mais seulement la distance de commune à commune (calculée à partir du trajet le plus court sur Google Maps).

Tableau 3 : Distance du lieu de vie des patientes par rapport à la maison médicale et à Mont-de-Marsan

Patientes	Distance avec le cabinet médical	Distance Mont-de-Marsan
1	14 km	49.7 km
2	0 km	45 km
3	5 km	42.7 km
4	5km	42.7 km
5	0 km	45 km
6	6.5 km	51.5 km
7	0 km	45 km
8	13.6 km	42.1 km
9	8.9 km	41.4 km
10	6.5 km	49.7 km
11	12.3 km	40.7 km
12	0 km	45 km
13	9.9 km	38.4 km
14	0 km	45 km

On peut voir, d'après l'étude de leurs lieux de vie, que toutes les patientes se trouvent relativement éloignées des cabinets de gynécologie de Mont-de-Marsan car elles sont situées à 44.56 km en moyenne. La plus proche se situe à 38.4 km de Mont-de-Marsan et la plus éloignée à 51.5 km.

En ce qui concerne la distance entre leur domicile et la maison médicale, les patientes sont toutes relativement proches ; la moyenne se situe à 5.83 km. 4 patientes habitent au sein même de la commune de Gabarret (représentées par le 0 km). La plus éloignée se situe à 14 km environ.

2. Les habitudes de suivi des femmes interrogées

La régularité du suivi gynécologique

Pour se faire une idée de la régularité du suivi gynécologique des patientes étudiées, nous les avons interrogées sur la fréquence à laquelle elles ont fait réaliser des frottis.

Nous leur avons également demandé depuis quand elles venaient à la maison médicale et combien de frottis elles avaient pu y réaliser.

Tableau 4 : Historique du suivi gynécologique des patientes

Patiente	Fréquence de réalisation des frottis	Nombre de frottis réalisés à la maison médicale	Année du 1er frottis réalisé à la maison médicale	Participation régulière au dépistage
1	Tous les 2-3 ans	1	2017	oui
2	Tous les 2-3 ans	1	2017	oui
3	Tous les 3 ans	1	2017	oui
4	Tous les 10 ans	1	2017	non
5	Tous les 5 ans	2	2012	non
6	9 ans pour le dernier	3	2008	non
7	Tous les 2-3 ans	3	2013	oui
8	Tous les ans	1	2018	oui
9	Tous les 2 ans	3	2013	oui
10	Tous les ans	4	2014	oui
11	Tous les 2ans	1	2018	oui
12	Tous les 2 ans	2	2016	oui
13	Tous les 2 ans	3	2011	oui
14	Tous les 3 ans	1	2018	oui

En ce qui concerne leur participation au dépistage, elles ont déclaré faire en moyenne un frottis tous les 3 ans (3.39).

- 3 patientes n'avaient pas de dépistage régulier.
- 5 patientes réalisaient un frottis environ tous les 3 ans ce qui correspond aux recommandations.
- 2 patientes déclaraient réaliser le frottis tous les ans et 4 autres tous les 2 ans, ce qui est plus que ce qui est attendu dans les recommandations de la population générale. Ne connaissant ni le contexte, ni leurs antécédents médicaux, nous ignorions si elles bénéficiaient d'un dépistage plus fréquent du fait d'anomalies sur les précédents frottis. Nous les avons donc considérées comme ayant des frottis réguliers.

Au total, 11 patientes avaient une participation au frottis qualifiée de régulière et suffisante au vu des recommandations (au moins un frottis tous les 3 ans). Nous pouvons considérer que les patientes étudiées avaient des suivis gynécologiques plutôt réguliers.

En ce qui concerne l'ancienneté de leur suivi gynécologique à la maison médicale :

- Le premier frottis réalisé à la maison médicale était en moyenne effectué en 2014. La moitié des patientes avaient réalisé leur premier frottis en 2017 ou 2018. La patiente ayant le frottis le plus ancien l'avait réalisé en 2008. Ces dates ont été obtenues par l'étude des dossiers médicaux.
- En moyenne, les patientes avaient réalisé environ 2 frottis au sein de la maison médicale. La moitié des patientes avaient réalisé un seul frottis. La patiente qui avait réalisé le plus de frottis en avait fait 4.

Le médecin qui réalise leur suivi gynécologique

Nous avons interrogé les patientes pour connaître le statut du médecin qui pratique leur suivi gynécologique (médecin traitant ou pas) et savoir si elles poursuivent également un suivi en parallèle chez un gynécologue (pour des frottis ou tout autre motif).

Nous avons voulu en savoir plus sur le suivi gynécologique des patientes avant qu'elles viennent à la maison médicale de Gabarret afin de savoir si elles étaient déjà suivies par un généraliste ou par un gynécologue.

Tableau 5 : Les intervenants dans le suivi gynécologique des patientes

<u>Patiente</u>	<u>Lieu du suivi antérieur</u>	<u>Frottis réalisés par le médecin traitant déclaré ?</u>	<u>Poursuite d'un suivi par un gynécologue ?</u>	<u>Poursuite des frottis chez le gynécologue ?</u>
1	Hôpital Mont-de-Marsan	oui	oui	non
2	Gynécologue Mont-de-Marsan (en cabinet)	Non (autre médecin de la maison médicale)	oui	oui
3	Hôpital Mont-de-Marsan	Non (autre médecin de la maison médicale)	oui	oui
4	Gynécologue à Auch (en cabinet)	Non (médecin extérieur à la maison médicale)	non	non
5	Gynécologue Mont-de-Marsan (en cabinet)	oui	non	non
6	Hôpital Mont-de-Marsan	Non (autre médecin de la maison médicale)	non	non
7	Hôpital Mont-de-Marsan	Non (autre médecin de la maison médicale)	non	non
8	Gynécologue Marseille (en cabinet)	oui	non	non
9	Gynécologue Mont-de-Marsan	Non (autre médecin de la maison médicale)	non	non
10	Gynécologue Mont-de-Marsan	Non (autre médecin de la maison médicale)	non	non
11	Gynécologue Mont-de-Marsan (en cabinet)	oui	oui	non
12	Gynécologue Agen (en cabinet)	Non (autre médecin de la maison médicale)	non	non
13	Gynécologue Mont-de-Marsan (en cabinet)	Non (autre médecin de la maison médicale)	non	non
14	Médecin généraliste en Bourgogne	oui	non	non

13 patientes avaient leur médecin traitant déclaré au sein de la maison médicale : pour 5 d'entre elles il s'agissait du médecin qui réalisait leur suivi gynécologique et pour les 8 autres le suivi gynécologique était réalisé par un autre médecin de la maison médicale (qui n'était pas le médecin traitant déclaré).

Une seule patiente avait son médecin traitant à l'extérieur de la maison médicale.

La majorité des patientes avaient un suivi gynécologique exclusivement réalisé par les médecins généralistes de la maison médicale.

3 patientes continuaient à avoir un suivi par un gynécologue de manière parallèle dont 2 pour les frottis. La troisième avait un suivi par un gynécologue mais pour des actes autres que des frottis.

A propos de leur suivi gynécologique antérieur, 13 patientes étaient suivies par un gynécologue et une seule patiente par un médecin généraliste.

III. Résultats des entretiens

L'intégralité des retranscriptions ne figure pas dans nos travaux mais sont disponibles auprès des auteurs. Les médecins de la maison médicale ont été cités par les lettres X, Y et Z afin de préserver leur identité.

1. Connaissances et ressenti des patientes au sujet du frottis

a) Le rôle du frottis

En ce qui concerne le rôle du frottis, les patientes étaient plutôt bien informées de son utilité pour le dépistage de cancers. Elles ont toutes sauf 2 ont cité le mot « cancer ».

Par contre, seulement 4 ont précisé « le cancer du col de l'utérus ».

P12 « c'est pour dépister le plus tôt possible un éventuel cancer du col ».

8 patientes ne limitaient pas le frottis à la recherche de lésions cancéreuses et lui ont donné d'autres rôles en particulier la recherche d'infections (bactéries, mycoses...) :

P3 « ça sert à dépister le cancer du col de l'utérus déjà, et ensuite voir si on n'a pas des mycoses ou des bactéries ou d'autres soucis comme ça ».

P5 « c'est pour voir si on a des mycoses ou des bactéries, pour vérifier si il n'y a pas le cancer. [...] Je sais que quand on a une mycose on fait un frottis !! ».

P8 « C'est pour dépister toutes les maladies génitales, cancers et tout ce qui s'en suit quoi. ».

P11 « analyser les cellules de l'endomètre pour savoir s'il y a des cancers ou d'autres choses... des infections, des champignons ».

Les termes « dépister » et « dépistage » ont été cités par 10 patientes.

Une patiente avait des connaissances un peu moins poussées et n'a pas cité le dépistage du cancer, mais par contre avait bien défini que le prélèvement était réalisé au niveau du col de l'utérus:

P7 « Parce que moi j'y connais absolument rien ! Rien du tout ! Je ne sais même pas qu'est ce qu'on contrôle ou pas. Je regarde juste les résultats où on me dit que tout est bon ! Je sais pas vraiment qu'est ce que vous contrôlez quand vous faites un frottis ! Je sais qu'il faut le faire parce que dedans je crois que c'est le col de l'utérus, pour voir s'il n'y a pas d'infection c'est ça ? Enfin dans ce genre là ! » [...] « C'est surtout le col de l'utérus quoi ! »

Une patiente n'avait pas notion de son utilité :

P10 « Pour moi du coup ça reste vague, parce que ça reste un dépistage comme un examen, il faut réviser la machine ! Mais ça reste très flou ! ».

La fréquence à laquelle ce dépistage doit être réalisé était mal connue. Parmi celles qui l'ont évoqué 8 patientes pensaient qu'un frottis devait être réalisé plus fréquemment (3 tous les ans et 5 tous les 2 ans). Seules 3 patientes ont évoqué le frottis tous les 3 ans.

Un patiente a expliqué ne pas connaître la fréquence de ce dépistage :

P5 « je ne sais pas le frottis c'est tous les combien ? ».

En résumé, nos patientes avaient des notions plutôt bonnes sur le rôle du frottis car la majorité ont cité les mots « dépistage » et « cancer ».

Néanmoins on peut noter que la localisation de ce prélèvement est très peu précise. En effet, seules 4 patientes ont évoqué le cancer du col de l'utérus et la fréquence de ce dépistage est très souvent non connue. Plusieurs patientes ont exprimé avoir des lacunes dans leurs connaissances sur le frottis.

b) L'importance du dépistage

Les patientes ont évoqué assez rapidement et très spontanément l'importance qu'elles donnent à ce dépistage.

P1 « On doit le faire ! [...] Quand il faut le faire, faut le faire ! [...] C'est un examen courant donc on doit le faire ».

P2 « C'est nécessaire et important [...] c'est pour des raisons de santé ».

P6 « Faut le faire [...] Pour moi il fallait le faire, on ne peut pas rester sans faire de frottis, on se surveille ! ».

P8 « C'est un dépistage donc faut bien ».

P10 « un examen qui doit, pour une femme, rentrer dans un truc commun et banal, parce qu'il a été prouvé et on me l'a expliqué comme ça, qu'en faisant des dépistages réguliers on avançait au niveau problèmes gynéco ».

4 patientes évoquent la nécessité d'être rassurée en réalisant des frottis :

P3 « C'est un prélèvement pour voir si tout va bien ».

P6 « C'est pour être sûre de rien avoir ! Pour se rassurer... ».

P12 « Il faut quand même avoir ce contrôle et être rassurée comme quoi il y a pas d'anomalie »

Le caractère obligatoire a également été soulevé par deux patientes :

P10 « Alors pour moi, enfin c'est comme ça qu'on me l'a appris et me l'a défini...ça reste un dépistage obligatoire [...] Mes mots sont tels quels parce que voilà... Je vois ça comme un examen obligatoire ! ».

P12 « c'est obligé ».

A l'opposé une autre insiste sur le coté facultatif :

P1 « C'est pas une obligation non plus. C'est pas obligé mais c'est pour la santé. ».

Une patiente m'a interrogé sur le dépistage et son ampleur:

P4 « On pourrait plus lire et plus se renseigner sur comment fonctionne un frottis et à quoi ça sert ? Pourquoi on fait ces examens là de l'adolescence à 65 ans ? Je trouve que c'est énorme ! Alors qu'il y a des examens qu'on fait à tel âge et voilà ! Je me suis toujours dit pourquoi c'est autant suivi ? ».

En résumé, la majorité des patientes considère que le frottis est quelque chose d'important que ce soit pour leur santé et pour se rassurer.

c) Une connotation péjorative

Assez rapidement au début des entretiens, et malgré l'importance évidente que les patientes portent à ce dépistage, des connotations péjoratives sur cet examen ont été rapportées :

P1 « C'est quelque chose de désagréable ».

P2 « Le vécu du geste en soi est plutôt vécu comme déplaisant. ».

P9 « Ce que j'aime pas dedans c'est le spéculum ! ».

d) Une influence des soucis gynécologiques passés

Trois patientes ont eu des suivis gynécologiques plus importants du fait de leurs antécédents personnels :

P8 « Moi depuis l'âge de 18 ans j'ai des problèmes gynécologiques donc je suis suivie très régulièrement ».

P5 « J'ai toujours été extrêmement suivie sur le plan gynéco parce que j'ai eu des problèmes depuis l'âge de 18 ans ».

Deux autres patientes ont évoqué des antécédents médicaux personnels sans préciser si cela a pu influencer leur suivi gynécologique passé ou actuel.

e) Une influence de l'entourage

Plusieurs patientes ont expliqué spontanément qu'il y a eu dans leur famille des antécédents de cancer et que cela a eu un impact sur leur prise en charge et sur l'importance qu'elles portent au dépistage :

P6 « De mon côté il y a pas mal de cancers donc par rapport à ça j'essaie de prévenir plutôt ! ».

P8 « J'ai 3 cousines qui ont eu un cancer du sein donc je suis suivie là-dessus ».

Deux patientes ont été poussées par leur famille à se faire suivre sur le plan gynécologique. Là aussi l'une d'elle évoque des antécédents familiaux :

P7 « Ma mère et ma sœur me disaient : "ah mais tu te fais pas suivre correctement". Je disais : "mais j'en ai pas besoin, tout fonctionne bien, il n'y a pas de soucis", sauf que c'est un tort !! Surtout avec les gros antécédents familiaux ! ».

P10 « et puis on a été assez briefé personnellement dans notre famille... C'est vrai entre les cancers et cetera... Du coup pour nous, on en parle facilement et on essaie de pas trop qu'il y ait ce genre de chose ! ».

Pour une autre, le fait d'avoir dans son entourage des personnes touchées par des cancers, l'incite à faire le dépistage, cependant lorsqu'on lui demande si cela l'influence elle explique qu'elle se convainc de ne pas trop y penser :

P12 « Plus on est âgée plus on entend des histoires de gens qui sont touchés par le cancer donc c'est pour ça qu'on comprend bien l'intérêt de passer quand même cet examen.

- Ça vous influence ?*
- Non pas vraiment ! Je pense que c'est humain, qu'on pense toujours que c'est quelqu'un d'autre qui... ça va pas nous arriver à nous, jusqu'au moment où ça nous arrive. »*

En résumé, l'entourage semble avoir une influence sur le suivi gynécologique des patientes surtout lorsqu'il y a eu des antécédents familiaux de pathologies gynécologiques et en particulier des cancers. Les femmes se disent plus concernées par le dépistage quand un de leur proche a été touché par la maladie.

2. Motivations au suivi gynécologique chez le médecin généraliste

a) La commodité

La notion de commodité est très souvent revenue au fil des entretiens. Le terme « pratique » a été utilisé 29 fois par les patientes.

Cette notion de commodité s'est déclinée sous différentes formes. Certaines patientes ont davantage mis l'accent sur la proximité et la facilité d'accès de la maison médicale. D'autres, plutôt sur une prise de rendez-vous plus aisée. Enfin, certaines ont insisté sur des plages horaires de consultation correspondant mieux à leurs besoins.

➤ La commodité liée à la proximité

Toutes les patientes ont cité cet aspect là :

P3 « Pour les gens à la campagne, car voilà Mont-de-Marsan c'est à 45 Km d'ici donc ça fait loin. On a le médecin à 5 minutes donc c'est très pratique »

P5 « Je n'ai plus besoin de faire des km pour faire un frottis ! Et c'est surtout ça la raison principale ! »

P9 « Si je dois aller à Mont-de-Marsan ça fait 45 minutes si je vais ici ça fait 5 minutes ! [...] le fait que ce soit plus proche ! Pour moi ça a été une évidence ! »

P11 « C'est pratique parce qu'ici on n'a pas beaucoup de gynéco ou alors sur Mont-de-Marsan ».

P14 « C'est pratique d'avoir la possibilité d'avoir ça à coté de chez soi »

En résumé, la notion de commodité liée à la proximité de la maison médicale est un avantage majeur pour les patientes à venir faire leur frottis chez leur médecin généraliste à Gabarret. Elles évitent de devoir parcourir une grande distance pour se rendre à Mont-de-Marsan.

➤ Un gain de temps

Le gain de temps est quelque chose que les patientes ont pu souligner tout au long des entretiens. Elles ont économisé leur temps du fait de la proximité du lieu bien sûr, mais aussi du fait d'un temps d'attente moins important le jour du rendez-vous avec leur médecin généraliste par rapport à une consultation chez le gynécologue.

P1 « C'est que je n'ai pas d'attente... Moins, beaucoup moins... »

Une patiente mettait au même niveau l'aspect proximité et gain de temps, qui sont pour elle essentiels et très liés :

P13 « ça m'évite de perdre la demi journée pour aller à Mont-de-Marsan. Ça fait quand même 45 km ! Pour moi c'est plus pratique de venir à Gabarret parce que ça va me faire perdre quoi 1h alors que si je vais sur Mont-de-Marsan je perds la demi-journée ! [...] C'est surtout la distance et le fait de perdre moins de temps quoi ! »

➤ Une prise de rendez-vous plus rapide

La notion de rendez-vous plus rapide comparée à une consultation chez un gynécologue a été également assez récurrente puisque 8 patientes en ont spontanément parlé.

P2 « Et puis le délai d'attente ! (rire) Plus court ! [...] Le délai ! Parce que quand j'appelle mon gynéco, il faut que j'attende 4 mois ! [...] Pour moi l'inconvénient, le plus important c'est le délai... »

P7 « c'est plus pratique, les rendez-vous vont plus vite [...] En deux ou trois jours j'ai eu le rendez vous. »

P9 « Déjà on a des rendez-vous plus rapides. [...] On ne peut pas forcément prévoir ce qu'on va faire dans 6 mois ! »

Une patiente a mis au même niveau l'importance du délai de rendez-vous et la proximité :

P9 « La question ne se pose pas, pour le même examen je préfère attendre moins et aller plus prêt ! »

En conclusion, la notion de proximité est dans les premiers facteurs de motivation cités et il s'agit en effet d'un des facteurs de motivation principaux car cité par toutes les patientes. La notion de facilité de rendez-vous avec des délais assez courts a souvent été appréciée par les patientes et constitue également l'un des principaux facteurs de motivation.

➤ Horaires de consultation compatibles avec les horaires de travail

Deux patientes ont également insisté sur l'aspect pratique en lien avec leurs horaires de travail. Pour elles, les consultations de médecine générale sont plus facilement accessibles car leur activité professionnelle ne leur permet pas de souplesse dans les horaires.

2 patientes relevaient que l'accès aux consultations de spécialistes était compliqué à cause de leur vie professionnelle, c'est pourquoi elles apprécient de venir faire leurs frottis à Gabarret :

P6 « Les rendez vous sur Mont-de-Marsan, il faut les prendre très tôt et moi malheureusement mes contrats c'est au jour le jour. Disons que si les rendez vous sont en début d'après-midi et qu'il n'y ait pas de place autrement, je ne peux pas ! Et je peux que le soir après 4 heures et demi, 5 heures donc c'est plus facile que partir à Mont-de-Marsan sur les coups de 5 heures du soir. Le temps de rentrer et tout... Le sens pratique quoi ! Et les horaires en lien avec mon travail ! »

En résumé, les patientes sont pour la plupart d'entre elles des femmes actives, certaines ont trouvé un avantage à venir faire leur frottis à Gabarret du fait d'une facilité de prise de rendez-vous adaptée à leurs horaires de travail.

b) Une centralisation géographique des soins

Une patiente a expliqué que pour elle le fait que le médecin généraliste soit dans une maison de santé où tout était centralisé avait une grande importance. En venant à la maison médicale elle pouvait voir un dentiste, un généraliste et même un vétérinaire pour son animal de compagnie.

P10 « Je trouve ça pas mal parce que ça centralise tout. Ça m'arrange! En plus j'ai mon dentiste! [...] On a le vétérinaire à coté et tout... »

La notion de centralisation géographique des soins avec plusieurs corps de métiers dans la même localité a été évoquée par une patiente comme un avantage à venir réaliser son suivi gynécologique chez le médecin généraliste. Il s'agit d'un argument minoritaire car évoqué par une seule patiente.

c) Le besoin de réassurance

Les patientes ont beaucoup insisté sur leur besoin de se sentir rassurées par leur médecin généraliste.

La recherche de réassurance a beaucoup été exprimée tout au long des entretiens et les mots « rassurée », « inquiète » et « peur » son fréquemment revenus :

P1 « Me sentir rassurée oui et beaucoup plus rassurée »

P7 « ça se passe super bien parce qu'elle vous rassure ».

P9 « C'est hyper rassurant ! »

Cette réassurance a parfois été recherchée à la suite d'inquiétudes sur des problèmes de santé :

P1 « Ma docteur m'a dit : "dès que je le reçois [le résultat du frottis], s'il y a quelque chose qui ne va pas, quelque chose qui cloche je vous le dirais" et donc je suis partie rassurée ».

P7 « J'ai cru il y a deux ans que je faisais une pré-ménopause car ma mère a été ménopausée jeune. Ça m'a fait peur, bouffées de chaleur sur bouffées de chaleur, à en mourir ! J'ai eu très peur ! Je suis venue et elle m'a rassurée ! [...] Quand je suis ressortie j'étais rassurée ! »

Devant des urgences ressenties, certaines patientes ont eu besoin d'être reçues rapidement en consultation par leur médecin. Elles ont vite été rassurées sur leur état de santé :

P7 « Si on a peur, on n'a pas besoin de prendre un rendez vous à Mont-de-Marsan et d'attendre un mois et demi voir deux mois avant qu'on nous reçoive [...] J'ai été prise tout de suite donc ça rassure ! Parce qu'on sait qu'on peut compter quand même sur les médecins qui sont là pour nous rassurer et nous dire si il faut vraiment aller à l'hôpital ou pas. »

Parfois, il s'agit d'inquiétudes qui s'apaisent vite par le biais d'un appel téléphonique avec leur médecin :

P7 « A la moindre inquiétude, je l'appelle. Et hop ! Un petit coup de fil, je l'appelle, je lui en parle. Elle me rassure, "vous n'inquiétez pas c'est normal" [...] Très rassurant ! C'est très important ! [...] Une femme enceinte elle a toujours ses peurs et ses craintes quoi ! »

Parfois cette réassurance téléphonique était recherchée à la suite de la réception de comptes rendus médicaux dans lesquels les termes étaient mal compris :

P4 « Ce qu'on fait c'est qu'on appelle le médecin pour savoir ce qu'il en pense et quand il nous dit que c'est bon, c'est que c'est bon quoi ! On est rassuré après [...] Moi j'ai téléphoné parce que j'avais pas compris le résultat. Elle s'est inquiétée et a rappelé assez vite ! En me disant : "c'est bon il y a pas de soucis !" De ce côté là j'étais satisfaite ! Quand même, elle m'a renseigné de suite ! Elle n'a pas attendu 2 jours à me rappeler »...

En résumé, le besoin de réassurance est un concept fort et très souvent exprimé par les patientes. L'inquiétude naît très vite, que ce soit à la suite d'un évènement stressant ou simplement à la suite de la réception de leur résultat d'examen. Elles trouvent en leur médecin généraliste cette réassurance tant recherchée, ce qui constitue un des principaux avantages à réaliser leur suivi chez leur médecin généraliste.

d) Un lien privilégié avec leur médecin

- Un médecin qui connaît bien ses patientes

Les patientes ont beaucoup insisté sur l'importance, selon elles, que le médecin qui effectue leur suivi gynécologique les connaisse bien. 7 patientes citent cet argument comme un des principaux avantages à leur suivi :

P1 « Le fait que c'est mon docteur qui peut le faire, le fait qu'elle me connaisse très bien »

P4 « Je suis plus à l'aise de venir voir mon généraliste qui peut pratiquer, que d'aller voir un spécialiste comme ça une fois par an qui nous remet pas »

P5 « Les avantages c'est que c'est déjà notre médecin, donc on le connaît bien, on est à l'aise, donc ça c'est important ! »

P6 « C'est plus rassurant quand on connaît la personne ! Moi personnellement je préfère ! »

P9 « On connaît quoi ! On côtoie assez régulièrement ! Moi je suis plus rassurée »

Pour une patiente, le fait que le médecin la connaisse personnellement et identifie bien ses craintes est un atout:

P7 « Moi je suis une grosse trouillarde ! Donc je suis rassurée de savoir qu'ils nous connaissent et qu'ils savent comment on fonctionne. C'est plus rassurant. [...] Elles savent nos craintes ! Nos craintes et nos peurs ! Elles savent sur quoi il faut qu'elles nous rassurent ! Surtout moi qui suis une grosse trouillarde ! »

Une patiente exprime sa timidité, et explique que le contact est plus facile avec son médecin car elle le connaît bien :

P6 « Si je connais pas je parle pas facilement donc je préfère autant le faire avec une personne que je connais déjà que quelqu'un que je connais pas ».

- **Un contact apprécié**

Cette relation bienveillante crée un climat différent lors des consultations que les patientes apprécient.

P1 « Le fait que ce contact soit beaucoup plus chaleureux... »

P10 « Il y a un meilleur contact ! »

P2 « Quand on connaît bien son médecin généraliste, c'est sympathique. »

P7 « C'est pas familial mais presque »

- **Presque un lien personnel**

Pour certaines, c'est bien plus que le simple fait de connaître leur médecin. Il s'agit d'une relation personnelle tissée entre eux au fil des années.

Bien souvent cette relation s'est construite au fil des aléas de la vie des femmes et une affinité s'est créée entre les patientes et leur médecin.

P1 « Je l'ai rencontrée parce que j'avais beaucoup de problèmes personnels, elle m'a toujours rassurée, elle a toujours eu les bonnes paroles. Alors le fait que je vienne me faire suivre pour la gynécologie c'est une visite presque normale ».

P2 « C'est quelqu'un que j'apprécie, alors du coup c'est plus simple et je ne regrette pas d'y aller ! »

P5 « Elle sait beaucoup de choses de nous, de notre vie perso. Elle nous a suivis dans nos malheurs et nos aventures, donc on est proche d'elle. Et il y a quand même une affinité, ça c'est important aussi de se sentir bien avec son médecin [...] On peut se confier ! Ce que j'aime dans le médecin généraliste c'est qu'on peut se confier, il connaît tous nos bobos ! Nos états d'âme aussi ! [...] Elle sait par où je suis passée et donc justement je me sens très très bien avec elle ! Elle me comprend ! »

- Il les connaît sur le plan personnel mais aussi médical

Les patientes expliquent toute l'importance que leur médecin connaisse bien leurs habitudes de vies, mais aussi leurs traitements, antécédents personnels et familiaux. Cette notion de « référent médical » a été soulevée par deux patientes.

P4 « Le médecin généraliste il vous connaît... Ce qu'il peut y avoir à côté, ce qu'il peut mettre en place pour nous... En suivant nos habitudes, nos traitements et tout ça... »

P14 « Le médecin connaît le dossier [...] Il a toutes les données sous la main, on n'est pas obligé de répéter les choses qu'on a déjà dit »

P7 « Elles savent nos antécédents, elles savent ce qu'a donné le dernier frottis ».

- Il consulte également le reste de la famille

Une patiente explique que le fait qu'elle consulte pour d'autres motifs, mais également pour ses enfants, est quelque chose de positif dans sa relation avec son médecin :

P4 « Je ne me sens pas gênée quand je viens voir le généraliste ici ! Parce que justement je l'ai vu plusieurs fois par rapport à mon petit garçon ou pour d'autres choses »

En résumé, le fait de bien connaître son médecin et de pouvoir bénéficier d'une relation privilégiée avec lui sont des avantages recherchés par les patientes.

La relation qui s'établit entre un médecin et ses patientes semble être un atout majeur pour effectuer le suivi gynécologique chez le médecin généraliste.

e) La confiance

La confiance est un élément important, rapporté par 5 patientes :

P2 « Et puis le médecin généraliste comme on le voit plus souvent, on a peut être plus confiance...»

P5 « Je lui fais entièrement confiance ! [...] Je me fie à elle ! »

P14 « J'y vais en confiance ! »

Pour P1 il s'agit d'un élément fondamental dans son suivi avec son médecin généraliste :

P1 « La confiance c'est surtout ça ! [...] Je lui ai fait totalement confiance... [...] Comme c'est le docteur qui me suit, s'il y a quelque chose, je serais beaucoup plus en confiance qu'avec quelqu'un que je ne connais pas. Et c'est beaucoup mieux ! »

Par ailleurs, une patiente explique en parlant de son gynécologue et de son médecin généraliste, que la confiance qu'elle leur accorde est équivalente :

P9 « J'ai autant confiance en l'un qu'en l'autre ! »

En résumé, la confiance que les femmes portent à leur médecin généraliste est un avantage à le consulter pour le suivi gynécologique.

f) Les compétences du médecin généraliste

➤ Ses compétences techniques

3 patientes ont exprimé apprécier la compétence de leur médecin généraliste.

Une patiente a expliqué qu'il s'agissait d'un médecin et qu'à ce titre cela lui suffisait pour venir le consulter :

P1 « Je me suis dit que c'était un docteur donc pourquoi ne pas faire ça ».

3 patientes ont expliqué qu'il s'agissait d'une **consultation de qualité** :

P1 « Elle approfondira les choses s'il y a quelque chose de suspect ou autre. Elle abordera les choses différemment. »

P10 « Une qualité de service ! »

P11 « C'est tout à fait dans ses compétences donc ça me pose pas de problème ».

2 patientes soulignent que les gestes techniques sont réalisés avec **douceur** :

P7 « Elles sont vraiment très douces ».

Certaines ont particulièrement apprécié **les explications données** par leur médecin généraliste. Une patiente explique que le médecin lui a décrit le geste et le matériel utilisé pour le frottis :

P1 « Elle m'a tout expliqué, en m'expliquant les pinces et tout ça. Malgré que je le savais déjà parce que c'est pas la première fois que je le faisais. Mais avec les détails et tout, j'ai été beaucoup plus à l'aise [...] J'ai trouvé une femme, qui est très douce, qui sait expliquer »

D'autres apprécient **les explications du médecin sur les courriers médicaux** reçus parce qu'elles ne comprennent pas toujours leur contenu :

P1 « C'est pas un simple courrier que je vais recevoir chez moi, comme on le fait généralement chez les gynécologues, où on reçoit un simple courrier avec aucune explication ».

P7 « après il y a des expressions qui sont un peu dures à comprendre alors soit je vois le docteur soit je l'appelle qu'elle m'explique ».

➤ Ses compétences humaines

Les compétences humaines du médecin sont des qualités très appréciées des patientes.

*L'une d'entre elles met en avant **la patience** de son médecin :*

P1 « Elle m'a abordé avec patience »

Plusieurs patientes ont mis en avant **l'écoute et le soutien** apporté par leur médecin :

P1 « Elle a l'épaule pour écouter ».

P4 « Le généraliste est un peu plus à l'écoute »

P5 « J'ai vraiment eu une écoute... Plus qu'un médecin généraliste ! Elle a été là pour moi, m'a écoutée quand il a fallu ! On peut dire qu'elle m'a fait des consultations psy ! Un soutien énorme ! »

➤ Sa capacité à orienter vers un système de soin

La capacité du médecin généraliste à adresser la patiente vers un spécialiste ou système de soin secondaire, est une qualité souvent soulignée par les patientes.

Ainsi 4 patientes ont développé ce facteur de motivation :

P3 « Je pense que si les résultats pour les premiers examens qu'il fait sont pas bons, le généraliste est obligé d'orienter vers un gynécologue »

P5 « Si elle me dit : "il vaut mieux que tu ailles voir un gynéco", alors j'irai voir un gynéco. [...] Alors voilà le docteur me dira d'elle-même : "il faut aller voir un spécialiste si le frottis n'est pas bon" »

P7 « On sait qu'on peut compter quand même sur les médecins qui sont là pour nous rassurer et nous dire s'il faut vraiment aller à l'hôpital ou pas. »

Une patiente explique que la consultation chez le médecin généraliste permet un premier examen à proximité. Si cela s'avère nécessaire, elle peut être adressée sans délai par son médecin vers une autre structure de soin. C'est une façon pour elle d'entrer dans un système de soins efficace.

P7 « On sait qu'on a deux médecins ici qui font le suivi gynécologique et que si elles ne peuvent pas nous aider elles nous envoient directement à Mont-de-Marsan et que c'est beaucoup plus rapide. La prise en charge derrière est plus rapide ! Ouais ! Parce qu'en général c'est elles qui appellent !»

En résumé, les compétences du médecin généraliste sont des facteurs de motivations pour les patientes à effectuer leur suivi gynécologique au cabinet de médecine générale. Elles apprécient ses capacités techniques et ses qualités humaines en particulier d'écoute et d'empathie.

De plus, sa compétence à organiser une prise en charge secondaire rapide, adaptée et efficace lorsque cela s'avère nécessaire, est un élément important pour les patientes.

g) Un coût plus accessible

Une patiente a mis en avant l'impact d'un moindre coût de la consultation de médecine générale par rapport à une consultation chez un gynécologue :

P7 « Le coût aussi ! Parce que c'est le prix d'une consultation normale, alors que chez un gynécologue ça monte assez vite ! Après ça dépend si on nous fait le tiers payant ou pas. Ici au pire on va dire, à la place de 7,50 pour une consultation normale, pour un frottis j'ai rajouté 3 euros. Si on monte à Mont-de-Marsan il y en a pour une quarantaine d'euros pour faire exactement la même chose. Plus l'essence ! »

En résumé, le coût inférieur d'une consultation de médecine générale par rapport à celle d'une consultation par le gynécologue est un avantage à se faire suivre par leur médecin généraliste pour les frottis. Cet avantage est néanmoins minoritaire car rapporté par une seule patiente.

h) La satisfaction globale des patientes

Nous avons décidé de demander aux patientes quel était leur degré de satisfaction concernant leur suivi gynécologique.

Toutes les patientes ont donné une impression de satisfaction globale :

P3 « Je suis 100 % satisfaite ! »

P5 « 10/10, je suis très satisfaite. Cela me convient ! [...] Pour moi c'est formidable de pouvoir effectuer un frottis chez le médecin généraliste. C'est un confort ! C'est très agréable ! »

P7 « Hyper bien ! Franchement je ne changerai pas ! Si elles restent là et que ça change pas, je garderai le Dr X et Z pour le suivi gynécologique »

P10 « Génial ! Rien à dire !... C'est une chance ! Je vois ça de manière très positive et j'encourage fortement ce genre de développement ».

Deux patientes ont précisé que cette prise en charge influencera positivement la régularité de leur suivi futur :

P1 « Je reviendrai faire mes suivis plus régulièrement. Je serais plus sérieuse ! »

P2 « J'ai fait un seul frottis ici mais je pense que je ferai bien les frottis ici. »

i) Conclusion

Les patientes ont exprimé une satisfaction globale de leur suivi gynécologique chez le médecin généraliste, en lien avec de multiples facteurs de motivation.

Celui qui a été le plus souvent cité est la commodité d'accès et de proximité de la maison médicale, permettant un accès facile aux soins. Cela semble être le principal avantage que trouvent les femmes à effectuer leur frottis chez le médecin généraliste, couplé avec la possibilité d'obtenir un rendez-vous rapide et adapté à leurs horaires.

Les atouts tels que la centralisation géographique des soins et le coût inférieur d'une consultation chez le généraliste ont également été mis en avant par les patientes.

Parmi les avantages on trouve également le lien privilégié avec leur médecin généraliste puisque là aussi quasiment toutes les patientes l'ont exprimé. Les patientes apprécient tout particulièrement ce lien personnel qu'elles ont tissé avec leur médecin traitant au fil des années. Elles attachent une grande importance à ce contact privilégié ainsi qu'aux explications données par leur médecin. Les qualités humaines et professionnelles de leur médecin généraliste ont été mises en avant tout au long des entretiens. Elles disent accorder leur confiance à leur médecin et apprécient qu'il puisse déléguer à un spécialiste ou les adresser vers un système de soin secondaire en cas de besoin.

En ce qui concerne leur ressenti, elles sont en recherche d'écoute mais surtout de réassurance auprès de leur médecin. Elles apprécient la possibilité de pouvoir être vues rapidement en cas d'inquiétude ou d'avoir un contact rapide avec lui, même téléphonique.

3. L'acceptation de ce suivi : Franchir le pas

Après l'étude des facteurs de motivations cités dans la partie précédente, nous nous sommes intéressés au parcours des patientes vers l'acceptation de la réalisation du frottis chez le médecin généraliste. Dans un premier temps, nous avons étudié comment elles ont appris l'existence de ce suivi chez le généraliste et enfin ce qui les a poussées à accepter cette prise en charge.

a) La découverte de la possibilité de réaliser leur frottis chez leur médecin généraliste

La première étape dans le changement passe par la découverte de l'existence de cette possibilité de suivi. Nous nous sommes intéressés à la façon dont les patientes ont eu cette information.

➤ L'information en salle d'attente

- La pancarte informative

Beaucoup de patientes ont découvert la possibilité de faire réaliser leurs frottis au sein de la maison médicale alors qu'elles patientaient dans la salle d'attente. La pancarte où il est inscrit que les médecins généralistes peuvent réaliser leurs frottis leur a donné l'idée d'en parler à leur médecin.

Pour certaines cela a été une réelle découverte de ce suivi :

P8 « Je l'ai vu parce qu'elle a mis l'affiche. Du coup je lui ai posé la question et je suis venue ».

P9 « C'était marqué sur les petits panneaux d'affichage... C'est bien indiqué ! ».

P4 « C'est marqué en salle d'attente, alors je l'ai vu là ».

P6 « Il n'y aurait pas eu l'affiche je ne sais pas si je l'aurai su. Il y en a pleins qui ont été comme moi. [...] Quand on ne vient pas on ne peut pas savoir ! Après c'est en face de la salle d'attente alors quand on attend, on le voit ! Et c'est là que j'ai vu et que j'ai découvert ».

Souvent l'affiche a été remarquée à l'occasion d'une autre consultation :

P3 « J'ai lu la petite affiche dans le couloir lorsque j'attendais pour un autre rendez-vous ».

P7 « Je suis venue pour une consultation, je crois que c'était pour le petit et là on voit que c'est affiché " les médecins Dr x et z réalisent les frottis et les suivis gynécologiques ". Sinon je ne suis pas sûre que je serais venue !

Elles ont apprécié pour la plupart cette information :

P1 « Le fait que ce soit affiché c'est très bien »

P5 « J'ai trouvé ça super ! »

P14 « J'ai trouvé ça intéressant que ce soit affiché. »

Au total, toutes les patientes ont remarqué la pancarte informative dans la salle d'attente. Pour 10 d'entre elles cela a constitué le moyen de découverte exclusif de la possibilité de réaliser leur suivi au sein de la maison médicale.

- Les flyers sur le dépistage

En ce qui concerne les flyers mis en libre-service dans la salle d'attente, une seule patiente en a parlé.

13 patientes n'avaient rien remarqué (de plus que la pancarte) :

P2 « J'y prête pas trop attention [...] je ne l'ai pas forcément lu ».

P3 « Hormis l'affiche qui dit qu'elles font des frottis, je ne sais pas s'il y a des petits prospectus pour expliquer... Je ne sais pas, j'ai pas vu. »

P8 « Moi je n'en ai pas vu, à part l'affiche »

P10 « J'ai pas grand souvenir de ce genre d'information. Ça m'a pas bien marquée. Non franchement, il y a rien qui ait retenu mon attention en tout cas ! »

Une patiente avait les prospectus en main lorsqu'elle est venue à l'entretien, elle m'a expliqué qu'elle venait de les découvrir aujourd'hui et ne les avait jamais remarqués auparavant :

P12 « J'ai vu ça, mais juste aujourd'hui ! [rire] Je sais pas si ça y était avant ! Mais peut être ça m'a attiré l'œil car je savais qu'on allait se rencontrer »

Au total, le prospectus n'a eu d'impact pour aucune patiente dans la découverte du suivi gynécologique chez le généraliste. Une seule patiente a cité spontanément ce prospectus (ou flyers) mais l'a découvert que tardivement le jour de notre entretien et donc bien après avoir réalisé ses frottis au sein de la maison médicale.

➤ La proposition du médecin

2 patientes ont découvert l'existence du suivi gynécologique au sein de la maison médicale via la proposition directe de leur médecin.

P10 avait été informée au préalable par son médecin puis avait découvert l'affiche après :

P10 « Mon médecin traitant qui me l'a dit ! Il m'a dit qu'il ne le faisait pas lui mais qu'on le faisait au sein de la maison médicale ! ... Et à la suite de ça, j'ai remarqué que c'était affiché ! »

L'autre patiente (P9) a découvert ce suivi conjointement par la proposition et la pancarte. Elle ne savait plus lequel des deux avait précédé l'autre.

P9 « C'était marqué sur les petits panneaux d'affichage et puis bon le médecin me l'a dit aussi ! »

Au total, 2 patientes ont découvert l'existence de ce suivi via la proposition directe de leur médecin généraliste.

➤ Le bouche à oreille

Une seule patiente a cité le bouche à oreille comme moyen de découverte de l'existence du suivi gynécologique chez son médecin généraliste.

P2 « C'est un petit village, donc par "oui dire" »

b) Motifs ayant déclenché l'acceptation de ce suivi

La découverte de la possibilité de réaliser son frottis chez son médecin traitant est une première étape. Indispensable, mais pas toujours suffisante pour franchir le pas et prendre rendez-vous pour cet examen. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux motifs de changement d'opinion dans l'acceptation de ce suivi : Quel a été le facteur déclenchant ? Quel événement les a conduites à accepter ce suivi ?

➤ Un évènement de vie déclenchant

Parfois, c'est à la suite d'un évènement de vie particulier que les patientes ont vraiment pris conscience de la nécessité de se faire suivre sur le plan gynécologique et ont décidé de passer le pas pour prendre rendez-vous avec leur médecin généraliste pour un frottis. Pour certaines d'entre elles, il s'agissait d'un problème de santé aigu ou d'inquiétudes liées à l'avancée dans l'âge.

- Une avancée dans l'âge

Deux patientes ont mis en avant leur entrée dans la quarantaine comme facteur ayant concouru à un suivi gynécologique plus assidu :

P1 « Je me suis dit que quelque part j'arrivais sur 40 ans alors qu'il fallait que je sois un peu plus sérieuse »

P4 « Déjà il y a mon âge ! Parce qu'à 20 ans, on ne pense pas forcément à se faire suivre, mais à 38 on commence à réfléchir, et à se dire : "Eh ben tiens depuis la dernière grossesse. Tss ! On n'a pas eu de suivi !" [...] J'ai vraiment pris conscience maintenant qu'il faut avoir un suivi beaucoup plus sérieux ! »

- Un problème de santé

Ces deux mêmes patientes ont évoqué un problème d'ordre gynécologique qui les a conduites à se diriger vers leur médecin généraliste :

P1 « *ça s'est fait parce qu'il m'était arrivé un petit incident... La docteur, comme je savais qu'elle faisait de la gynécologie, elle devait me retirer mon stérilet* »

P4 « *Il y a eu ce problème aussi quoi... Un problème gynécologique quand ça arrive un peu régulièrement on se pose des questions ! [...] Il y a que quand on a mal qu'on dit "houlà" [...] Et puis j'avais eu des problèmes donc du coup j'avais consulté pour ça et en même temps j'avais posé la question pour savoir si elle pouvait... Si elle avait le temps ou pas de faire le frottis.* »

Pour ces deux patientes, une inquiétude concernant un problème de santé gynécologique les a poussées à consulter leur médecin généraliste.

En résumé, deux patientes ont eu des événements de vie, propres à leur histoire, en particulier liés à leur avancée en âge et à des soucis gynécologiques. Ces deux facteurs conjoints ont eu un impact déterminant dans l'acceptation du suivi chez leur médecin généraliste.

➤ L'impact d'une proposition

Comme nous l'avons vu précédemment, deux patientes ont déclaré avoir découvert le suivi chez le généraliste via la proposition de leur médecin.

Mis à part pour ces deux patientes, la proposition a rarement été l'occasion de la découverte de ce suivi, mais nous allons voir que cela a pu constituer un élément déclencheur fort dans l'acceptation de ce dépistage.

- Qui du médecin ou de la patiente a fait le premier pas ?

7 patientes ont déclaré que **leur médecin leur avait parlé de la possibilité de réaliser leur suivi gynécologique au sein de la maison médicale :**

P2 « *Elle me l'a dit! Tout simplement ! Et vu que ça faisait longtemps que j'en avais pas fait elle m'a proposé, et j'ai dit "en avant" !* »

P14 « *C'est elle qui a abordé le sujet* »

7 patientes ont ressenti le **besoin d'en parler d'elles-mêmes à leur médecin** et d'aborder le sujet avec lui:

P6 « *J'en ai parlé et c'est elle qui m'a dit : " je le fais" ».*

P5 « *C'est moi qui lui en ai parlé !* »

Parfois **la proposition est venue d'un autre médecin** qui a orienté la patiente vers une consœur:

P10 « *Il m'a dit Dr X le fait. Il m'a dit on va regarder et on a calé un rendez vous ! Et j'ai vu Dr X aussitôt !* »

- La proposition du médecin : un élément déterminant ?

Pour certaines cet élément est déterminant car il a guidé leur décision :

- P1 « *Je pense qu'elle a peut être vu que je n'osais pas le lui demander [...] Lorsqu'elle m'a dit que si je voulais elle pouvait, je me suis lancée* ».
- P2 « *Après je savais qu'elle le faisait ! Mais bon ça ne m'était pas forcément venu à l'idée ... J'ai dit "pourquoi pas !"* »
- P7 « *J'ai attendu, attendu jusqu'au moment où le Dr X m'a dit qu'elle faisait les frottis* ».

Pour 4 patientes la proposition n'a pas été nécessaire pour déclencher l'acceptation de ce suivi, leur décision étant déjà prise :

- P3 « *J'étais déjà décidée. J'ai dit : "Bonjour je viens pour le frottis !"* »
- P5 « *Elle m'en a parlé mais bon c'est tellement affiché que... Elle n'a pas besoin d'en parler, les gens le voient et c'est nous qui abordons le sujet* ».

- Une attente des patientes ?

Par pudeur, **certaines n'osaient pas en parler à leur médecin** et étaient dans l'attente de cette proposition. Elles expliquent l'importance que les médecins fassent le premier pas dans cette démarche.

- P1 « *On n'a pas forcément envie d'en parler et quand le médecin dit " je peux le faire" la porte est ouverte. Ça facilite plus la chose [...] Le fait que le médecin fasse le premier pas, après la patiente elle suit ! Pour moi c'est l'effet que cela m'a fait !* »

Une patiente explique regretter que le médecin ne lui ait pas proposé le suivi gynécologique, car pour elle cela aurait eu un réel impact :

- P11 « *Le fait qu'on n'en parle pas et que les médecins le proposent pas. Après je suis ménopausée et je n'ai plus de soucis mais peut être qu'elle le fait à des jeunes femmes qui ont besoin et qu'elle leur propose. Mais moi on ne m'avait pas proposé! Je pense que nous en tant que patiente on ne va pas aller demander au médecin : "Est ce que vous allez me faire un frottis ?"! Si c'est le médecin qui nous le propose, je pense qu'il n'y a pas de problème. [...] Si le médecin le propose pas nous on peut penser qu'elle n'a pas envie de le faire ou que c'est pas dans ses compétences !*

En résumé, pour la moitié des patientes la question du suivi gynécologique au sein de la maison médicale a été abordée par le médecin généraliste lui-même. Pour l'autre moitié, ce sont les patientes elles-mêmes qui ont décidé d'en parler à leur médecin. L'initiative de ce suivi est donc réalisée de part égale par les médecins et les patientes.

L'invitation du médecin à pratiquer le frottis a été une idée centrale dans notre étude.

On peut voir que pour plusieurs patientes le fait que la proposition vienne du médecin lui-même est un élément déterminant dans l'acceptation de ce suivi.

Il existe bien des difficultés pour elles à aborder la question de ce suivi avec leur médecin. Elles évoquent des tabous, la pudeur et des réticences à proposer au médecin qu'il réalise leur frottis. Néanmoins lorsque la proposition vient de celui-ci ces difficultés sont levées.

➤ Une opportunité

Plusieurs patientes ont expliqué avoir eu un frottis à l'occasion d'une consultation classique pour un tout autre motif. Leur médecin leur a proposé de réaliser le frottis immédiatement lors de cette consultation. C'est l'opportunité de le faire réaliser sur l'instant, qui a fait qu'elles ont franchi le pas.

P10 « J'ai été la voir pour autre chose et elle m'a proposé de le faire puisque je demandais aussi un renouvellement de pilule. Alors c'était un frottis non prévu, réalisé à l'improviste ! »

P2 « J'étais en consultation, et hop c'était fait ! »

P12 « Il y a quelques années je suis passée je ne sais plus pour quoi... Je pense que c'était pour les certificats médicaux pour les filles. Et là le Dr Z a dit : "Est ce que vous savez que on s'en occupe aussi ? Si vous voulez je peux vous faire un frottis ?" Je pense qu'elle a lu dans mon dossier que ça datait d'il y a un peu de temps et donc du coup on l'a fait ! »

Elles ont plutôt apprécié cette spontanéité qui facilite le suivi :

P2 « J'aurais pu prendre rendez-vous, mais bon si on peut le faire maintenant, c'est super ! »

Une patiente explique avoir été surprise et un peu décontenancée par la proposition mais que finalement elle considère que c'était une bonne chose :

P10 « Quand elle m'a dit : "pas de problème je peux faire ton renouvellement mais si tu veux je peux réaliser le frottis vu que tu as manqué le rendez-vous et cetera" [...] Alors au-delà du fait que j'étais pas prête psychologiquement et physiquement j'ai trouvé ça super génial ! Pratique ! Je suis ressortie et avec mon ordonnance et le contrôle était fait quoi ! Donc génial ! Rien à dire ! »

En résumé, le fait d'avoir eu l'opportunité de faire réaliser le frottis sans délai lors d'une consultation pour un autre motif a permis d'initier ce dépistage. En effet, le fait que cet examen puisse être réalisé de manière spontanée et non programmée a poussé les femmes à accepter cette prise en charge.

➤ Un suivi à la demande du gynécologue

Une des patientes a une histoire particulière. C'est à la suite d'une consultation chez son gynécologue que celui-ci l'a orienté vers son médecin généraliste. Faut de temps, son gynécologue ne peut assurer toutes les consultations nécessaires à sa prise en charge. Son suivi a donc été organisé pour alterner les consultations entre le gynécologue et le médecin généraliste.

Ainsi, son gynécologue lui a demandé de consulter son médecin généraliste pour les frottis et la suit en parallèle les années où il n'y a pas de frottis.

Cela met en avant les difficultés locales pour pallier à la demande de soin.

P11 « C'est la gynéco qui m'a incitée à faire ça ! Parce que je lui ai demandé : "Est ce que je reviens l'année prochaine ?". Elle m'a dit : "Non, si votre généraliste fait des frottis, faites le faire chez lui " [...] C'est mon gynéco qui m'a dit : "Vous savez je suis surbooké, si votre médecin le fait, faites le faire" ».

De ce fait, cette patiente explique considérer qu'il existe un partenariat entre son gynécologue et son médecin généraliste :

P11 « C'est quand même en partenariat on va dire avec le gynéco »

En résumé, une patiente a accepté de réaliser ses frottis chez le médecin généraliste du fait de l'incitation de son gynécologue.

➤ Un rappel formel dans la boîte aux lettres

Une patiente a bénéficié d'un courrier de relance par sa caisse à l'occasion d'un bilan de santé. Ceci l'a conduite à prendre rendez-vous pour son frottis.

P4 « C'est suite au papier que j'ai reçu de la CPAM. Là ça m'a fait tilt ! C'est vrai qu'il faut y penser ! Donc du coup c'est pour ça que j'ai pris un rendez-vous ».

C'est la seule patiente à avoir parlé de ce type de courrier.

En résumé, pour une patiente le motif d'acceptation de la réalisation du frottis chez le médecin généraliste, a été la réception d'un courrier de relance de sa caisse d'assurance maladie.

➤ L'information en salle d'attente

- La pancarte informative

Pour 5 patientes, le fait que la pancarte indique la possibilité de faire le suivi chez leur médecin généraliste les a décidées à passer le cap et à en parler à leur médecin :

P3 « Je n'aurai pas vu l'affiche, je n'aurai pas eu l'idée de demander s'ils le faisaient »

P13 « J'ai vu qu'elles le faisaient, alors je me suis dit je vais aller là ! »

Pour certaines, la pancarte a débloquent la parole :

P1 « Habituellement on en parle à un gynécologue quand on a des problèmes, mais le fait que je sache qu'elle pouvait le faire, a fait que j'ai commencé à lui en parler »

P6 « Quand j'ai vu l'affiche et comme j'avais rendez-vous avec elle j'ai proposé »

P8 « Je l'ai vu parce qu'elle a mis l'affiche. [...] Du coup je lui ai posé la question et je suis venue ».

En résumé, pour 5 patientes la lecture de cette pancarte informative a non seulement été un moyen de découvrir l'existence de ce suivi chez le médecin généraliste mais aussi cela a été l'élément déclenchant leur prise de décision de venir faire le frottis chez leur médecin généraliste.

- Les prospectus promouvant le dépistage

Comme nous l'avons vu les prospectus présents dans la salle d'attente ne semblent pas avoir eu d'impact sur la décision des patientes de se faire suivre sur le plan gynécologique par leur médecin.

c) Conclusion

Nous nous sommes intéressés à la manière dont les patientes ont découvert la possibilité de faire réaliser leurs frottis chez leur médecin généraliste.

Une patiente l'a découvert par le bouche à oreille, une autre par la proposition de son médecin et une autre indissociablement par la lecture de la pancarte et la proposition de son médecin.

Pour les autres patientes, la découverte est surtout liée à la pancarte informative dans la salle d'attente, élément déterminant pour la majorité d'entre elles.

Une fois qu'elles ont eu connaissance, il y a parfois eu un peu de chemin avant d'accepter l'idée de ce suivi.

Les patientes ont exprimé des évènements qui ont conduit à l'acceptation de ce suivi : parfois il s'agissait d'un évènement de vie personnel, d'une opportunité, de l'orientation par le gynécologue et souvent d'une proposition directe de leur médecin.

- **2 patientes ont franchi le cap à cause de problème de santé et d'inquiétude liée à leur avancée dans l'âge.**
- **Pour d'autres l'évènement déclenchant venait de l'extérieur de la maison médicale puisqu'une avait reçu un courrier de relance de sa caisse et une autre avait été adressée par son gynécologue.**
- **6 patientes ont franchi le cap suite à la proposition de leur médecin. Cette idée est centrale dans les entretiens. Il semblerait que le fait que la proposition vienne du médecin ait un fort impact dans l'acceptation de ce suivi. Les patientes ont par ailleurs exprimé qu'il était important que le médecin fasse le premier pas, en leur proposant le dépistage. Elles mêmes avaient été en attente de cette proposition.**

Enfin, pour 5 patientes la demande est venue d'elles-mêmes une fois qu'elles ont découvert l'information sur la pancarte et n'ont pas eu besoin d'un évènement ou d'une relance.

On peut noter que les prospectus en salle d'attente n'ont pas joué de rôle, ni dans la découverte, ni dans l'acceptation de ce suivi.

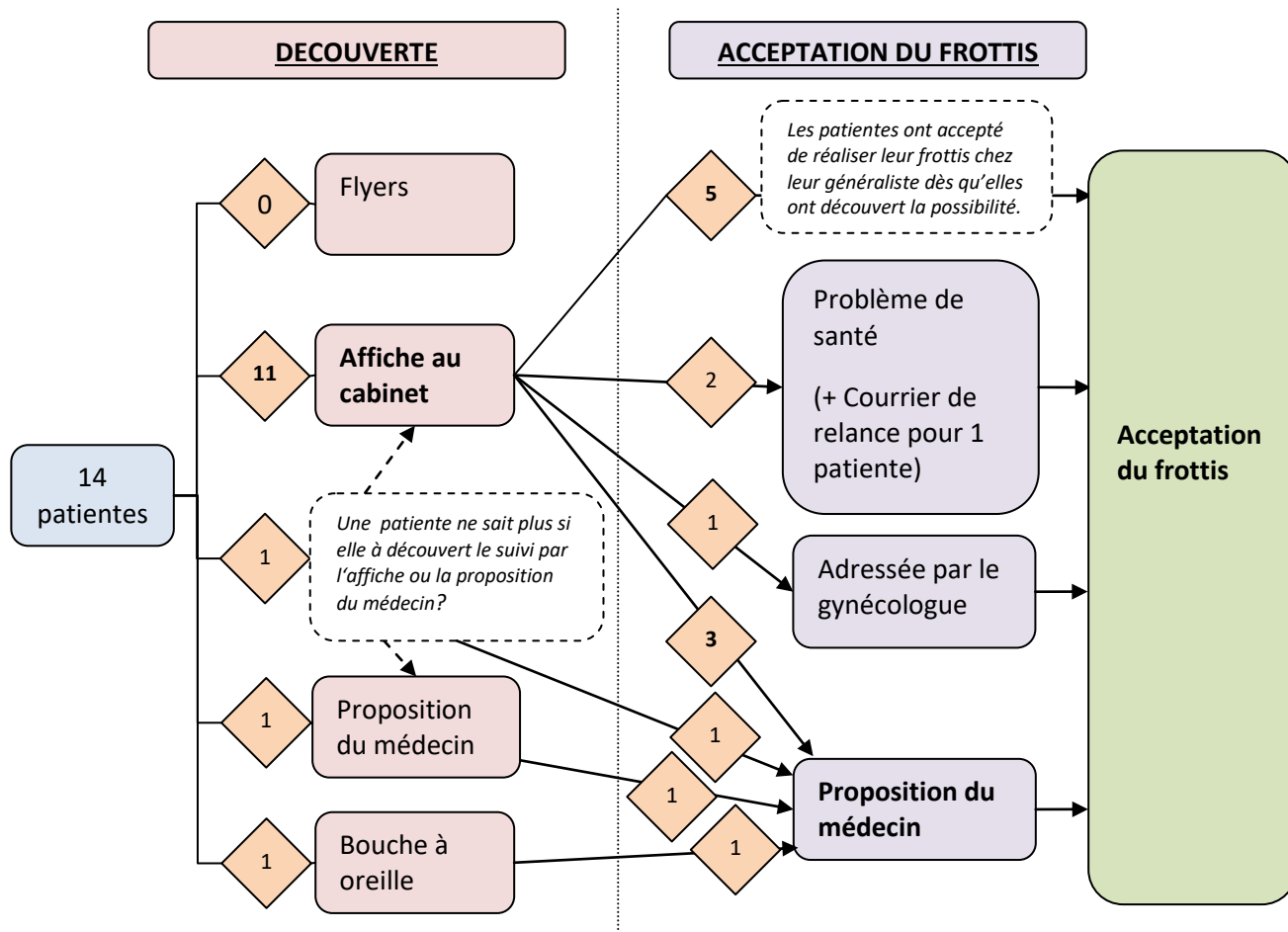


Figure 4 : Découverte et acceptation du frottis par les patientes

4. Freins au suivi gynécologique chez le médecin généraliste

Différents freins ont été évoqués par les patientes tout au long des entretiens. Ils ont été déclinés de différentes manières, puisque parfois il s'agissait de freins qu'elles avaient pu ressentir par le passé et qu'elles avaient réussi à surmonter, ou bien de freins qui persistaient encore à l'heure actuelle.

Dans notre étude nous n'avons pas étudié, par souci de faisabilité, le ressenti des patientes ne se faisant pas suivre par leur médecin généraliste. Nous avons néanmoins décidé d'aller un peu plus loin en interrogeant les patientes sur les projections qu'elles ont, ou sur ce qui a pu leur être rapporté par d'autres femmes de leur entourage. Nous leurs avons demandé pourquoi, selon elles, certaines femmes ne se font pas suivre par leur médecin généraliste pour leur frottis.

Le but de cette question est de se faire une idée plus large sur les freins qui peuvent exister dans leur entourage par exemple, reflétant ainsi les freins pouvant exister chez les femmes n'adhérant pas à ce dépistage.

Dans cette partie, nous avons détaillé chaque frein exprimé par les patientes selon la manière dont il a été évoqué : en tant que frein passé, frein persistant à l'heure actuelle, ou bien en tant que projection du ressenti de leurs semblables.

a) La peur de l'examen

La peur du frottis est une idée qui a souvent été exprimée par les patientes, parfois il s'agissait de la peur du geste et d'autres fois, plutôt de celle du résultat.

➤ La peur du geste

La peur du geste a constitué un frein pour 2 de nos patientes :

P4 « Moi j'aime pas trop, c'est pas agréable, il y a ce côté un peu stressant. Enfin moi je sais que ça me stresse ! »

P7 « La douleur ! Que ce ne soit pas bien fait, que ce soit douloureux ».

Pour la première patiente, ce frein s'est beaucoup amenuisé au fil des années, même s'il persiste une certaine tension :

P4 « Je ne suis pas à l'aise, il faut que je me dise de respirer un peu... Puis même le médecin me dit "respirez, ça va", enfin bon ! [Rire]».

Quant à la deuxième patiente, ce frein s'est levé au fil des consultations et ne persiste plus à l'heure actuelle :

P7 « La douleur non parce qu'elles sont vraiment très douces ».

Projections :

3 patientes ont évoqué la peur du geste (et de la douleur qui peut en résulter) en tant que frein potentiel des femmes au dépistage :

P12 « Je pense qu'il y a surtout cette peur d'avoir mal ».

Pour une patiente cette peur est surtout liée au fait de ne pas connaître l'acte lors de la toute première consultation :

P14 « La crainte de l'examen en lui-même [...] Si c'est quelque chose qu'elles ne connaissent pas, si c'est la première fois, ça peut être un petit peu impressionnant d'avoir des problèmes ! Enfin une appréhension quoi ! »

Elle a également expliqué l'avoir possiblement ressenti elle-même lors de sa première consultation gynécologique :

P14 « Peut être la première fois mais bon comme j'ai pas de soucis... »

En résumé, 2 patientes ont ressenti une crainte quant à la réalisation même du frottis. Ce frein a disparu pour une d'entre elles mais persiste à minima pour l'autre.

Les patientes considèrent que la peur de l'examen en soi peut être quelque chose qui freine le dépistage.

➤ La peur du résultat

La peur du résultat est un élément qui est revenu souvent au cours des entretiens.

P7 « Le résultat ! C'est ce qui fait le plus peur ! J'ai peur qu'il y ait quelque chose parce qu'au jour d'aujourd'hui on n'est plus à l'abri de rien [...] Il y a toujours cette petite appréhension de quelque chose qui va pas ! »

Pour une patiente cela pourrait même être **un frein rédhibitoire** à son suivi :

P4 « Je pense que c'est la peur du résultat en fait. Moi ce qui me bloquerait de faire les choses c'est la peur d'apprendre qu'il y a quelque chose »

Ces 2 patientes ont toujours cette crainte qui ne s'efface pas malgré les consultations :

P4 « Je le ressens toujours ».

P7 « C'est plus le résultat maintenant qui m'inquiète ! ».

Plusieurs patientes s'inquiètent car elles ne comprennent pas les résultats :

P1 « On reçoit un simple courrier avec aucune explication. Et des fois on essaie de voir ce qu'il y a écrit et on s'alarme pour pas grand-chose ».

P4 « J'ai téléphoné parce que je n'avais pas compris le résultat [...] Quand j'ai reçu les résultats moi j'ai mal lu, j'ai cru que j'avais quelque chose ! »

Une d'entre elle a insisté sur la nécessité de clarifier les résultats car ils sont source d'anxiété:

P4 « Je préférerais qu'il y ait marqué vous avez rien, tout est normal »

En résumé, 3 patientes ressentent une forte appréhension des résultats de leur frottis, et ce frein semble toujours bien présent à l'heure actuelle.

b) La pudeur

La pudeur peut être déclinée sous plusieurs aspects.

On peut parler de pudeur physique au moment de se mettre nue devant un médecin, pour un examen gynécologique. Il existe également une pudeur psychologique liée au fait de parler avec son médecin de sujets qui touchent à l'intimité. Cette dernière peut être influencée par le fait de bien connaître son médecin généraliste.

➤ Une pudeur liée à la nudité

La pudeur a très souvent été évoquée lors des entretiens, elle constitue un frein notable pour les patientes.

2 patientes le ressentent encore même à l'heure actuelle :

P1 « Toujours un petit peu le fait de se dévêtir entièrement... Je suis quelqu'un d'assez pudique [...] ça restera toujours ! C'est assez intime quand même ! »

P4 « Il faut essayer de se détendre parce que ça reste intime ».

Projections :

4 patientes l'évoquent dans leurs projections en tant que frein au suivi gynécologique des femmes:

P3 « Je peux comprendre que d'autres ne seraient pas à l'aise... »

P8 « De la pudeur ! Il y en a beaucoup qui n'osent pas ! C'est un peu tabou quand même ! [...]C'est toujours des questions intimes donc bon voilà... On a toujours du mal à parler ! »

P10 « Je pense que soit on ressent une gêne parce qu'on peut être pudique, mais voilà. [...]Parce que quand vous allez voir votre généraliste, vous n'avez pas forcément besoin d'enlever vos sous vêtements parce que vous avez un problème quelconque ! Bien souvent vous avez votre T-shirt. Parce que là on est une femme, alors là d'un coup ça fait bizarre, on enlève tout ! »

P12 « Il y a quelqu'un qui va regarder dans le vagin ! [...]Cette pudeur ! »

5 patientes disent **ne pas ressentir de pudeur** particulière lors de cet examen:

P3 « Non je suis pas du tout pudique (rire) donc ça va ! [...]Personnellement pour moi un médecin c'est un médecin... Je n'ai rien à cacher à mon médecin ! »

P9 « Pas de gêne ! »

P10 « Je devais être détendue parce que j'ai eu aucune gêne. Voilà c'est comme si j'étais venue faire n'importe quoi d'autre, parce que je pense qu'il y a cette proximité ».

P12 « Je viens des Pays-Bas ! [rire] et en plus moi je suis très pragmatique, si ça doit se faire ça doit se faire ! »

En résumé, la pudeur de la nudité a très souvent été exprimée par les patientes. Cependant, il semblerait que certaines patientes n'aient pas ressenti cette gêne au moment de se dévêtir pour l'examen.

➤ Une pudeur liée à la proximité avec le médecin traitant

La pudeur liée à un examen gynécologique réalisé par le médecin de famille a été un élément mitigé. Certaines patientes ont exprimé se sentir gênées de faire réaliser cet examen par un médecin qu'elles connaissent bien mais d'autres à l'inverse se sentent plus proche et donc plus à l'aise avec leur médecin de famille.

La pudeur est moins prononcée pour certaines avec leur médecin traitant qui les connaît bien :

P11 « Au niveau gynécologique on est quand même plus à l'aise avec le médecin traitant ! Après un médecin c'est un médecin mais on est quand même un petit peu plus à l'aise »

P4 « Moi je suis plus à l'aise ! [...]Il y a des fois quand on a une infection ou quoi on peut être gênée d'aller voir le gynéco en disant : "oh ! Là là ! Il y a des odeurs"... Alors que je ne me sens pas gênée quand je viens voir le généraliste ici ! [...] Je préférerais que ce soit mon médecin que je vois régulièrement parce que pour moi c'est tellement l'intimité la gynécologie, que je préférerais partager ça avec mon médecin traitant que d'aller prendre

un rendez-vous "bonjour monsieur... voilà hop ... ". Même s'il m'explique tout, même s'il est gentil, même si... il y a toujours ce blocage de pff... C'est l'intimité ».

P6 « [...] je préfère autant le faire avec une personne que je connais déjà que quelqu'un que je connais pas. C'est intime aussi ! »

Une patiente se sent moins à l'aise avec le médecin traitant car la proximité peut majorer sa pudeur. Ainsi elle explique qu'elle a une plus grande facilité à se dévoiler à son gynécologue qu'elle voit moins souvent :

P8 « Mon gynéco c'était un homme aussi...mais bon comme ils sont dans la partie. J'ai l'impression qu'on se dévoile plus avec quelqu'un qu'on va voir qu'une fois par an et quand on a des problèmes, que quelqu'un qu'on va voir plus souvent ne serait ce que pour vous, le mari, les enfants. Pour moi ça serait peut être comme ça ! »

Pour une autre peu importe le statut du médecin, cela n'a pas d'impact :

P2 « Peu importe. Quand on va voir un gynécologue c'est pareil, on ne le connaît pas vraiment »

Projections :

Certaines femmes conçoivent qu'il soit délicat de se faire examiner par un médecin traitant qui les connaît bien :

P1 « Un docteur qu'on connaît, qu'on voit tous les jours, on n'a pas envie de se déshabiller devant lui ».

P3 « Moi ça me dérange pas de connaître bien la personne mais peut être que d'autres veulent pas parce qu'elles voient les docteurs pour un rhume ou pour autre chose...et qu'elles veulent pas forcément se faire examiner pour un frottis. Je pense que ça dépend du ressenti de chacun. Moi ça me dérange pas mais bon, je pense que ça doit en déranger d'autres. Il y en a qui préfèrent ne pas connaître les gens justement que de les connaître et de les revoir 8 jours après pour un rhume ».

P8 « Si on le connaît depuis longtemps je pense que ça doit être aussi gênant ! Pour des personnes peut être, pour d'autres c'est peut être plus facile de parler à un médecin de famille que de parler à un étranger. Je pense que ça dépend de la personne et du médecin ».

En résumé, cet élément est mitigé. Les patientes de notre étude apprécient plutôt la proximité avec leur médecin de famille, néanmoins elles conçoivent qu'il peut être délicat pour certaines femmes de se faire examiner par un médecin qui les connaît bien.

c) Le genre du médecin généraliste qui réalise le frottis

Les patientes ont exprimé ressentir une gêne face à un médecin masculin.

6 patientes ont expliqué qu'elles appréciaient qu'au sein de la maison médicale le suivi soit réalisé par des femmes :

- P1 « *C'est une femme donc c'est beaucoup mieux aussi* ».
- P4 « *Et puis le fait qu'ici il y ai deux médecins femmes qui pratiquent, je suis plus à l'aise*».
- P5 « *C'est la première fois de ma vie que je suis suivie par une femme donc c'est agréable* ».
- P7 « *Et puis déjà c'est une femme donc ça rassure !* »
- P11 « *J'ai vu que c'étaient les dames qui faisaient ça, le Dr X et Z, donc c'est plutôt bien pour nous* ».

Pour certaines, le genre du médecin qui réalise leur suivi gynécologique a une importance notable. **Le suivi serait freiné fortement s'il était proposé par un médecin homme :**

- P1 « *Je trouvais ça plutôt gênant car la plupart des médecins généralistes que j'avais étaient des hommes donc en aucun cas je n'ai pu parler de problèmes de pilule ou de stérilet ou autre...* ».
- P4 « *J'aurais du mal à aller avec le Dr Y par exemple, pourtant je l'aime beaucoup mais c'est moi quoi...*».
- P7 « *Je ne vais pas demander au Dr Y [rire] C'est plus simple pour nous que ce soit une femme, c'est moins gênant ! [...] Mes soucis de pilule je préfère prendre rendez vous avec le Dr X ou Z qu'avec le Dr Y ! Je deviens rouge comme une tomate ! [rire] Par rapport à quoi ? Déjà c'est un homme ! Il ne peut pas savoir certaines choses qu'une femme connaît un petit peu mieux [...] Pour moi c'est la barrière à pas franchir...* ».
- P8 « *Je pense que si mon médecin référent avait été un homme je suis pas sûre que je lui aurais demandé, du fait que je connaisse pas bien... c'est un peu bête [...] Je ne suis pas sûre qu'on soit aussi à l'aise avec un homme qu'une femme* ».

3 patientes ont expliqué de ne pas ressentir de gêne particulière avec un médecin homme, qui parfois a même leur préférence:

- P5 « *J'ai toujours eu des hommes en plus ! Ça m'a jamais gêné !* »
- P6 « *Le fait que ça soit un homme...ça ne dérangerait pas* »
- P12 « *Au Pays-Bas aussi j'avais un docteur traitant masculin, mais eux ils le font et mon gynécologue il était un homme aussi ! Et en fait, j'ai demandé au docteur pour un homme gynécologue à Mont-de-Marsan, parce que c'est plus pratique pour moi ! Je lui ai demandé les hommes ! Jusqu'à maintenant les hommes m'ont fait moins mal que les femmes !* »

Une patiente a expliqué avoir des réticences par rapport au genre masculin d'un médecin proposant le suivi gynécologique, mais pense qu'actuellement c'est quelque chose qu'elle pourrait dépasser :

P4 « Oui, maintenant je me dis qu'il faut que je le fasse... J'ai moins cette peur de voir même un homme. Je le ferais si c'était un homme qui devait me consulter... Il y a moins de crainte, je sais que c'est pour moi ».

Beaucoup de patientes ont expliqué que la gêne de consulter un médecin masculin pourrait réellement constituer un frein au suivi des femmes. Cette crainte, elles ne l'ont pas toutes vécue car elles consultent actuellement des médecins femmes mais elles l'expriment dans leurs projections.

Projections :

P1 « [Selon vous, pourquoi certaines femmes ne se font pas suivre par leur médecin généraliste pour les frottis ?] Alors peut être parce que c'est des hommes ! Déjà il y a plus de docteurs hommes que femmes. Je pense que ça doit être ça, parce que c'est vrai, c'est pas évident de devoir se dévêtir devant quelqu'un [...] Je pense que le fait que cela soit une femme qui pratique la médecine, mais aussi la gynécologie, c'est mieux ».

P5 « Quand j'étais jeune j'avais beaucoup d'amies qui disaient : "Non non ! Jamais j'irai voir un homme !". Ça peut peut-être gêner ... ».

En conclusion, le genre masculin d'un médecin généraliste constitue un frein à le consulter pour le frottis. Les patientes apprécient tout particulièrement que ce suivi soit proposé par des médecins femmes.

Ce facteur est néanmoins inconstant et n'est pas retrouvé chez toutes les patientes interrogées.

d) La crainte d'un médecin inconnu

Une patiente a expliqué que son principal frein au dépistage serait qu'au dernier moment elle ne connaisse pas le médecin qui doit l'examiner (remplacement du médecin non prévu, ou l'intervention d'un interne). Cette situation tant redoutée, constituerait réellement un frein à son suivi :

P6 « La peur de ne pas connaître la personne ! De pas être à l'aise ! [...] J'ai parlé de connaître la personne ! Ça c'est important ! Enfin moi je trouve que c'est important ! Plutôt que d'avoir quelqu'un que je connais pas ! [...] Ça aurait été quelqu'un de l'extérieur qu'on me dit au dernier moment qu'il vous fait le frottis ... Je le ferai quand même mais bon... Pas dans le même état ! [...] Un nouveau médecin non programmé qui me gênerait ! »

En résumé, la crainte qu'il y ait un changement non programmé de médecin et de devoir par conséquent consulter un médecin inconnu serait un frein pour une patiente.

e) Une préférence pour un suivi chez le gynécologue

Le rôle du gynécologue a bien souvent été évoqué par les patientes lors des entretiens. Elles ont exprimé leur ressenti envers ses compétences et les différences qu'elles ont pu percevoir entre une consultation de médecine générale et une consultation chez le gynécologue.

➤ La compétence du gynécologue

La compétence et l'expérience du gynécologue sont souvent soulignées par les patientes :

P12 « Je trouve quand même qu'un gynécologue il a plus d'expérience donc c'est plus fluide. Il fait presque que ça. Et mon gynécologue à moi, à Agen, il passait toujours l'écho. À chaque fois que j'y allais, c'était le frottis, l'écho, tout ! Tout ! »

P13 « Il est peut être plus expérimenté ! ».

P14 « Je pense que chez un gynécologue c'est peut être plus approfondi avec des méthodes plus récentes ».

Projections :

Elles se projettent sur le ressenti des patientes et expliquent que **la compétence du spécialiste les rassure** et que, c'est peut être pour cela, que certaines femmes ne se font pas suivre par leur généraliste pour les frottis :

P4 « Elles sont peut être plus rassurées en allant voir un gynéco, spécialisé là-dedans ! Je pense qu'elles préfèrent aller voir le gynéco qui a peut-être plus de ... Pas d'expérience mais de ... matériel pour faire les choses, de technique. »

Elles expliquent que **le suivi chez le médecin généraliste peut être perçu comme insuffisant**, ou trop léger par rapport à un suivi chez un gynécologue :

P5 « Peut être parce qu'il y a des femmes qui se disent que le gynéco a fait des études de gynéco et est beaucoup plus spécialisé et qu'un généraliste survole... Il y a bien le mot généraliste...»

P9 « Elles n'ont pas confiance... Elles se disent que le généraliste c'est pas un gynécologue et qu'il n'a pas autant de compétence... Moi je pense que c'est ça »

P12 « Un généraliste n'a pas l'expérience, il va faire mal »

➤ Les différences de l'examen gynécologique entre le gynécologue et le généraliste

Nous avons interrogé les femmes sur les différences qu'il peut exister entre un examen gynécologique chez le médecin généraliste et chez le gynécologue. Notre but était d'avoir leurs ressentis sur le sujet, ainsi que de voir si les patientes avaient des attentes différentes lorsqu'elles se faisaient suivre par leur médecin généraliste pour les frottis.

Plusieurs patientes considèrent que l'examen chez le gynécologue et le généraliste est très similaire. Selon elles **les gestes sont identiques**. Ce ressenti sur l'absence de différence dans l'examen est très souvent revenu :

P3 « Je me sens aussi à l'aise ici qu'à l'hôpital avec un gynéco [...] Et après les résultats sont les mêmes au final »

P4 « Pour moi elle a utilisé tout ce qu'un gynéco peut utiliser... J'aurais été voir un spécialiste, il aurait utilisé la même chose je pense... Il aurait pris la même chose, les mêmes tubes... »

- P5 « Le gynécologue c'est vraiment sa spécialité pure entre guillemet. Mais au niveau différences je n'en vois pas. Le docteur Z se comporte dans une consultation comme un gynéco. Elle palpe la poitrine, elle palpe le ventre et elle fait le frottis, donc au niveau professionnel c'est exactement la même chose !
- P9 « Ils font les mêmes examens ! Moi j'ai pas vu de différence d'examen en soi ! [...] En plus parce qu'au final c'est des trucs qui sont envoyés au labo, donc c'est la même chose ».
- P10 « Moi j'ai pas vu de réelle différence, parce que voilà je suis vraiment venue pour un rendez-vous d'ordre gynécologique. Il n'y a pas eu de malentendu là-dessus. C'était comme si j'avais été voir le gynéco. Pour moi on a procédé pareil ! Pour moi, ça remplit toutes les cases que j'attendais »

Au contraire, une patiente a noté des **différences sur l'examen** en soi. Selon elle, l'examen est différent dans les gestes qui semblent moins approfondis chez le généraliste, surtout en ce qui concerne la réalisation du toucher vaginal :

- P8 « Le geste il est différent, le gynécologue il fait le frottis plus le toucher pour voir s'il y a des soucis aux ovaires, tandis que le généraliste il fait simplement le frottis [...] Le gynécologue c'est un spécialiste donc s'il y a un problème, il est plus à même de détecter le souci. Parce que le généraliste il fait le frottis mais il ne contrôle pas à l'intérieur comment ça se passe, s'il y a des douleurs, s'il y a quoi que ce soit. Elle ne fait pas le toucher vaginal, elle ne fait que le frottis ».

Pour certaines, il existe surtout une différence sur le fait que le gynécologue possède **plus de matériel** si jamais il était nécessaire d'approfondir les explorations. Ainsi le gynécologue peut réaliser **des actes plus complexes**.

- P5 « La seule différence c'est que mon gynéco à Mont-de-Marsan il a l'échographie sur place donc voilà...».
- P11 « La gynéco peut faire des échos [...] Elle fait des actes comme enlever des polypes ou faire des choses comme ça que ne fera pas le généraliste ».
- P7 « Ils sont pas appareillés comme un gynécologue à Mont-de-Marsan quoi, ça c'est clair ! S'il y a un souci on est vraiment sur place là-bas, on sait que s'il y a vraiment un grave problème, c'est hospitalisation avec examens approfondis. Alors que ici on peut pas, c'est frottis et c'est tout quoi ! [...] Chez le gynéco ça doit être plus approfondi, ils ont les appareils adéquats, ils ont les échographies, ils ont vraiment tout ce qu'il faut sur place ! Là, c'est juste le simple frottis quoi ! Donc s'il y a vraiment un souci sur le frottis on est obligés d'aller à Mont-de-Marsan de toute façon ».
- P13 « Le gynécologue il a un peu plus de matériel ! Je parle de matériel au point de vue caméra que l'on passe à l'intérieur pour voir les cellules »

➤ L'étiquette du spécialiste une préférence

3 patientes expliquent que selon elles, certaines femmes ne se font pas suivre par leur médecin généraliste par les frottis parce qu'elles ont besoin de voir un spécialiste. Cet ancrage, plus ou moins conscient rassure certaines femmes.

Projections :

P2 « Je pense que dans l'esprit des gens il faut aller voir un gynécologue ! Enfin pour la majorité des femmes ».

P9 « Un besoin d'être rassurée par le mot gynécologie ! »

➤ Le gynécologue : des actes plus techniques pour des pathologies plus complexes

Pour des actes plus complexes certaines patientes consultent le gynécologue :

P1 « Comme le stérilet on avait par réussi à me le retirer, j'avais du aller me le faire retirer à l'hôpital à Mont-de-Marsan, j'ai été obligée de reprendre un rendez-vous... »

P2 « Je pense que le médecin généraliste va faire le frottis mais après tout ce qui est stérilet et tout ça c'est quand même des actes gynécologiques ».

Plusieurs patientes ont insisté sur le fait que le choix entre consulter un gynécologue ou un généraliste dépend de la pathologie. Pour une pathologie plus sérieuse elles se dirigeraient plutôt vers un gynécologue :

P5 « Si on a un souci particulier aussi ! Moi je sais que je suis quelqu'un qui a fait beaucoup d'endométriase, d'où mes fausses couches, donc là j'avais besoin de voir un gynéco ! Pour des problèmes particuliers ! Mais pour un frottis et une consultation gynéco un médecin généraliste est tout à fait capable ! »

P1 « Pour des problèmes plus compliqués j'irais voir cette gynécologue, sinon je reviendrais ici pour faire les frottis. »

En résumé, les patientes ont exprimé que la réalisation du frottis est globalement identique, qu'il soit réalisé par un gynécologue ou un médecin généraliste. Néanmoins, elles expliquent que pour des pathologies plus complexes ou pour des actes plus techniques (tels que la pose d'un stérilet, le retrait de polypes...) elles se dirigeraient vers un gynécologue qui a plus d'expérience dans ce domaine et surtout plus de matériel adapté.

Enfin, elles évoquent dans leurs projections que pour certaines femmes, le mot « spécialiste » peut être nécessaire pour se sentir rassurée sur la prise en charge. Ce facteur pourrait constituer un frein à la réalisation du frottis chez le médecin généraliste.

f) Le manque d'information sur les possibilités de dépistage

Pour certaines patientes, si les femmes ne se font pas suivre par leur médecin généraliste pour les frottis ce serait lié au fait que cette possibilité ne soit pas connue.

Les patientes expliquent que selon elles, cela a pu constituer un frein dans leur suivi antérieur car elles n'étaient pas informées de la possibilité de faire réaliser le frottis chez un médecin généraliste.

Elles avaient elles même ressenti le manque d'information dans leur propre expérience puisqu'elles avaient découvert tardivement cette possibilité de dépistage :

P10 « Le manque d'information peut être ! Possible ! Parce que moi-même, j'étais pas informée [...] Je ne savais pas à ma connaissance que ça se faisait donc lorsque le Dr Y me l'a expliqué

j'ai adhéré à cette idée. Moi je pensais que c'était exclusivement fait par le gynécologue ! Chez nous ça se faisait pas ! Je sais que mon médecin de famille, que j'ai quitté pour venir dans la région, je l'avais jamais fait là bas ! »

P8 « *Parce que chez nous je n'ai jamais entendu dire qu'un médecin généraliste faisait le suivi gynécologique* ».

Une patiente expliquait qu'elle en avait parlé dans son entourage et que là aussi elle avait constaté que les femmes ne savaient pas que certains médecins généralistes proposaient le suivi gynécologique :

P10 « *J'en ai parlé à ma collègue [...] Une autre collègue a entendu et a dit : " ah ouais c'est vrai ? " Donc on était 3 et je me dis que ça fait je sais pas combien d'années qu'elles s'embêtent à aller à droite et à gauche ! Et personne ne le savait ! Elle va avoir 50 ans, et mon autre amie la quarantaine ; elles vont chez le gynéco quoi ! Elles savaient pas que certains généralistes le faisaient ! Non mais on est en 2018, et elles le savaient pas quoi !! Un manque d'information, c'est dommage ! »*

Projections :

Les patientes expriment également ce frein dans leurs projections :

P11 « *[Selon vous, pourquoi certaines femmes ne se font pas suivre par leur médecin généraliste pour les frottis ?] Déjà il faudrait qu'elles le sachent ! »*

En résumé, la méconnaissance de la possibilité de faire réaliser les frottis chez un médecin généraliste est un frein à la participation des femmes au dépistage.

g) Une histoire d'éducation ou de culture

Les patientes ont expliqué que l'éducation qu'elles ont reçue, ou la culture dans laquelle elles ont grandi pouvait avoir un impact sur leur implication dans le dépistage.

Une patiente qui n'avait pas pour habitude de se faire suivre sur le plan gynécologique, nous a expliqué que c'était lié à son éducation et à son histoire familiale :

P4 « *Il y a pas tellement de femmes qui se font suivre dans mon entourage. Que ce soit ma sœur, ma mère, elles se font pas forcément suivre par un gynéco. On n'a pas été éduqué dans le truc où il faut aller chez le gynéco... Se faire suivre... Je pense que ça vient de l'éducation ! On n'a pas le truc de se faire suivre tous les ans, d'aller voir un gynéco... »*

Projections :

Une autre se projette, elle pense qu'un des freins au suivi gynécologique des femmes est en parti lié à la culture :

P11 « *Il y a des gens qui sont réfractaires au suivi, ceux là pour les y amener ça va être compliqué ! [...] Il y a des populations qui n'y vont pas spontanément. Il y a des femmes, je suis sûre, qui ont jamais vu un gynéco. Ça fait partie de la culture »*

En résumé, l'éducation et la culture semblent jouer un rôle dans la mise en place d'un suivi gynécologique. Ces deux facteurs constituent un frein à l'initiation d'un suivi gynécologique.

Les prochains freins ont été exprimés uniquement en tant que projection des patientes, ce sont des freins qu'elles n'ont pas dit avoir ressenti personnellement.

h) Les habitudes d'un suivi chez un gynécologue

Lorsqu'un suivi est déjà engagé par un gynécologue, les patientes conçoivent qu'il n'y a pas de raison de changer pour un suivi chez le médecin généraliste. En effet, quand une habitude s'est instaurée et que cela fonctionne bien, le changement est moins naturel.

Projections :

P2 « Après des gens qui se font suivre par leur gynécologue et puis qui ne changent pas... par habitude... »

P12 « Et puis pourquoi pas passer chez le généraliste ? Parce qu'ils ont déjà leur gynéco qui leur plaît ».

Parfois l'habitude de consulter un gynécologue est instaurée très tôt dans la vie d'une femme. Une patiente a expliqué qu'au début de son suivi gynécologique elle avait souhaité voir un gynécologue et que cela avait été un automatisme :

P4 « Pour moi tout ce qui a été mise en place de la contraception, j'ai consulté un gynéco. Ce n'est pas mon médecin généraliste qui m'a dit : "bon, maintenant tu as 16 ans, tu prends la contraception ". Je voulais voir un gynécologue, parler de la contraception et de tout ça ».

En résumé, une partie des patientes se dirige spontanément chez le gynécologue pour l'initiation du suivi gynécologique. Une fois mis en place, elles ne trouvent pas de raison de changer de mode de suivi et de consulter un médecin généraliste plutôt qu'un gynécologue.

i) La nécessité de cloisonner médecine générale et gynécologie

Certaines patientes ont exprimé le besoin de cloisonner la médecine générale et la gynécologie. Elles préféreraient mettre de la distance entre ces deux suivis pour vraiment les séparer : consulter un autre médecin, dans un autre lieu, dans un autre cadre.

Projections :

P7 « Peut être parce que pour elles, il ne faut pas mélanger docteur généraliste et gynécologue ensemble. Pour certains il faut vraiment couper la poire en deux : les gynécologues sont fait pour être gynécologues et les médecins sont fait pour être médecins ! »

P10 « Moi je l'ai pas eu, mais je peux peut-être comprendre que des femmes mettent ça dans des cases et n'aient pas envie... préfèrent avoir un gynéco et un généraliste à côté ! D'avoir besoin de séparer ! »

En résumé, les patientes expriment dans leurs projections, que le besoin de cloisonner médecine générale et gynécologie semble être un frein pour les femmes à faire les frottis chez leur médecin généraliste.

j) La négligence

Deux patientes expliquent qu'il y a des femmes qui ne participent pas au dépistage par négligence.

Projections :

P14 « De la négligence ! Moi j'essaie de me faire suivre à peu près régulièrement dans tous les domaines, mais bon je pense qu'il y a des gens qui se négligent ! »

Pour une c'est surtout lors de l'avancée en âge que le suivi peut paraître moins important :

P8 « Je pense qu'il y a de la négligence, surtout pour les femmes de mon âge. Parce que je connais des personnes de mon âge qui se font pas du tout suivre »

En résumé, les patientes expriment dans leur projections, que la négligence peut être un frein au suivi gynécologique, en particulier lorsque la patiente arrive à un âge avancé.

k) Le refus d'un suivi

Pour certaines, l'explication au refus de suivi gynécologique des femmes est très simple : elles refusent ce suivi parce qu'elles ne le souhaitent pas.

Projections :

P12 « Parce que elles veulent pas être suivies du tout »

Une patiente explique que parfois c'est lié à la méconnaissance du dépistage et au refus de s'y investir personnellement :

P6 « Je vois par exemple ma propre mère, elle n'en a jamais fait. Qui a quand même 64 ans ! Elle a eu 5 enfants et elle n'en a jamais fait un seul ! Le jour où j'avais fait le frottis, j'y étais allée le soir et justement je lui disais. Et elle m'a dit : " C'est quoi ce truc ? J'ai jamais fait !" Ça ne lui dit rien ! Elle a pas envie !»

En résumé, au-delà de la négligence les patientes sont parfois tout simplement dans un refus de soin.

l) Conclusion

En conclusion, il existe des freins chez les patientes à se faire suivre par leur médecin généraliste pour les frottis.

Les freins prédominants chez les patientes interrogées sont la gêne en rapport avec la consultation d'un médecin masculin, ainsi que la peur du résultat du frottis. Ces freins semblent encore persister à l'heure actuelle.

D'autres freins ont été évoqués mais s'estompent petit à petit au fil des consultations. Nos patientes ont ressenti par exemple : une pudeur en lien avec la nudité, la crainte d'un examen douloureux, ou bien même parfois de se retrouver face à un médecin qu'elles ne connaissaient pas et dont elles n'auraient pas été prévenues de la présence.

Par ailleurs, les femmes ont émis des avis positifs sur les compétences du gynécologue. Elles considèrent que pour des pathologies plus complexes ou des actes plus techniques leur préférence irait vers ce professionnel.

Enfin, certaines ont évoqué que par manque d'information, elles avaient découvert tardivement ce suivi ce qui a pu constituer un frein important à initier le dépistage chez le médecin généraliste.

La pudeur d'aborder un sujet intime avec leur médecin de famille qui les connaît bien, semble avoir peu freiné le suivi des patientes interrogées. Cependant, elles évoquent la possibilité que cela puisse gêner d'autres femmes.

Leurs projections sur les freins sont plus riches, également étayées par les discours de leur entourage. Là aussi elles expriment ce qu'elles ont pu ressentir elles même telle que la pudeur, la gêne par rapport à un médecin masculin, la peur...

Elles évoquent également le besoin de réassurance dont peuvent avoir besoin certaines femmes en consultant un gynécologue. Pour certaines, le suivi serait plus approfondi chez ce dernier.

Elles expliquent la nécessité de cloisonner le monde de la gynécologie et de la médecine générale afin de mieux délimiter l'intime.

Il semble exister un impact fort de la culture, et de l'éducation mais surtout des habitudes générationnelles qui poussent à consulter en priorité un gynécologue, sans concevoir d'autres types de suivi.

Elles mettent également en avant la négligence, le refus et surtout la méconnaissance par le manque d'information qui viendraient entraver le suivi de nombreuses femmes.

5. Comment améliorer cette prise en charge ?

Dans la première partie, les patientes ont échangé sur les difficultés inhérentes au milieu rural et expliquent son impact sur leur suivi gynécologique. Ensuite, elles ont émis des propositions pour améliorer ce suivi gynécologique dans les milieux ruraux isolés, mais également de manière plus générale.

a) **L'accès aux soins dans les milieux ruraux**

Il semble important de comprendre le ressenti des patientes au sujet de l'offre de soin dans les milieux ruraux isolés afin de mieux cerner les difficultés auxquelles elles sont confrontées.

L'impact du milieu rural dans leur suivi a été évoqué assez régulièrement par les patientes. Elles expriment l'isolement de leur lieu de vie :

P1 « Il n'y a pas une boulangerie, il n'y a rien ».

P2 « Il y a peu de gynécologues dans le coin [...] On est démunie... ».

Elles ont expliqué à plusieurs reprises que cet isolement les a poussées à faire des choix pour leur suivi en préférant un suivi de proximité dont elles sont très reconnaissantes d'exister:

P5 « Je trouve ça formidable ! Surtout en milieu rural ! Habiterais en ville j'irais voir un gynécologue mais là on est à 100 km aller-retour vous pensez bien que... [...] Mon médecin généraliste pratique la consultation gynéco donc pour moi c'est parfait ! »

P10 « C'est sûr que ça pousse l'idée de faire un frottis chez un médecin. Si j'avais été avec 4 ou 5 gynéco et plein de choix, n'importe qui m'aurait accepté en tant que patiente du jour au lendemain. Peut être que j'aurais vu autrement, mais là en fait ce n'est pas le cas, alors peut être que ça vous dirige vers cette ouverture d'esprit aussi ! Si vous réalisez un petit peu, vous avez que des avantages à voir ça comme quelque chose de bien ! On vous offre l'accès au soin ! »

Lorsque les patientes ont été interrogées sur ce qu'elles feraient s'il n'y avait plus la possibilité de faire réaliser leur suivi gynécologique au sein de la maison médicale de Gabarret, elles ont toutes répondues à l'unanimité qu'elles continueraient néanmoins à avoir un suivi gynécologique :

P9 « J'en trouverais un ! C'est important ! »

P3 « Parce que voilà il faut le faire ! »

P5 « J'irais voir le gynécologue à Mont-de-Marsan. J'irais voir celui que je voyais avant. [...] De toute façon moi, avec les antériorités que j'ai, je vais chez le gynéco comme je vais chercher mon pain ! »

Une seule patiente a émis un doute sur la continuité de son suivi mais après hésitation, pense le poursuivre :

P4 « Je ne sais pas parce que déjà j'ai jamais eu l'habitude de le faire trop... Mais peut être qu'à mon âge actuel oui ! Je le ferais maintenant ! »

Les patientes s'orienteraient vers l'hôpital ou les cabinets de gynécologie des villes voisines. Elles ont cependant exprimé la contrainte de devoir se rendre sur des secteurs plus éloignés. L'expression « pas le choix » est d'ailleurs revenue dans le discours de plusieurs patientes.

P7 « Je serais obligée d'aller à Mont-de-Marsan à l'hôpital. Je n'aurais pas le choix ! »

P9 « Je ferais des kilomètres ! (rire) J'irais à Mont-de-Marsan, il y a des gynécologues là bas ! »

P10 « C'est vrai que si demain il n'y a plus le suivi à Gabarret étant donné qu'on déménage j'irais à Aire-sur-Adour... Se rapprocher d'une grande ville ! Mais on retombe dans le même système, s'il n'y a pas de maison médicale proche tu fais ta route et puis tu galères ! »

La régularité du suivi semble néanmoins mise en danger pour une patiente qui pense qu'elle consulterait moins souvent si le suivi à Gabarret n'était plus possible. Elle insiste néanmoins sur le fait qu'elle n'arrêterait pas tout suivi gynécologique pour autant:

P7 « Je n'irais peut être pas tous les deux ou trois ans. Je reculerais peut être l'échéance (rire) tant que tout va bien, que tout fonctionne je reculerais l'échéance ... C'était comme ça avant [...] Moins fréquent mais quand même ! »

En résumé, le fait que les médecins généralistes de la maison médicale proposent le suivi gynécologique permet un accès aux soins du fait de l'isolement par rapport aux cabinets de gynécologie. Les patientes apprécient cette possibilité de suivi.

Si ce suivi n'était plus possible, la majorité des patientes affirme qu'elle continuerait à faire des frottis, mais qu'ils y auraient beaucoup de contraintes du fait de l'éloignement pouvant parfois aller jusqu'à entraver la régularité du dépistage.

Les patientes ont fait des suggestions sur les améliorations à apporter au suivi gynécologique des femmes.

b) Promouvoir l'information

Comme nous l'avons vu précédemment, les patientes n'ont pas remarqué les flyers disponible en salle d'attente.

Certaines déplorent qu'il y ait si peu d'information au sein de la maison médicale:

P7 « Moi je trouve qu'il n'y en a pas des masses ! Il y a même quasiment rien ! Je ne pense pas qu'il y en ait tant que ça ! »

P12 « Il y a pas d'information ! À part le fait que ça se fait, mais sinon rien ! »

Le manque d'information en général, a souvent été relevé par les patientes et cela fait partie de leurs suggestions pour améliorer le suivi gynécologique des femmes.

P14 « Il y a toujours je pense un problème de publicité, d'information quoi ! »

- Pour certaines il s'agissait plutôt **d'un manque d'information sur le frottis et son utilité**. Elles auraient souhaité bénéficier de documents explicatifs :

P4 « Il y a peut être pas assez de documentation ! Au niveau des lectures... En fait voilà quand on attend, peut être que quand il y a de la documentation, on pourrait plus lire et plus se renseigner sur comment fonctionne un frottis et à quoi ça sert. Pourquoi on fait ces examens là de l'adolescence à 65 ans. »

Une patiente a évoqué une idée similaire tout en précisant ses doutes sur le fait qu'elle lise réellement le document :

P3 « Peut être de faire savoir un peu plus... Peut être des petits livrets mais bon je regarde pas trop les livres donc heu... »

- Une patiente trouvait qu'il **manquait d'information mais plutôt sur la pathologie et ses conséquences**. Pour elle, mieux comprendre les risques est nécessaire pour mieux adhérer au dépistage :

P8 « L'information ! Je pense qu'il faudrait beaucoup plus informer les femmes de ce qu'elles peuvent avoir si elles n'ont pas de suivi. De tous les risques qu'elles prennent. Les mammographies aussi... Il faudrait plus d'information ! Surtout de l'information sur ce qu'elles peuvent faire et sur ce qu'elles risquent. Parce que si on ne leur dit pas aux femmes ce qu'elles risquent... C'est comme le SIDA, si on ne vous dit pas ce qu'on risque, on se dit voilà moi je ne risque rien. Ça n'arrive qu'aux autres. C'est malheureux, mais je crois qu'il faut faire peur pour que ça fasse un déclic, pour qu'on puisse se soigner ... Enfin c'est même pas de soigner, c'est se dépister ».

- Une patiente était demandeuse d'**information sur la fréquence et les modalités du dépistage** :

P5 « Alors un peu plus d'information dans le sens où, moi je ne sais pas, le frottis c'est tous les combien ? La mammo ? Je ne sais pas ! D'avoir une information ! ».

- Deux patientes expliquaient qu'il manquait d'**information sur les possibilités de dépistage et en particulier sur le rôle du médecin traitant.**

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs patientes ont exprimé dans les freins que le fait de ne pas connaître la possibilité de faire le dépistage chez le médecin généraliste ait pu constituer un frein dans leur suivi. Elles suggèrent davantage d'information...

P8 « Le fait de pas savoir que cela se fait chez le médecin généraliste. Un manque d'information. Peut être s'il y avait plus d'information, les gens hésiteraient moins à aller encore faire la démarche d'aller voir un autre médecin, raconter encore une fois sa vie. C'est toujours des questions intimes donc bon voilà... On a toujours du mal à en parler ! »

En résumé, le manque d'information a été rapporté par les patientes. Elles sont demandeuses de davantage d'explications sur le frottis, son rôle, les pathologies ciblées, ainsi que sur la fréquence des différents dépistages. Pour elles, promouvoir l'information, serait une manière d'améliorer le suivi gynécologique des femmes et donc la participation au dépistage par les frottis.

Elles suggèrent également de mieux faire passer l'information sur le fait que les médecins généralistes peuvent réaliser des frottis.

c) Une proposition « systématique » par le médecin traitant

Certaines patientes ont évoqué que cette information doit être délivrée par le médecin lui-même :

P1 « Peut être que les docteurs, elles peuvent en parler un peu aussi avec les patientes, parce qu'on n'a pas forcément envie d'en parler avec un docteur. Moi je sais que j'avais lancé la chose avec le problème que j'ai eu avec le stérilet en me disant que peut être elle allait me proposer quelque chose. Et c'est ce qui s'est fait ! »

P11 « Donc si le médecin le propose, je pense que les femmes seront contentes de le faire mais moi personnellement je ne me serais pas vu dire au médecin par exemple : "J'ai la mycose, je me gratte, faites moi un frottis !" Je n'aurais pas demandé ! »

P14 « Il faudrait que le médecin à ce moment là, aborde le sujet avec elles je pense. Que ça soit fait, je dirais pas systématiquement mais presque ! Déjà que le médecin traitant sache si la personne se fait suivre ou pas et puis après lui expliquer, lui suggérer. Expliquer à quoi ça sert et comment procéder aussi ! Il y a une approche comme ça à faire aussi je suppose ! »

Comme nous l'avons vu précédemment les patientes sont dans l'attente d'une proposition de la part de leur médecin. En effet, elles n'osent pas toujours aborder le sujet en premier. Le fait que le médecin propose a un rôle facilitateur.

En résumé, l'information doit aussi passer par la proposition du médecin qui pratique la gynécologie à ses patientes. Elles sont dans l'attente d'une proposition de sa part car souvent elles n'osent pas aborder le sujet.

d) Mettre au point un système de rappels

3 patientes ont pensé qu'il manquait de rappels pour que les femmes se souviennent de faire leurs frottis. Un courrier ou un mail rappelant à la patiente la date de son prochain frottis a été suggéré à plusieurs reprises.

P5 « Je pense que ce serait peut-être pas mal d'avoir un mailing en disant... De recevoir : "madame c'est peut-être le temps de faire un frottis" ou "suivant votre âge..." Un petit rappel ça se serait super ! Pour dire : " Madame vous rentrez à l'âge du dépistage, merci de prendre rendez vous avec votre médecin !". Comme chez le véto c'est pas mal ! D'avoir un petit courrier pour vous rappeler ! »

P9 « Faire un peu comme des petites convocations pour leur rappeler. Sous forme de courrier. A date à peu près du frottis qu'on a réalisé il y a deux ans, hop envoyer un courrier automatique ou un mail, un petit message. Pour rappeler : "il est important de se faire suivre, vous en avez réalisé un il y a deux ans, il est temps d'en réaliser un autre !" [Rire] »

Une patiente a suggéré que cela soit envoyé sous forme de courrier directement par leur médecin traitant. Elle était partisane d'avoir un cadre assez strict avec peu de souplesse pour vraiment se forcer à faire le dépistage. Cette patiente avait expliqué précédemment, que pour elle, le suivi n'était pas quelque chose d'automatique et qu'elle avait d'ailleurs eu des périodes dans sa vie sans aucun suivi gynécologique. Elle a d'ailleurs déclaré au début de l'entretien « J'ai pas pour habitude de me faire suivre "gynécologiquement" ». Elle explique :

P4 « Si le Dr X m'envoie un papier avec "voilà madame revenez tel jour à telle heure pour un examen gynéco", bon là c'est clair ! Faut y aller ! Moi j'aurais besoin de ça ! [...]Peut-être que certaines femmes, ou alors c'est que moi, auraient peut-être besoin d'un cadre ! Un peu comme les vaccins : 6 ans faut faire ça ! Au mois d'octobre voilà...Là ça serait un peu pareil, "Au mois d'octobre vous venez" ! Que ce soit vraiment mis en place par la santé pour les femmes en disant : "bon madame tel jour à telle heure vous consultez tel médecin". Quelque chose de vraiment programmé ! Qu'on n'ait pas le choix ! »

En résumé, l'envoi d'un rappel sous forme de courrier ou de mail a été suggéré par les patientes qui pensent qu'une relance peut s'avérer nécessaire pour améliorer le suivi gynécologique des femmes et mieux structurer leur prise en charge.

e) Davantage de moyens pour les médecins généralistes

Deux patientes ont évoqué un manque de moyens chez les médecins généralistes de la maison médicale. Le manque de matériel est revenu à plusieurs reprises dans leurs discours. Pour elles, l'idéal serait de pouvoir se passer complètement d'aller voir le gynécologue à Mont-de-Marsan et donc de pouvoir faire réaliser des examens d'imagerie au sein de la maison médicale :

P7 « S'ils avaient tout ce qu'il fallait ici ça serait encore plus pratique ! [...]Qu'elles s'appareillent un peu plus pour éviter de monter à Mont-de-Marsan ! »

P4 « Au niveau des généralistes qui pratiquent, peut-être un peu plus de matériel ».

P13 « Avoir certaines machines comme il y a quand on va chez le gynécologue [...] En matériel il y a rien à Gabarret ! »

Une patiente a évoqué, par exemple, l'idée de pouvoir faire sa mammographie à la maison médicale :

P4 « Si le généraliste pouvait être un peu outillé pour des mammos, pour plein de choses gynécologiques ça serait peut-être mieux ! »

Une patiente a expliqué que lorsqu'elle était venue faire son frottis à la maison médicale, elle avait noté qu'il y avait peu de matériel gynécologique disponible :

P4 « J'ai eu la chance qu'elle puisse me le faire parce qu'elle avait le matériel. Mais je crois que c'était le dernier qu'elle avait! Je ne connais pas les moyens, je ne sais pas comment ça se passe mais peut-être qu'il y ait plus de moyens pour les médecins qui pratiquent les frottis ! »

En résumé, les patientes ont suggéré qu'il y ait davantage de matériel médical disponible à la maison médicale pour favoriser le suivi gynécologique des femmes. Elles pensent que cela permettrait un suivi plus complet et plus approfondi leur permettant de limiter les déplacements vers les grandes villes.

f) Davantage de gynécologues

À plusieurs reprises, les patientes ont évoqué le manque de gynécologues :

P7 « Je voulais garder cette gynécologue sauf qu'elle est partie sur Tarbes alors du coup j'avais plus de gynécologue attitrée »

P10 « On a de plus en plus de mal à trouver des gynécos ! »

P12 « Je préférerais repasser chez un gynécologue mais c'est compliqué »

Deux patientes ont suggéré qu'il y ait plus de gynécologue en milieu rural pour que le suivi gynécologique des femmes soit optimal :

P2 « Je dirais plus de gynécologues en milieu rural ! Parce que s'il y a autant de délai d'attente, c'est parce qu'il y a peu de gynécologues dans le coin ».

P8 « Ça serait bien qu'un gynéco vienne s'installer dans le coin.»

En résumé, le manque de gynécologues dans les alentours de Gabarret a été évoqué à plusieurs reprises et certaines patientes pensent que la solution pour améliorer le suivi gynécologique des femmes serait l'installation de gynécologues à proximité.

g) Davantage de médecins généralistes formés à la gynécologie

2 patientes ont évoqué le manque de médecins généralistes formés à la gynécologie.

Une patiente a proposé directement qu'il y ait davantage de médecins généralistes formés à cette pratique :

P10 « Que ça soit un peu plus répandu chez les médecins généralistes »

Une patiente l'a évoqué mais en seconde place après le manque de gynécologues. Elle a hésité néanmoins sur le fait que les médecins généralistes ne peuvent pas tout faire et qu'il manque surtout des gynécologues :

P2 « Ou alors des généralistes... Mais bon ils ne peuvent pas tout faire non plus, donc ils ne peuvent pas faire tous les actes je suppose. Il faudrait d'avantages de généralistes, peut-être qui proposeraient la même chose... Je ne pense pas non plus... C'est une spécialité... »

En résumé, certaines patientes ont suggéré qu'il y ait davantage de médecins généralistes formés à la gynécologie afin d'améliorer le suivi gynécologique des femmes. Un doute a néanmoins été soulevé : le fait qu'un médecin généraliste ne peut pas remplacer en tout point un gynécologue.

h) Une approche différente : Faire entrer le suivi dans les habitudes

Afin d'améliorer le suivi gynécologique des femmes, les patientes pensent qu'il est important de banaliser le dépistage pour le faire entrer dans les mœurs, parfois même dès l'adolescence par le biais de l'éducation.

- Banaliser le suivi en généralisant l'accès au dépistage chez le médecin généraliste

Une patiente a évoqué la possibilité de banaliser un peu plus le dépistage en facilitant l'accès au soin. Pour elle, la démocratisation de l'accès de proximité chez le médecin généraliste permettrait de faire rentrer cet examen dans les mœurs.

P10 « Je pense que c'est justement une façon de rendre cet examen un peu plus banal ! Je pense que ça peut être une façon de généraliser pour que ça tombe dans les habitudes ! Aujourd'hui les jeunes mamans ne réfléchissent pas à vacciner leur enfant et à les protéger. De la même manière, si on part du principe qu'à partir de tel âge, il faut qu'il y ait un frottis pas forcément annuel mais un contrôle régulier. Je pense que si on veut que ça rentre dans les mœurs, il faut que ce soit faisable, que ce soit fluide, alors pour ça il faut qu'il y ait plus d'endroits où on puisse le faire ! »

- L'éducation des jeunes filles

Deux patientes, maman d'adolescentes, ont mis l'accent sur l'éducation des jeunes filles comme moyen d'améliorer le dépistage. Selon elles, l'information auprès des femmes devrait se faire beaucoup plus tôt, et ne pas avoir lieu à l'âge même du début du dépistage.

Pour la première, il serait important que les jeunes filles découvrent le suivi gynécologique à l'adolescence avant de devoir recourir à une consultation de gynécologie à l'occasion d'un problème de santé :

P11 « Peut-être commencer plus tôt ! Moi j'ai une ado de 17 ans qui est sous contraceptif et j'ai demandé si elle devait voir un gynéco, mais apparemment on ne fait pas de frottis à cet âge là ! Mais elle n'a jamais eu d'examen gynécologique. Je pense qu'il faudrait y aller mais avec une approche progressive, parce que le jour où elle va avoir un souci gynéco, elle va aller chez un gynéco et ça sera pas forcément le meilleur moment de sa vie. Faut reconnaître que c'est pas une partie de plaisir. Donc je pense que petit à petit si c'était plus progressif... Si les jeunes filles étaient amenées plus progressivement vers un suivi, peut-être que ce serait plus facile ! »

Pour la deuxième cette éducation doit être faite par la mère à ses filles, dès le plus jeune âge :

P12 « Comme je vous disais : dès le très bas âge ! Je pense que c'est aussi aux parents... surtout la mère quand elle est disponible, parce que il y en a aussi des enfants qui n'ont pas de mère. Si on a des filles, leur en parler déjà ».

Cette patiente avait été accompagnée de ses filles lors d'un examen gynécologique pour elle et expliquait son vécu positif de cette consultation:

P12 « Je les ai fait vivre un examen et elles m'en parlent toujours ! Pas d'une façon : "houlà !! On a des craintes ou autre..." Non c'est quelque chose qui fait partie de la vie de femme ! »

Selon elle, c'est une façon d'éduquer ses filles à leur future vie de femme et d'aborder les discussions sur l'importance de ce suivi.

P12 « Je me suis dit : ce ne est pas si mal que ça, que des filles au bout d'un moment elles aussi, elles vont devoir le faire ! »

Une patiente, maman d'un garçon explique toute l'importance d'expliquer aux jeunes filles l'importance du dépistage. Selon elle, il y a néanmoins, moins de tabou dans les nouvelles générations que lorsqu'elle était jeune fille :

P8 « On les habitue. Enfin, moi je n'ai pas de filles, mais on les habitue plus à se faire soigner. Je pense qu'on en parle plus nous à nos enfants, que ce que nos parents nous en ont parlé ! »

En résumé, l'éducation des jeunes filles est une idée centrale pour plusieurs patientes car ce sont les futures femmes de demain. Selon elles, c'est en éduquant tôt les jeunes filles à l'importance du dépistage que l'on pourra améliorer le suivi gynécologique des femmes.

i) En conclusion

Les patientes ont mis en avant les difficultés auxquelles elles sont confrontées du fait de la faible offre de soin dans les milieux ruraux. Elles doivent s'adapter à l'isolement de leurs lieux de vie par rapport aux cabinets de gynécologie. Elles sont néanmoins volontaires dans leur implication et se disent prêtes à faire des kilomètres en cas de nécessité.

Au-delà de leurs milieux de vie, elles déplorent des manques dans la mise en place du dépistage.

Elles ont évoqué plusieurs pistes pour améliorer le suivi gynécologique des femmes :

Elles apprécieraient pour beaucoup que leur médecin généraliste soit mieux appareillé pour aller plus loin dans leur suivi, mais elles conçoivent qu'il manque cruellement de moyens humains que ce soit de médecins généralistes formés à la pratique gynécologique ou de gynécologues.

Beaucoup ont insisté sur la nécessité qu'il y ait plus d'information sur l'objectif du dépistage, la pathologie ciblée, ainsi que sur la possibilité de réaliser les frottis chez le médecin généraliste.

Une autre idée centrale est que la proposition de ce dépistage vienne du médecin généraliste lui-même et de manière plus systématique afin de lever les réticences des patientes à aborder ce sujet.

Elles sont pour beaucoup demandeuses d'un moyen de rappel pour leur prochain frottis et accueilleraient volontiers l'idée de recevoir un message par mail ou dans leur boîte aux lettres.

Une approche différente semble nécessaire pour faire entrer la réalisation des frottis dans les habitudes. Ce dépistage doit devenir réalisable et fluide, conditions indispensables pour le faire entrer dans les mœurs. Pour cela les patientes suggèrent de s'appuyer sur l'éducation des jeunes filles dès le plus jeune âge.

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1. Les forces de l'étude

a) Le choix de la méthode

Le choix de la méthode est adapté aux objectifs de l'étude. Les études qualitatives sont appropriées pour étudier le ressenti des patientes et explorer de nouvelles pistes.

Nous avons essayé de respecter la méthodologie des études qualitatives (validité interne). Nous avons choisi les entretiens semi-dirigés qui nous ont paru plus appropriés que le focus group pour explorer des questions qui touchent à l'intimité.

b) L'originalité du sujet

L'étude de la littérature, n'a pas mis en évidence d'autres travaux qualitatifs réalisés en milieu rural sur ce sujet. Notre étude permet d'améliorer la compréhension sur le ressenti des patientes qui se trouvent éloignées des cabinets de gynécologie dans les milieux ruraux.

De plus, il n'existe pas d'autres travaux qui se soient intéressés à la découverte et au processus ayant conduit les patientes à accepter la réalisation des frottis par un généraliste.

c) La construction des entretiens

La grille d'entretien a été testée initialement sur des proches (hors milieu médical), puis sur des « patientes tests » avant d'être appliquée sur les patientes de notre étude. Cela a permis de s'assurer que les questions étaient bien comprises et répondaient bien aux objectifs de l'étude.

Les entretiens ont permis d'obtenir la saturation des données au 12^{ème} entretien, constatée par l'analyse des résultats faite en parallèle. Pour une plus grande fiabilité nous avons réalisé 2 entretiens supplémentaires pour s'assurer qu'il n'y avait pas de nouvelles idées non répertoriées.

d) La triangulation des données

La triangulation des données a été effectuée dans le but de limiter le biais de subjectivité lors du codage des entretiens. Elle permet d'assurer une meilleure fiabilité de l'analyse des résultats.

e) La cohérence externe : Interprétation des résultats dans le contexte des données actuelles.

Nous avons comparé les données recueillies avec les données retrouvées dans la revue systématique de la littérature en lien avec le sujet. Nous ne nous sommes pas limités aux études qui corroborent les mêmes résultats et nous avons comparé les résultats des différents travaux dans la partie discussion. Les idées retrouvées sont cohérentes avec celles existantes dans la littérature.

2. Les limites et biais de l'étude

a) Limite liée au type d'étude

Nous ne pouvons pas généraliser nos résultats de recherches à la population générale compte tenu d'une approche qualitative. Notre démarche est interprétative et permet uniquement de mettre en lumière de nouvelles idées sans pouvoir les quantifier ni les généraliser. Une étude quantitative pourrait permettre d'étudier à plus grande échelle l'importance de chaque frein et facteur de motivation dans la population rurale.

a) Biais de sélection

- Notre étude a été réalisée de manière monocentrique car il aurait été difficile de trouver d'autres lieux qui auraient été en tout point comparables : en terme de population, de ruralité, et d'offre de soin. Nous ne pouvons donc pas généraliser nos travaux à la population générale. Nous avons pu néanmoins mettre au point des hypothèses pour élargir la compréhension du processus d'adhésion au dépistage chez le médecin généraliste.
- Nous avons choisi d'étudier, pour une raison de faisabilité, uniquement les patientes qui ont réalisé leur dernier frottis au sein de la maison médicale. Cela peut constituer un biais car les réponses avaient davantage de chances de s'orienter vers des avis positifs que négatifs chez ces patientes qui ont choisi ce suivi chez le médecin généraliste. Cependant, comme un de nos objectifs était de comprendre les motifs d'acceptation de ce suivi chez le médecin généraliste, il était préférable de nous pencher davantage sur le ressenti des patientes qui y ont adhéré. Une autre étude pourrait être réalisée afin de comprendre le ressenti des patientes ne réalisant pas leur suivi chez leur médecin généraliste.

b) Biais de volontarisme

Lors du recrutement, les patientes ont été contactées par téléphone pour savoir si elles étaient d'accord pour participer à notre étude. Il est possible que ce soient les patientes les plus motivées qui aient accepté de venir aux entretiens et que cela pourrait constituer un biais. Néanmoins, nous pensons que ce biais a été relativement faible car très peu de patientes ont refusé de participer à l'étude une fois que la proposition leur a été faite.

En effet, la principale difficulté du recrutement a été de pouvoir joindre au téléphone les patientes car 12 patientes n'ont pas pu être contactées. (Cf. diagramme des flux).

c) Biais de complaisance

Il est possible que, me présentant en tant qu'interne de médecine générale, qui plus est ayant déjà travaillé au sein de la maison médicale, les patientes aient pu modifier leurs propos par sympathie envers moi ou par crainte que je divulgue les résultats aux médecins de la maison médicale. J'ai essayé de les rassurer en début d'entretien en leur assurant l'anonymat de leurs réponses, c'est pourquoi je ne pense pas que cela les ait trop influencées.

Par ailleurs, je n'ai pas réalisé moi-même de frottis au sein de la maison médicale, je n'ai donc pas reçu en entretien de patientes dont j'ai pu réaliser cet examen.

d) Biais de mémorisation et de déclaration

La fiabilité des réponses est forcément influencée par un biais de mémorisation et de déclaration.

- Certaines patientes avaient découvert le suivi au sein de la maison médicale il y a plusieurs années, ce qui a pu nuire à la bonne mémorisation des circonstances de découverte de ce suivi.
- Nous avons également constaté des différences entre les données des dossiers médicaux et les déclarations des patientes au sujet de la régularité de leur suivi gynécologique.

e) Biais d'investigation

Diriger un entretien qualitatif nécessite des compétences d'écoute, de communication pour la formulation des questions et des relances, et une attitude permettant d'inciter et d'ouvrir le dialogue. Il est possible que le fait que je ne sois pas assez expérimentée ait pu constituer un biais.

Je me suis rendue compte lors de l'analyse que la position d'investigateur n'est pas toujours simple. Malgré les consignes que j'ai essayé de mettre en application, à quelques reprises, j'ai peut-être influencé les réponses des patientes. Ces événements ont été assez rares, et j'ai essayé de les éliminer lors de l'analyse. Par exemple si un verbatim avait été prononcé par moi pour la première fois je ne l'ai pas compté dans l'analyse même si la patiente l'avait repris par la suite dans l'entretien. Lors de la triangulation, nous étions en accord sur les éléments à supprimer de l'analyse. Au fur et à mesure des entretiens ces erreurs ont quasiment disparu.

II. La grille d'entretien

- Sa forme

Au début des entretiens, nous avons dû effectuer très rapidement une modification importante de la grille d'entretien.

Initialement, j'avais réalisé la partie qualitative (comprenant les questions ouvertes) avant la partie quantitative (questions courtes parfois fermées, permettant de mieux caractériser la population).

Le but était de laisser les patientes s'installer directement dans une réflexion plus poussée sur le sujet avant de répondre.

Cependant une des patientes test nous a fait remarquer le mauvais fonctionnement de la grille d'entretien présentée ainsi. Elle a expliqué s'être sentie mal à l'aise de parler directement de sujets intimes à quelqu'un qu'elle ne connaissait pas.

Par la suite, ce ressenti s'est confirmé et les patientes étaient beaucoup plus détendues en commençant par la partie quantitative qui comprenait des questions plus « faciles » et d'ordre général (« Quel âge avez-vous ? », « Êtes-vous en couple ? »...). Ce déroulement correspondait plus à celui d'une conversation classique entre 2 personnes inconnues. Cela permettait en quelque sorte de « briser la glace » en permettant à la patiente de se présenter avant d'entrer dans des sujets plus intimes. C'est pour cette raison que nous avons effectué les entretiens de cette manière car cela nous permettait d'avoir des réponses plus naturelles. (cf. Annexe 3 : guide d'entretien modifié).

Je n'ai pas eu l'impression durant les entretiens que les questions étaient trop compliquées et que les patientes ne les comprenaient pas. Je n'ai eu besoin à aucun moment d'expliquer des mots de nos questions.

- Les limites du questionnaire

Le questionnaire a parfois montré ses limites.

- En effet, une question n'était pas bien adaptée et a pu être mal interprétée par les patientes. La question « Qu'est-ce qui vous a convaincu ou donné l'idée de vous faire suivre par un généraliste ? » était souvent mal interprétée. Les patientes ont parfois répondu « Je n'ai pas eu besoin d'être convaincue ». Cette question explorait involontairement deux idées différentes : le terme « convaincu » n'étant pas totalement synonyme de « qu'est-ce qui vous a donné l'idée ». De plus, le terme « convaincu » était associé à l'argumentation d'une personne extérieure pour les convaincre et non à un processus de réflexion personnel. La question a donc été modifiée à partir du 6ème entretien en : « Qu'est-ce qui vous a donné l'idée de vous faire suivre par un médecin généraliste ? » (cf. annexe 3 : grille d'entretien modifiée).

Néanmoins, tout au long des entretiens les patientes ont toujours répondu à cette question par le biais d'autres questions (comme celles sur la découverte ou sur les avantages du suivi chez le médecin généraliste) ce qui nous a permis quand même d'explorer cette idée.

- Une autre difficulté de notre grille d'entretien a concerné la question : « Votre médecin généraliste vous a-t-il proposé ou parlé du suivi gynécologique? ». Il s'agit d'une question fermée alors que dans une étude qualitative il faut privilégier les questions ouvertes mais nous n'avons pas réussi à trouver une formulation plus satisfaisante. Néanmoins là aussi, les patientes ont très souvent répondu à cette question avant que je leur en fasse la demande, c'est pourquoi cette question a plutôt été utilisée en tant que relance. Cela me permettait de ne pas oublier d'explorer cette idée si les patientes ne l'avaient pas évoquée. Les autres questions fermées que l'on peut trouver dans la grille d'entretien ne concernent que la partie quantitative. Nous n'avons pas mis d'autres questions fermées dans la partie qualitative.

III. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans un climat convivial. J'ai eu l'impression que les patientes étaient à l'aise et avaient envie de participer.

Pour ma part, j'ai beaucoup apprécié cet exercice d'investigateur et je pense que cela m'aura beaucoup apporté sur le plan personnel. J'ai réalisé que lors des consultations de médecine générale, je ne laissais pas suffisamment les patientes s'exprimer librement sans intervenir. J'ai compris l'intérêt d'utiliser des questions ouvertes dans un entretien, de même que dans un interrogatoire de médecine générale.

J'ai appris à mieux écouter et à guider les patientes sur le chemin de la discussion sans les forcer à prendre une direction. L'échange a été assez naturel, même si j'ai dû mettre en pratique quelques enseignements travaillés pour l'occasion.

J'ai essayé au mieux de laisser les patientes s'exprimer sans les influencer dans la formulation de mes questions. J'ai effectué régulièrement des pauses silencieuses, des répétitions choisies et des questions de relances afin d'inciter les patientes à avoir des réponses les plus complètes possibles.

IV. Le travail d'analyse

Le codage et la triangulation des données a été une phase très enrichissante de notre travail. J'ai pris conscience de la nécessité de ne pas interpréter ou de vouloir donner un sens à chaque parole mais de l'importance d'en garder l'intention pure.

Ce double codage a été effectué en parallèle avec un chercheur extérieur à l'étude, ce qui a permis une plus grande neutralité. La comparaison de nos résultats respectifs n'a pas mis en évidence de différences significatives dans le codage. Nous avons estimé avoir eu les mêmes évaluations, et nous étions d'accord pour classer les verbatim dans les mêmes thématiques.

Les rares cas de discussion ont porté sur des nuances à apporter aux thèmes avec la création de sous-thèmes et n'ont pas justifié de faire appel à un troisième codeur.

V. Discussion des principaux résultats

1. La partie quantitative

a) La population étudiée

En ce qui concerne la population étudiée, les classes d'âge sont à peu près toutes représentées sauf la classe 55-60 ans. Néanmoins, certaines patientes ont des âges très proches dans les tranches d'âge au-dessus et au-dessous (une patiente de 54 ans et une de 62 ans). Nous avons relevé les informations concernant l'âge des patientes, la parité, le statut marital, et la profession. Ces éléments ont été choisis pour mieux caractériser la population étudiée mais aussi parce qu'il s'agit de facteurs de risque potentiel de cancer du col de l'utérus (parité élevée, situation maritale non stable...) et de facteurs pouvant être associés à une moins bonne participation au dépistage (âge jeune, post ménopause, statut socio-économique faible, célibat...).(7,8) La population était assez diversifiée en ce qui concerne la parité mais nous avons une forte proportion de patientes mariées par rapport à la moyenne nationale. (48)

Les professions quant à elles, étaient un peu moins variées avec une proportion importante de statuts socio-économiques assez faibles. Gabarret se trouve dans une ZEP (zone d'éducation prioritaire), avec des niveaux scolaires plutôt bas. Parmi les patientes interrogées, on retrouve néanmoins 3 femmes ayant fait des études supérieures (expert comptable, laborantine, professeur des écoles).

Notre thèse étant qualitative, nous n'avons pas fait d'études statistiques de ces données, qui visaient uniquement à mieux connaître la population étudiée.

En ce qui concerne le médecin qui réalise leur suivi gynécologique, comme nous avons pu le voir, seule une patiente avait un médecin traitant extérieur à la maison médicale. Elle venait consulter ici uniquement pour le suivi gynécologique, qui n'était pas proposé par son médecin traitant.

La notion de médecin traitant est à relativiser dans notre étude car au sein de la maison médicale, les patientèles sont peu « cloisonnées » et les patientes ont l'habitude d'être vues alternativement par un des 3 médecins selon leurs disponibilités. Les dossiers sont informatisés et mis en commun grâce à un logiciel de gestion médicale unique. Les patientes sont donc peu familiarisées à cette notion de médecin traitant. D'ailleurs plusieurs d'entre elles ont expliqué ne pas savoir lequel des 3 médecins était leur médecin traitant officiel.

Pour 8 patientes le médecin traitant était le Dr Y, médecin homme, qui pratique peu la gynécologie, préférant laisser ce domaine à ses homologues féminins. Ces 8 patientes se sont orientées naturellement vers les médecins femmes pour le suivi gynécologique car elles avaient connaissance de leur pratique de la gynécologie, mais aussi par pudeur avec une préférence pour un médecin femme dans ce contexte.

b) La régularité du suivi

Nous avons cherché à savoir si les patientes avaient un suivi gynécologique régulier pour mieux caractériser notre population. Nous leur avons demandé depuis combien de temps elles réalisaient leur suivi au sein de la maison médicale et à quelle fréquence elles réalisaient leurs frottis. L'étude de leur dossier médical a permis de retrouver les dates exactes des frottis réalisés.

Le tableau 4 ne donne qu'une idée globale et limitée de cette régularité de suivi. En effet, les déclarations des patientes ne correspondaient pas en tout point à ce qui a été retrouvé dans les dossiers médicaux. Discordances confirmées a priori par le contrôle des dossiers médicaux récapitulant le nombre de frottis réalisés et leurs dates. Certaines par exemple ont déclaré faire un frottis tous les ans alors qu'il n'y en avait pas la trace dans les dossiers, d'autres ont déclaré une date de début de suivi différente de celle du premier frottis retrouvé dans leur dossier. Il peut s'agir d'un biais de déclaration mais aussi de dossiers médicaux non complets.

Nous avons également noté lors des entretiens qu'il était possible que les patientes aient du mal à faire la différence entre un examen gynécologique classique avec la pose d'un spéculum et un examen gynécologique avec réalisation du frottis.

Nous avons donc classé, avec les données dont nous disposions, les patientes en deux groupes « suivi régulier » répondant aux recommandations (avec un frottis minimum tous les 3 ans) et « suivi non régulier » n'y répondant pas.

Lors des entretiens les patientes se sont exprimées au sujet de la régularité de leur suivi. Certaines se sont qualifiées de « sérieuses » ou de « régulières » et d'autres ont exprimé un suivi bien plus aléatoire. Si on compare les résultats retrouvés dans l'analyse qualitative et quantitative on observe des discordances. Certaines patientes que nous avons considérées comme régulières se considèrent comme non régulières et inversement. Les patientes semblent avoir du mal à s'évaluer car la notion de suivi gynécologique régulier peut être perçue de manière double : une consultation avec un examen gynécologique par an comme le conseillent de nombreux professionnels de santé ou la réalisation d'un frottis tous les 3 ans en accord avec les recommandations officielles. Ainsi certaines ont déclaré être régulièrement examinées pour un examen gynécologique mais faire moins fréquemment les frottis.

2. Discussion sur l'objectif principal : facteurs de motivations et freins au suivi

a) Discussion des principaux facteurs de motivation

Nous avons constaté que l'avantage le plus souvent cité par les patientes pour effectuer leur suivi chez le médecin généraliste était la **commodité d'accès**.

R. Champeaux (39) a mené une étude quantitative en 2013, dans laquelle il a étudié le ressenti des médecins généralistes sur la pratique de la gynécologie, ainsi que les facteurs influençant les patientes pour leur suivi gynécologique en médecine générale. Il montre que la commodité d'accès chez le médecin généraliste est également un des facteurs principaux et que ce facteur diffère selon la distance que les patientes ont à parcourir pour aller chez leur gynécologue. Ainsi, 62.5 % des femmes citent l'accessibilité de leur médecin généraliste quand elles sont situées à moins de 10 km de leur gynécologue, contre 71.4 % lorsque la distance à parcourir est de plus de 10 km.

Dans ses travaux, les distances sont beaucoup moins importantes que dans notre étude car seulement 22,9 % des patientes se trouvaient à plus de 20 km d'un gynécologue. On peut néanmoins faire le constat que plus la distance avec les cabinets de gynécologie est importante, plus les patientes s'orientent vers un suivi de proximité chez leur généraliste. La possibilité de suivi

gynécologique chez le médecin généraliste semble donc d'autant plus importante dans les milieux ruraux isolés.

Le besoin de réassurance des patientes a été un élément très présent. Elles ressentent de l'inquiétude au sujet de leur santé, et ont besoin d'être rassurées par leur médecin. Elles apprécient de pouvoir joindre rapidement leur médecin généraliste, plus disponible qu'un spécialiste. Ce fort besoin de réassurance semble être un élément nouveau puisqu'il n'a pas été retrouvé dans d'autres travaux. Une étude a néanmoins mis en évidence que 90 % des patientes interrogées appréciaient de pouvoir consulter leur médecin généraliste en urgence. Cette étude étant quantitative, leurs ressentis quant à d'éventuelles inquiétudes ou besoin de réassurance n'a pas été exploré (40). Cependant, on peut penser que parmi les patientes ayant le besoin de consulter en urgence, certaines soient en besoin de réassurance.

Je pense qu'il faut prendre en compte cette inquiétude quasi omniprésente des patientes et ne pas négliger ce facteur. Le fait que ce besoin de réassurance soit survenu aussi souvent dans nos travaux, n'est pas anodin. Il ne faut pas hésiter à rassurer les patientes, en leur donnant des explications claires sur ce dépistage. Prendre le temps d'écouter leurs inquiétudes, leurs ressentis paraît indispensable pour pouvoir les amener vers un dépistage plus serein.

Dans notre étude, **le lien privilégié avec le médecin traitant** a été très souvent cité. Ce lien privilégié semble concourir à une meilleure adhésion des patientes dans le dépistage chez leur généraliste. Il est important pour elles que le médecin qui réalise leur suivi gynécologique les connaisse bien. C. Chaffaux (40) a réalisé une étude quantitative en Picardie en 2009, dans laquelle elle s'est intéressée aux choix des femmes concernant le choix du médecin qui réalise leur suivi gynécologique. Elle retrouve des résultats similaires aux nôtres concernant le lien qui s'établit entre les patientes et leur médecin généraliste. Ainsi, 82 % des femmes considéraient comme un avantage majeur le fait que leur médecin les connaisse bien.

Quelques femmes ont pu néanmoins évoquer dans leurs projections, que cette proximité pourrait constituer un frein pour d'autres. A. Gambiez (49) met en évidence dans ses travaux, des difficultés ressenties par les patientes lorsque le suivi par le médecin est de longue date. Ce facteur semble être complexe et dépend de la relation qui existe entre la patiente et son médecin. Il résulte de la balance entre la pudeur liée au fait de connaître un médecin depuis longtemps, et le fait de lui accorder sa confiance du fait de cette même proximité. Cet élément paraît lié à la relation médecin-patient et il semble difficile de pouvoir agir dessus.

Les autres facteurs de motivations retrouvés tel que la **confiance** envers leur médecin, **ses compétences et l'importance de son écoute** ont été également mis en évidence dans les travaux de S. Appap-Lagrange (50) qui a mené une étude quantitative sur le choix entre généraliste et gynécologue, pour le suivi gynécologique de la femme. Ces travaux, menés en région Parisienne, montrent que les femmes s'orientent vers leur médecin généraliste car elles estiment qu'il a les compétences suffisantes, mais aussi parce qu'elles ont confiance en lui et considèrent qu'il a une écoute plus attentive que les gynécologues. J. Borleteau (51), dans ses travaux en région parisienne, affirme que 77,3 % de ses patientes mettent en avant la confiance en tant que principal facteur de motivation.

Ces facteurs ont été retrouvés dans ces deux études, réalisées en milieu urbain, ainsi que dans notre étude en milieu rural. Ils ne sont donc pas spécifiques au milieu étudié.

De plus, le fait que le médecin généraliste **associe le suivi global au suivi gynécologique** est un élément qui rassure les patientes (52).

Les compétences techniques du médecin généraliste sont très appréciées en particulier en ce qui concerne les **explications délivrées** aux patientes. Dans les travaux de C. Chaffaux (40), 64 % des patientes affirmaient que les explications données par leur médecin généraliste étaient plus claires que celles données par un gynécologue.

En ce qui concerne les autres avantages, les patientes voient de manière très positive **la capacité du médecin généraliste à déléguer** vers d'autres spécialistes en cas de problème. Elles le consultent en premier recours et apprécient de pouvoir être orientées rapidement pour des examens ou vers un gynécologue si nécessaire. Cette idée semble être un élément nouveau car non retrouvée dans d'autres études. Cet élément renforce la confiance des patientes en leur médecin. Elles ont conscience qu'en cas de pathologie plus sérieuse ou de gestes plus techniques elles devront aller voir un gynécologue et font confiance à leur généraliste pour les y orienter en cas de nécessité. Ceci met en avant toute l'importance du parcours de soin et de la graduation des interventions.

Cette idée nous amène à encourager les médecins généralistes à pratiquer le suivi gynécologique des patientes sans crainte d'être jugés en cas de nécessité de déléguer ; capacité appréciée et valorisée par les patientes.

Le coût moins élevé d'une consultation chez le médecin généraliste a été soulevé par une seule de nos patientes. Ce facteur de motivation est retrouvé dans les travaux de R. Champeaux (39) et C. Chaffaux (40) pour une faible proportion de leur population (13 % et 9 %). Même si cette idée est corroborée par d'autres études cet avantage ne semble pas majeur dans ces travaux ni dans les nôtres. D'autres études, soulignent même l'absence d'impact du prix sur le choix des femmes(53,54). On peut dire que le coût moins élevé semble être un avantage au suivi gynécologique chez le médecin traitant, sans être pour autant un élément déterminant dans ce choix.

A l'avenir, cet élément ne devrait plus être aussi important car la mise en place du dépistage organisé prévoit « une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie sans avance de frais, sur présentation du courrier d'invitation au programme » (55).

Les facteurs de motivation : Ce que notre étude apporte de nouveau :

- Les patientes sont en forte demande de réassurance auprès de leur médecin généraliste
- La capacité du médecin généraliste à déléguer et à effectuer une orientation secondaire rapide en cas de problème (vers un spécialiste, une hospitalisation ou une imagerie) est un avantage pour les patientes à lui confier leur suivi gynécologique et la réalisation de leurs frottis.

Ces facteurs semblent être des éléments nouveaux retrouvés uniquement dans notre étude en milieu rural. Il pourrait être intéressant que d'autres travaux quantitatifs soient réalisés pour quantifier ces différents facteurs et rechercher s'ils sont spécifiques au milieu rural.

b) Discussion des principaux freins persistants et conséquence pour notre pratique

Notre étude a permis de mettre en évidence différents freins à la réalisation des frottis chez le médecin généraliste. Les principaux étant la peur du résultat du frottis, la pudeur en lien avec la nudité ou le genre masculin du médecin généraliste, ainsi que le manque d'information sur le dépistage.

Les questions que nous nous sommes posées sur les freins sont : S'agit-il d'éléments sur lesquels on peut agir ? Que devons-nous en retenir pour notre pratique ?

➤ Un réel manque d'information

Le rôle du frottis est souvent assez obscur pour les patientes. Une grande majorité a exprimé qu'il concernait le dépistage d'un cancer, mais très peu savaient qu'il s'agissait du cancer du col de l'utérus. Ce cancer semble être une pathologie difficilement « visualisable » par les patientes. Tout comme dans les travaux de A. Gambiez « La recherche d'un cancer génital était souvent avancée, le site étant mal différencié : col, utérus, ovaires » (49).

La fréquence du frottis était également très mal connue. L. Leroy dans son étude qualitative réalisée à Paris en 2014, retrouve les mêmes éléments : les patientes méconnaissent le but du frottis, sa place dans le dépistage du cancer du col et sa fréquence de réalisation.

Tout comme dans nos travaux, malgré quelques connotations négatives sur sa réalisation, les patientes adhèrent à ce dépistage. Ainsi « Le vécu de cet examen est le plus souvent désagréable même s'il est considéré comme important » (45).

Ce flou autour du dépistage souligne la nécessité d'expliquer davantage son intérêt et ses objectifs.

De plus, plusieurs femmes ont expliqué qu'avant de venir ici elles n'avaient pas notion qu'un médecin généraliste pouvait pratiquer le suivi gynécologique et les frottis. Différentes études ont montré que la plupart des patientes ignoraient que le frottis pouvait être réalisé chez le médecin généraliste (45,49).

Il semble possible de pouvoir agir sur la méconnaissance en apportant davantage d'information aux femmes. Si on veut lever les barrières, et que les choses ne soient plus cloisonnées entre médecine générale et gynécologie, il est important d'en parler, d'expliquer le rôle du médecin généraliste.

▪ **Promouvoir l'information**

D'ailleurs, les patientes étaient demandeuses d'information. Or, comme nous avons pu le voir, quasiment aucune n'a remarqué les flyers présents au sein de la maison médicale. On en trouve pourtant en évidence devant l'entrée principale et quelques exemplaires dans la salle d'attente. Cela nous amène à nous poser la question de l'utilité de ce mode d'information.

Une étude réalisée en 2016 avait pour objectif la création d'une « fiche d'information patient » pour sensibiliser au suivi gynécologique, puis son évaluation auprès des femmes. Cette étude a montré que la brochure créée avait été bien perçue par les femmes et avait conduit à améliorer leurs connaissances sur le sujet (56). Ce mode d'information avait permis de les sensibiliser au suivi gynécologique. Il semblerait donc que lorsqu'elles sont lues par les patientes, les brochures soient appréciées et améliorent les connaissances des femmes. Or le principal souci dans notre étude est que les patientes n'ont pas lu les flyers proposés parce qu'elles ne les ont pas remarqués. On peut se demander si l'information était assez visible ou assez bien placée, mais on peut également s'interroger sur la pertinence de la forme d'une telle information. A l'heure du numérique, peut-être les patientes seraient plus sensibles à des flashes publicitaires sur écran, à la TV, ou par des choses plus imagées et plus visibles telles que des affiches dans les salles d'attente médicales. Les patientes souhaiteraient également davantage d'informations dans les médias (57).

Sachant que les patientes de notre étude ont été très sensibles aux paroles de leur médecin traitant, nous suggérons que ces flyers puissent être donnés directement par leur médecin.

Dans les nouvelles mesures du dépistage organisé, la patiente recevra une invitation au dépistage ainsi que le dépliant national d'information sur le dépistage élaboré par l'Inca. Il est possible que cela permette aux patientes de mieux percevoir l'information qui leur est délivrée (55). Il serait intéressant de réaliser de nouveaux travaux pour évaluer l'impact de ce mode d'information sur la participation au dépistage.

▪ L'information par l'éducation

L'éducation des jeunes filles est un point intéressant, et le rôle des mères semble au cœur de cette préoccupation. Une patiente avait expliqué avoir été accompagnée par ses filles lors d'une consultation. Cette idée était intéressante mais cette patiente était d'origine nordique et avait donc vécu dans un contexte différent : dans un pays où la nudité n'est pas un tabou. Je ne suis pas sûre qu'en France nous soyons réellement prêts à ce genre d'initiative. Je pense que, de par notre culture, la pudeur est bien plus forte que dans les pays nordiques. Il pourrait être intéressant néanmoins de parler du frottis aux jeunes filles avant l'âge de 25 ans. Selon A. Gambiez (49) les patientes trouveraient que l'âge du frottis serait trop tardif par rapport à l'âge de la moyenne des premiers rapports sexuels. Selon elles, il faudrait commencer plus tôt pour « habituer les jeunes femmes ». La physiopathologie de ce cancer justifie l'âge de début des frottis néanmoins il serait intéressant d'en parler plus tôt aux jeunes filles pour les sensibiliser et « dédramatiser » ce dépistage.

➤ La possibilité de réalisation de ce dépistage : le manque d'acteurs et de moyens

▪ Les acteurs du frottis

L'objectif du dépistage organisé vise à augmenter l'accès au dépistage en facilitant notamment l'équité d'accès sur tout le territoire.

C'est en comptant sur les acteurs de ce dépistage que l'on pourra améliorer l'accès aux soins, or les patientes ont noté un manque de gynécologues et de médecin généralistes formés à la gynécologie.

Nos patientes n'ont pas considéré avoir été freinées dans leur suivi par le besoin de consulter en priorité un gynécologue. Ceci peut être en lien avec la population étudiée qui est suivie par un médecin généraliste. Cependant, elles évoquent ce besoin à de nombreuses reprises, en tant que frein potentiel pour d'autres femmes à consulter leur généraliste pour les frottis. **La nécessité de cloisonner l'intime, la tradition du suivi chez le gynécologue et les compétences méconnues du médecin généraliste** sont toujours des freins pour de nombreuses femmes (45).

De plus, dans les travaux de J. Borleteau (51), 63 % des patientes considéraient le frottis comme un acte de spécialité, ce qui illustre bien cette idée qui reste très ancrée dans l'esprit des femmes.

S. Mazan (58) s'est intéressée au suivi gynécologique des femmes en Midi-Pyrénées et retrouve que 42 % des patientes considèrent qu'il n'est pas du rôle du médecin traitant de faire le suivi gynécologique.

Ainsi, la préférence pour un suivi chez le gynécologue est multifactorielle et reste toujours un frein important pour les femmes à confier leurs frottis au médecin généraliste. On rejoint par ces constats l'idée de promouvoir davantage l'information sur le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage.

- Le manque de gynécologue

Le manque de gynécologue a été peu exprimé durant notre étude probablement parce qu'il s'agit d'une étude concernant le suivi chez le médecin généraliste. On peut cependant noter que quelques femmes ont exprimé la nécessité qu'un gynécologue vienne s'installer dans le coin.

Dans l'enquête BVA (réalisé pour la fédération nationale des Collèges de Gynécologie Médicale) menée à grande échelle en 2008), les femmes ont estimé que le manque de gynécologue aurait un impact négatif sur leur suivi gynécologique. Or, le nombre de gynécologues médicaux va en diminuant : les départs à la retraite ne sont pas compensés par l'arrivée de jeunes diplômés (34). Là encore on retrouve tout l'intérêt d'un suivi réalisé par le médecin généraliste.

- Le manque de généralistes formés à la gynécologie

Le suivi gynécologique des femmes est réalisé dans seulement 15 % des cas par un médecin généraliste (34). R. Champeaux (39) dans son étude quantitative menée dans Deux-Sèvres en 2013 sur 97 médecins généralistes en activité, retrouve que : « 57,9 % des médecins déclarent faire moins de 10 % d'actes de gynécologie-obstétrique sur la globalité de leur activité médicale ».

Il semblerait surtout que les médecins généralistes, même s'ils suivent les patientes sur le plan gynécologique (suivi contraception, infections...), pratiquent peu d'actes techniques en gynécologie.

Le sondage BVA (34) retrouvait que seulement 20 % des femmes jugeaient leur médecin généraliste suffisamment formé pour assurer le suivi gynécologique.

En ce qui concerne le ressenti des médecins sur ce sujet, une étude qualitative réalisée en 2014 auprès de médecins généralistes sur les déterminants de la pratique gynécologique, a mis en évidence que les médecins évoquent un manque de formation, ou une formation hétérogène liée principalement à un investissement personnel (59). Dans les travaux de R. Champeaux 55,7 % des médecins déclarent avoir eu au moins une formation en gynécologie, contre 44,3 % qui disent ne pas en avoir eu (39). Quand on recueille leur opinion sur leurs propres compétences, seul un peu plus de la moitié des médecins (54 %) portent une appréciation positive sur leur pratique de gynécologie et 43 % déclarent ne pas se sentir performants (60).

Il semble exister un malaise chez les médecins quant à la pratique de la gynécologie qu'il est difficile de qualifier avec précision.

Un autre facteur souvent rapporté par les médecins comme frein à la pratique de la gynécologie est tout simplement le manque de temps disponible pour une telle pratique. Élément sur lequel il est difficile de pouvoir jouer.

Actuellement, les futurs médecins généralistes ont l'obligation d'effectuer un stage en gynécologie ou en pédiatrie dans leur DES de médecine générale. De plus, il existe des possibilités de formation supplémentaires avec l'accès à des DU de gynécologie, dans la majorité des facultés, pouvant être validés à tout moment de l'activité d'un médecin. Cela devrait permettre aux médecins généralistes d'être mieux formés à la gynécologie. Il est important que les médecins s'impliquent dans le suivi gynécologique, tel qu'il est proposé à la maison médicale, d'autant plus dans les milieux ruraux où le manque de gynécologue est plus marqué. Néanmoins là encore, il s'agit d'un choix et d'un investissement personnel pour les généralistes, de s'orienter et de se former à la pratique de la gynécologie.

- Les sages-femmes et laboratoires d'analyse

Dans nos travaux, les patientes n'ont pas parlé des autres acteurs de la prise en charge, tels que les sages-femmes dont le rôle dans ce dépistage semble peu connu. Elles n'ont pas évoqué non plus la possibilité de faire réaliser leurs frottis dans un laboratoire d'analyse.

Les questions de nos entretiens n'ont pas visé à explorer ce domaine, néanmoins on peut noter que lorsque nous avons demandé aux patientes ce qu'elles feraient s'il n'y avait plus de suivi possible à la maison médicale, aucune ne nous a cité ces autres possibilités.

Le manque de moyen humain a été évoqué mais aussi celui de matériel.

- **Le manque de matériel, de moyens**

Le manque de matériel et de moyens a été rapporté par les patientes. En effet, ces dernières auraient souhaité pouvoir réaliser d'autres actes, notamment radiologiques chez le médecin généraliste.

Le matériel nécessaire à la réalisation des frottis est peu coûteux et souvent jetable (ne nécessitant plus de moyen de stérilisation). Il est bien évidemment indispensable pour réaliser le frottis. Néanmoins, l'idée évoquée par les patientes, de pouvoir réaliser les mammographies et autres actes techniques radiologiques au sein d'un cabinet de médecine générale semble illusoire, du fait du matériel et des formations nécessaires en radiologie.

- Le ressenti des patientes : la persistance de la peur et de la pudeur

- **La peur du résultat**

La peur du résultat du frottis a été citée par les patientes comme une crainte persistante dans la réalisation de leur suivi.

Cet élément n'est pas spécifiquement lié au suivi chez le médecin généraliste et se retrouverait également lors d'un suivi chez le gynécologue. Néanmoins, plusieurs patientes ont expliqué que la proximité avec leur médecin était un élément rassurant dans la compréhension de leurs résultats. En effet, il est possible que ce facteur puisse être atténué par la possibilité d'avoir un contact rapide avec son médecin généraliste après réception des résultats. Il semblerait qu'elles hésitent moins à téléphoner à leur médecin généraliste pour avoir des explications que de contacter leur gynécologue.

Pour R. Stewart (61) qui a réalisé une étude qualitative évaluant les attentes des patientes par rapport au frottis, les patientes apprécieraient que les médecins les contactent pour les informer des résultats des frottis même si ceux-ci étaient normaux. En effet, l'appréhension des résultats est d'autant plus importante si le médecin ne contacte la patiente qu'en cas de frottis anormal, car pendant ce temps les femmes restent dans l'expectative.

Néanmoins, il paraît difficile que le médecin contacte chaque patiente pour laquelle un frottis aura été réalisé (à moins qu'il ait une faible activité en gynécologie...). K. Blomberg (57) suggère que sur les résultats il puisse y avoir le nom et le numéro de téléphone d'un professionnel à contacter pour avoir des explications. Cette idée pourrait être mise en place avec des professionnels dédiés, ce qui permettrait de « décharger » un peu le travail des médecins.

Le nouveau plan santé, prévoit la création de 4000 postes d'assistants médicaux à venir qui seront financés d'ici 2022 pour dégager du temps médical aux médecins. Ces professionnels médicaux assisteront les médecins pour que ces derniers aient moins de tâches administratives à effectuer. Les premiers devraient arriver dans les zones prioritaires d'accès au soin dès 2019. Nous ne savons pas encore quel sera leur rôle précis, mais nous pouvons envisager, qu'ils puissent éventuellement appeler les patientes pour les informer des résultats de leur frottis (62).

Il pourrait être intéressant également de simplifier les résultats qui sont envoyés à la patiente car source d'anxiété. En effet, dans le dépistage du cancer du sein, le terme « absence de lésion suspecte » est facilement compris. Je pense que le compte-rendu reçu par les patientes pourrait être présenté de la même manière.

Lors de la mise en place du dépistage organisé les résultats seront envoyés à la patiente ainsi qu'au préleveur, au prescripteur, à la structure en charge des dépistages et au médecin traitant. On peut espérer que, comme dans le dépistage du cancer du sein, les résultats soient facilement compréhensibles par les patientes (55).

▪ La peur du geste

La peur de l'examen a également été citée mais avec un impact moins fort que celui du résultat. Les explications données par le médecin peuvent néanmoins rassurer une bonne partie des patientes car ce geste est finalement vécu comme « désagréable » plus que réellement douloureux.

En ce qui concerne les freins, nos résultats sont similaires à ceux retrouvés par A. Gambiez : « Si la douleur était parfois évoquée, c'était surtout la gêne et la pudeur qui semblaient en être responsables » (49).

▪ Le genre du médecin

Les patientes de notre étude ont exprimé accepter plus facilement ce dépistage du fait qu'il soit proposé par des femmes. Même si très souvent leur médecin traitant était un homme, elles expliquaient se sentir plus à l'aise avec leur homologue féminin pour les consultations de gynécologie.

Ces résultats semblent similaires à ceux retrouvés dans de nombreuses études. L'étude de JP. Joseph et al. avait révélé que 9 femmes sur 10 acceptaient le frottis lorsqu'il était réalisé par un médecin femme contre 6 sur 10 par un médecin homme (63). L. Leroy (45) dans ses travaux trouve également que le genre masculin du médecin est considéré comme un frein par les patientes.

D'autres études ont trouvé des résultats plus mitigés concernant ce facteur, montrant que cela avait peu d'influence pour les patientes (46,49).

Il est possible que les patientes de notre étude y aient été plus réceptives car nous n'avons pas interrogé de patientes se faisant suivre sur le plan gynécologique par des médecins hommes. En effet, dans la maison médicale le suivi est proposé uniquement par des médecins femmes.

La féminisation de la profession se confirme. Au cours de l'année 2015, 58 % des médecins nouvellement inscrits à un tableau de l'Ordre sont des femmes. Elles représentent 66 % des médecins de moins de 30 ans (64). Il est possible à l'avenir, qu'avec la féminisation de la profession on voie un changement d'attitude des patientes à consulter leur médecin généraliste pour les frottis, à condition bien sûr que les femmes médecins pratiquent la gynécologie.

Ces peurs et la pudeur ne sont pas spécifiques à une consultation chez le médecin généraliste. Ainsi L. Leroy explique : « Plus que les freins liés à la prise en charge du suivi gynécologique par un médecin généraliste, les freins retrouvés sont en grande partie plutôt liés à la réalisation de l'examen gynécologique en lui-même » (45) .

Les freins : ce que notre étude apporte de nouveau

Notre étude ne met en évidence qu'un seul nouveau frein au suivi gynécologique chez le médecin généraliste non retrouvé dans d'autres études. Cette idée concerne le fait que les patientes sont demandeuses de davantage de moyens matériels dans les milieux ruraux. Les principaux freins retrouvés, tels que le manque d'information et la peur du résultat, ont été mis en évidence dans d'autres études et ne semblent pas spécifiques au milieu rural.

3. Discussion sur l'objectif secondaire : motifs d'acceptation du suivi

La découverte et l'acceptation du suivi au sein de la maison médicale

L'affiche en salle d'attente a été remarquée par toutes les patientes. Notre étude montre que c'est le principal moyen de découverte de l'existence de ce suivi chez le médecin généraliste, au sein de la maison médicale de Gabarret. Je pense que c'est un élément central à prendre en compte.

On peut noter, qu'environ la moitié des patientes ayant vu l'affiche, a décidé d'aborder spontanément le sujet de la réalisation des frottis avec leur médecin généraliste.

Contrairement aux flyers qui ne semblent pas avoir eu d'impact, la pancarte expliquant que les médecins du cabinet réalisent les frottis a un rôle fort dans cette démarche. Il est possible que les patientes se sentent plus concernées par cette affiche « personnalisée » qui stipule clairement les noms de leurs médecins. Plutôt que par des prospectus « plus anonymes ».

Il pourrait être intéressant que les médecins généralistes qui pratiquent la gynécologie le signalent par le biais d'un affichage en salle d'attente puisqu'il semble que ce soit un moyen d'information efficace.

Un autre moyen de découverte a été le bouche à oreille mais ce facteur semble mineur car évoqué par une seule patiente. De plus, il semble difficile de pouvoir jouer sur ce facteur.

Pour deux patientes, la découverte s'est faite via la proposition du médecin, mais nous avons vu que cette proposition a davantage joué un rôle sur l'acceptation du suivi.

En effet, si l'on s'intéresse à l'autre moitié des patientes qui après avoir découvert l'affiche, n'a pas abordé le sujet spontanément avec leur médecin, on peut voir que la proposition de ce dernier a eu une importance capitale. En effet, cette autre moitié de patiente n'osait pas toujours faire la demande à leur médecin, et il a fallu l'intervention de ce dernier pour qu'elles acceptent le suivi. Cette proposition vient en quelque sorte en rattrapage des patientes qui n'osent pas en parler.

En effet, les patientes de notre étude ont été particulièrement réceptives à la proposition du médecin de réaliser leur suivi gynécologique. Nous avons vu que certaines n'avaient pas osé en parler et qu'elles attendaient que le premier pas vienne du médecin.

D'après une étude réalisée en Gironde en 2011 sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité, 72 % des patientes seraient favorables à la proposition de leur médecin de réaliser leur suivi gynécologique. « Les patientes attendaient que leur médecin généraliste leur propose le dépistage alors que ces derniers appréhendaient un refus ou une réticence à cette proposition. » Cette discordance reflète bien les possibilités qui existent et qui doivent nous guider dans notre pratique (63).

Je pense qu'il est important que les médecins n'hésitent pas à proposer davantage aux patientes la réalisation de leur suivi gynécologique. Il faut « décomplexer » ce suivi et que les médecins dépassent leurs propres réticences à proposer aux femmes la réalisation des frottis. Notre proposition serait d'interroger systématiquement les patientes sur leur suivi gynécologique, en leur posant par exemple la question : « Êtes-vous à jour au niveau des dépistages gynécologiques ? », pour permettre d'introduire ce suivi.

Pour être systématique et ne pas oublier d'aborder le suivi gynécologique et les dépistages, il semble important que les dossiers médicaux soient bien tenus et bien structurés. Nous pouvons suggérer par exemple qu'il y ait un système de rappel ou de note dans le dossier de chaque patiente, pour que le médecin sache toujours où en est sa patiente dans ses dépistages. Cela conduirait à des interventions brèves en consultation pour relancer et inciter les patientes au dépistage.

Pour V. Megret (41), une des raisons principales que trouvent les femmes pour engager ce suivi est que le médecin traitant explique qu'il a **une formation spécifique**. Dans nos travaux, l'information de cette formation spécifique a été véhiculée par l'affichage en salle d'attente et par la proposition du médecin, ces deux éléments ont été déterminants pour l'acceptation de ce suivi.

Une des mesures du dépistage organisé reposera entre autres sur une proposition plus systématique de dépistage par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique des femmes, car cette proposition serait « le principal mode d'entrée dans le dépistage » (55).

Notre attention s'est portée sur une de nos patientes qui était venue faire son frottis après avoir reçu un courrier de relance de sa caisse. Son cas est isolé car elle avait bénéficié d'un bilan de santé proposé par sa caisse d'assurance maladie. En effet, certaines caisses ou centres de médecine préventive relancent les patientes par courrier à l'occasion de bilans de santé.

C'est une idée que nous avons exploré car les patientes l'ont évoqué par la suite dans leurs suggestions. Elles ont exprimé avoir pour certaines, besoin d'un cadre pour mieux structurer leur prise en charge, et l'idée d'un système de relance des patientes a été évoquée à plusieurs reprises.

En effet, les patientes ont été demandeuses de moyens de relance pour améliorer la participation au dépistage. S. Garson (52) a mené en 2014 une étude sur le profil de femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus, là aussi les femmes ont exprimé « l'intérêt des rappels à l'ordre ». K. Blomberg (57) a adopté une approche similaire en 2011 en demandant aux non-participants du programme de dépistage en Suède ce qui les encouragerait à participer. Des lettres d'invitation personnelle ont été soulevées comme un important facteur, avec une mise en page attrayante, des informations faciles à comprendre et un lien de référence vers un site Web contenant des informations supplémentaires.

Les courriers de rappels font partie des éléments qui seront mis en place lors de la généralisation du dépistage organisé pour les femmes non participantes, n'ayant pas eu de frottis depuis 3 ans ou plus. Cette méthode a d'ailleurs, déjà fait la preuve de son efficacité lors des programmes expérimentaux des études pilotes, permettant ainsi une meilleure participation des femmes au dépistage (33).

Parmi les autres motifs d'acceptation du suivi, comme nous l'avons vu pour une patiente, c'est à l'initiative de son gynécologue qu'elle s'est dirigée vers son médecin généraliste. Ceci reflète à nouveau le manque de gynécologues dans la région de notre étude. Enfin, pour deux autres patientes, c'est à l'occasion d'inquiétudes ou de problèmes de santé qu'elles ont consulté leur généraliste. Il semble primordial que les patientes n'attendent pas d'avoir un souci médical pour venir faire leurs dépistages, qui par définition doit se faire en amont des pathologies.

Ce que notre étude apporte de nouveau :

- Une affiche dans la salle d'attente précisant qu'un médecin réalise les frottis et le suivi gynécologique est un moyen d'information efficace des patientes.

CONCLUSION

VI. Conclusion et perspectives de l'étude

Notre étude avait pour objectif d'étudier les freins et facteurs de motivation des patientes à effectuer leurs frottis chez leur médecin généraliste. Nous avons étudié une zone rurale éloignée de l'hôpital et des cabinets de gynécologie afin de connaître le ressenti des patientes n'ayant pas accès aisément aux gynécologues.

Comme nous l'avons vu, la plupart des freins et des facteurs de motivation des patientes interrogées ont également été retrouvés dans des études réalisées dans d'autres milieux, en particulier urbains. Néanmoins certains déterminants semblent plus marqués dans nos travaux et quelques éléments nouveaux ont également été mis en lumière.

Il persiste des réticences chez les patientes à consulter un médecin généraliste pour les frottis que nous avons essayé de mieux comprendre dans nos travaux. Les freins à réaliser ce suivi sont encore bien présents comme en témoigne l'insuffisance de couverture de ce dépistage. Il s'agit essentiellement de la pudeur face à un médecin masculin, de la peur du frottis et de son résultat, ainsi que de la préférence pour un suivi chez un gynécologue en cas de pathologie complexe. Enfin, l'idée de consulter un médecin généraliste n'est pas toujours évidente. En effet, il semble exister un cruel manque d'information sur l'utilité des frottis, mais aussi sur le rôle des médecins généralistes dans ce dépistage.

Malgré tous ces facteurs qui freinent les femmes à réaliser leurs frottis chez le médecin généraliste (ou parfois même chez un gynécologue), il ne faut pas négliger la partie des patientes qui adhèrent à ce dépistage et qui s'adressent volontiers à leur généraliste.

Les patientes de notre étude ont accepté ce dépistage chez leur médecin. Il semble donc important de s'appuyer sur leur ressenti et leur histoire, afin d'améliorer le dépistage chez le médecin généraliste.

Le principal facteur de motivation est la commodité d'accès, en lien direct avec la distance importante pour se rendre dans les cabinets de gynécologie. Les patientes apprécient l'accessibilité du médecin généraliste avec la possibilité d'être rassurées et reçues en consultation rapidement en cas de problème. Ses compétences techniques, sa capacité à orienter rapidement la patiente vers l'hôpital ou un confrère majore la confiance qu'ont les patientes de leur médecin. Ses qualités humaines et parfois un lien privilégié tissé au fil des années, ont une place primordiale dans le choix des femmes.

Nous avons décidé d'aller un peu plus loin dans l'analyse des facteurs de motivation en étudiant la façon dont les patientes ont découvert, puis accepté ce suivi chez leur généraliste.

Il semblerait qu'une pancarte informative personnalisée soit un moyen efficace pour que les patientes prennent connaissance que leur médecin réalise les frottis. Cette pancarte a eu un rôle primordial dans le suivi de nos patientes mais pas toujours suffisant. En effet certaines d'entre elles, n'ont pas franchi le pas spontanément et il a fallu la proposition de leur médecin pour qu'elles acceptent ce dépistage. Ainsi, les patientes sont dans l'attente et émettent des retours positifs, sur le fait que la proposition vienne du médecin lui-même, élément décisif pour leur suivi.

Nous pensons qu'il est possible d'agir sur certains des freins mis en évidence.

Tout d'abord, en promouvant davantage l'information, parfois dès le plus jeune âge. Il faut qu'elle soit disponible mais surtout attractive pour les patientes. En effet, l'information est parfois peu perceptible même quand elle est présente. Ainsi, les pancartes personnalisées par les médecins impactent plus les patientes et pourraient être généralisées dans d'autres cabinets.

La proposition du médecin de réaliser le frottis pourrait être plus systématique afin d'inciter les patientes au dépistage.

Pour limiter le côté anxiogène des résultats, ces derniers pourraient être simplifiés avec l'ajout d'une conclusion simple facilement compréhensible.

Les patientes sont également demandeuses d'un système de rappel pour mieux structurer leur prise en charge.

Enfin, il semble important pour améliorer l'accessibilité et la fluidité de ce dépistage, que les soins gynécologiques soient mieux répartis sur l'ensemble du territoire, en formant davantage les médecins généralistes à la pratique de la gynécologie puisqu'ils sont au centre du parcours de soin de demain.

Dans les mois qui viennent, la mise en place du dépistage organisé devrait permettre d'améliorer un certain nombre de facteurs freinant le suivi des femmes dans notre étude.

Ce programme s'appuiera entre autres sur une proposition plus importante par les professionnels de santé de réaliser un dépistage au cours d'une consultation, la création d'invitations et de relances par courrier, d'une meilleure information des patientes, la prise en charge intégrale des frais et d'une meilleure formation des professionnels de santé (55).

Il prévoit également la mise en place de « stratégies complémentaires » (accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, auto-prélèvements, unités mobiles) dans des cas particuliers, pour cibler « les populations vulnérables et/ou très éloignées du système de santé » (55).

Il est possible que nous voyions naître ce genre d'initiative un jour à Gabarret.

Ainsi notre étude fait en quelque sorte, un bilan du ressenti des patientes à la réalisation des frottis chez le médecin généraliste, avant la mise en place du dépistage organisé. D'autres travaux pourraient être réalisés à l'avenir, pour évaluer son impact sur la prise en charge chez le médecin généraliste dans les milieux ruraux isolés.

REFERENCES

1. Bernard V. Les unités urbaines de 2010 concentrent les 3/4 de la population aquitaine. INSEE; 2011 août. Report No.: 15.
2. INCA. Les cancers en France, Les données. 2015.
3. Institut National de Veille Sanitaire. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 [Internet]. 2015 [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015>
4. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. InVS; 2016 févr.
5. Colonna M, Chatignoux E, Remontet L, Mitton N, Belot A, Bossard N, Grosclaude P, Uhry Z. Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010 [Internet]. InVS; 2015 août [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Estimations-de-l-incidence-departementale-des-cancers-en-France-metropolitaine-2008-2010>
6. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. 2013 Juin [Internet]. [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
7. Duport N, Heard I, Barre S, Woronoff AS, DMCT. Focus. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Pathologie cervico-utérine : dépistage et surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses [Internet]. InVS; 2014. 220-1 p. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12048
8. OMS. Relevé épidémiologique hebdomadaire. Vaccins contre les papillomavirus humains. Note de synthèse de l'OMS. 12 mai 2017 [cité 19 déc 2017];92 (241-68). Disponible sur: <http://www.who.int/wer/2017/wer9219/fr/>
9. Akers AY, Newmann SJ, Smith JS. Factors Underlying Disparities in Cervical Cancer Incidence, Screening, and Treatment in the United States. *Curr Probl Cancer*. 1 mai 2007;31(3):157-81.
10. Gavillon N, Michel M-E, Grasselin O, Derniaux E, Vidal L, Quéreux C. Tabac, pilule et infections HPV. Paris: Collège national des gynécologues et obstétriciens français; 2008 déc p. 574.
11. Haut Conseil de la Santé Publique. Place du vaccin GARDASIL 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains. 2017 févr.
12. HCSP. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil® [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 mars [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416>
13. HCSP. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix® [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 févr [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411>
14. Institut National de Veille Sanitaire. Papillomavirus humains. Données. 2017 Déc [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers->

thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains

15. Guthmann JP, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N, et al. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin. Analyse de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) [Internet]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2016 [cité 19 févr 2018] p. 48. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Determinants-socio-economiques-de-vaccination-et-de-depistage-du-cancer-du-col-par-frottis-cervico-uterin-FCU>
16. Lam JUH, Rebolj M, Dugué P-A, Bonde J, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *J Med Screen*. mars 2014;21(1):38-50.
17. Edouard L. Sex and the cervix: hormones, infections and cancers. *BMJ Sex Reprod Health*. 1 oct 2005;31(4):338-9.
18. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis*. Nov 2002;29(11):725-35.
19. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med*. 22 juin 2006;354(25):2645-54.
20. Haute Autorité de Santé. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002 [Internet]. 2002 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272243/fr/conduite-a-tenir-devant-une-patiente-ayant-un-frottis-cervico-uterin-anormal-actualisation-2002
21. Munro A, Pavicic H, Leung Y, Westoby V, Steel N, Semmens J, et al. The role of general practitioners in the continued success of the National Cervical Screening Program. *Aust Fam Physician*. mai 2014;43(5):293-6.
22. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. 2002 sept p. 21.
23. Baay M, Verhoeven V. Dépistage du cancer du col : recherche du HPV plus efficace que la cytologie conventionnelle ? *Minerva*. 2011;10(2):21-22.
24. Agorastos T, Sotiriadis A, Chatzigeorgiou K. Can HPV testing replace the pap smear? *Ann N Y Acad Sci*. sept 2010;1205:51-6.
25. Crott R. Analyse coût/bénéfice de la détection de l'HPV dans le dépistage du cancer du col. *Minerva*. 2004;3(5):75-7.
26. Heard I, Tondeur L, Arowas L, Falguières M, Demazoin MC. Distribution des papillomavirus humains (HPV) dans des frottis effectués dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. *Bull Epidemiol Hebd*.(13-14-15):241-8 [Internet]. 2014 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_6.html

27. Verhoeven V. Autoprélèvement pour la détection de l'infection du col de l'utérus à HPV : une alternative crédible ? *Minerva*. 2015;14(10):122-3.[cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/2005>
28. Plan Cancer 2014-2019. Institut National Du Cancer [Internet]. 2015 [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
29. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. *Rapports et synthèses* [Internet]. 2013 [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>
30. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin - Dépistage du cancer du col de l'utérus. Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Edition 2015 [Internet]. 2015 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000124/index.shtml>
32. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Taux de réalisation d'aucun frottis cervico-utérin pour 2010-2013 selon les départements en région Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2018 [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Fiches-Indicateurs/Donnees-regionales-NOUVELLE-AQUITAINE/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-Taux-de-realisation-d-aucun-frottis-cervico-uterin-pour-2010-2013-selon-les-departements-de-France#carto>
33. Duport N, Salines E, Gremy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. [Internet]. *InVS*. 2014;228-34 Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12050
34. David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut d'études, de marchés et d'opinions BVA [Internet]. 2008 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_égard_du_suivi_gynecologique.html
35. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Ministère de la santé. 2009 févr; 48. Report No.: 12.
36. Le Breton-Lerouillois G, Rault JF, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Paris: Conseil National de l'Ordre des médecins. 2016 juin;326p.
37. Haute Autorité de Santé - État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france

38. Jacquet E. Impact de la ROSP sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale. Etude en Dordogne et en Gironde entre 2011 et 2014. [Bordeaux]: université de Bordeaux; 2015.
39. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
40. Chaffaux C. Suivi gynécologique des femmes en Picardie: quel médecin, sur quels critères ? : quelles représentations ont les femmes des connaissances de leur médecin généraliste en matière de gynécologie ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2009.
41. Megret V, Escourrou B. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2010.
42. Marie C. Place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus: étude dans l'agglomération dunkerquoise [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
43. Lundy-Veltin E. Quel praticien pour le suivi gynécologique: généraliste ou spécialiste ? Enquête auprès de 200 patients, en milieu urbain et rural [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2001.
44. Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
45. Leroy L. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste: par Lucie Leroy [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.
46. Calgari E. La prise en charge du frottis par le médecin généraliste: étude qualitative par focus group sur le ressenti des patientes bas-rhinoises [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2012.
47. Goodinson SM, Singleton J. Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *Int J Nurs Stud.* 1 janv 1989;26(4):327-41.
48. État matrimonial légal des personnes selon le sexe en 2017 | Insee [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496>
49. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2010.
50. Appap-Lagrange S. Suivi gynécologique de la femme: médecin généraliste ou gynécologue : le choix des patientes et leurs motivations [Thèse d'exercice]. [Paris]: Faculté de médecine Broussais Hôtel-Dieu; 2001.
51. Borleteau J. Que pensent les femmes de la réalisation du frottis cervico-utérin par le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2014.

52. Garson S. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus. 25 mars 2014;77.
53. Vignes C. Médecin généraliste ou gynécologue: Quels sont les critères des patientes pour choisir celui qui assurera leur suivi gynécologique et obstétrical ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
54. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. 2007. 120 p.
55. Journal officiel. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. 2018 Mai 4
56. Mouco S, Delorme E. Élaboration et évaluation d'une brochure d'information sur le suivi gynécologique destinée aux patientes consultant en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2016.
57. Blomberg K, Tishelman C, Ternstedt B-M, Törnberg S, Levál A, Widmark C. How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden. *Acta Oncol Stockh Swed.* janv 2011;50(1):112-20.
58. Mazan S. Le suivi gynécologique en Midi-Pyrénées: médecin généraliste ou gynécologue ? : les raisons du choix des femmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2012.
59. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. 30 oct 2014;97.
60. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne, Summary. *Santé Publique.* 2005;17(1):109-19.
61. Stewart R, Thistlethwaite J. Pap tests – what do women expect? *Aust Fam Physician.* 39(10):775-8. 2010 Oct
62. Dicom L. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif>
63. Joseph J-P, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux J-L, Quintard B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. *Médecine.* 23 déc 2014;10(10):472-7.
64. Bouet D, Le Breton-Lerouillois G, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au coeur de la réflexion. Situation au 1er janvier 2017. 2017 oct p. 323p.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Lettre d'information

<p style="text-align: center;">LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTES</p> <p style="text-align: center;">POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE</p>

Madame,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE

Identifier les freins et les facteurs de motivation qui poussent les femmes à faire réaliser leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural.

BÉNÉFICES ATTENDUS

Le but final est de mettre en évidence des pistes permettant d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus en milieu rural.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Cette étude porte sur des femmes de 25 à 65 ans, réalisant leur frottis chez un des médecins généralistes de la maison médicale de Gabarret. Vous avez été contactée au hasard sur la base des frottis réalisés au sein de la maison médicale.

Un rendez-vous a été programmé par téléphone pour réaliser un entretien au sein de la maison médicale.

Il s'agit d'un entretien unique.

FRAIS MEDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche biomédicale n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire de madame Spilthooren Noëlle conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter les médecins responsables de l'étude, madame SPILTHOOREN Noëlle, tél et le Dr GUILLE Jean-François, tél

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à répondre à notre entretien.

II. Annexe 2 : Questionnaire patientes : Guide d'entretien initial

« Bonjour, vous avez été contactée pour participer à une étude dans le cadre de ma thèse de médecine et je vous remercie pour votre participation.

Le thème de mon étude est le frottis chez le médecin généraliste en milieu rural.

Je vais vous poser quelques questions et il est important que vous répondiez naturellement, car je cherche avant tout à recueillir votre ressenti en tant que patiente sur ce sujet.

Je vous rappelle que cette étude est anonyme et que les informations recueillies resteront confidentielles. Je vais avoir besoin d'enregistrer notre entretien uniquement pour pouvoir consulter et retranscrire les données par la suite puis ces enregistrements seront détruits.

Êtes-vous d'accord ? »

Au sujet du frottis : Introduction du sujet *(partie qualitative)*

1. **Que pouvez-vous me dire au sujet du frottis ?**
Relance : A quoi sert-il ?

Motivations

2. **Que pensez-vous de la possibilité de réaliser le suivi gynécologique chez un médecin généraliste ?**
3. **A votre avis, quelles sont les différences entre un suivi gynécologique chez le médecin généraliste et chez le gynécologue ?**
4. **Quels avantages trouvez-vous, personnellement, à faire vos frottis chez un médecin généraliste ?**

Motifs d'acceptation de ce suivi :

5. **Comment avez-vous su que des médecins de la maison médicale réalisaient des frottis ?**
6. **Qu'est-ce qui vous a convaincu ou donné l'idée de vous faire suivre par un généraliste ?**
7. **Votre médecin généraliste vous a-t-il proposé ou parlé du suivi gynécologique ?**
8. **Que pensez-vous de l'information sur la réalisation des frottis que l'on peut trouver en salle d'attente ? Quel impact cela a-t-il eu sur vous ?**

Freins

9. **Quelles craintes ou hésitations avez-vous eu avant de vous faire suivre par un médecin généraliste pour vos frottis ?**
10. **Actuellement, quels inconvénients y trouvez-vous ?**
11. **Selon vous, pourquoi certaines femmes ne se font pas suivre par leur médecin généraliste pour les frottis ?**

Relance : Pensez-vous qu'il soit plus gênant de vous faire examiner par votre médecin traitant ou par un autre médecin ?

Ouverture

12. Si aucun médecin ne pratiquait la gynécologie au sein de la maison médicale, que feriez-vous ?

Relance : Vers qui vous orienterez-vous ?

13. Quel est votre degré de satisfaction concernant votre suivi gynécologique ?

14. Quelles seraient vos suggestions pour faciliter le suivi gynécologique des femmes ?

Généralités (partie quantitative)

15. Quel âge avez-vous ?

16. Que faites-vous dans la vie ?

Relance : Exercez-vous une profession ? Laquelle ?

17. Dans quelle commune habitez-vous ?

18. Avez-vous des enfants ? Vivez-vous en couple ?

Les habitudes de la patiente (partie quantitative suite)

19. A quelle fréquence consultez-vous un médecin (gynécologue ou généraliste) pour le frottis ?

20. Depuis combien de temps réalisez-vous vos frottis au sein de la maison médicale ?

Relance : Est-ce un médecin généraliste de la maison médicale qui réalise habituellement vos frottis ?

21. Le médecin qui réalise habituellement vos frottis est-il votre médecin traitant ?

Relance : Qu'est ce qui vous a poussé à faire ce choix ?

22. Où réalisiez-vous vos frottis avant de venir le faire chez votre généraliste ?

23. Avez-vous également un suivi par un gynécologue ? Si oui, vous arrive t-il de le consulter également pour des frottis ou pour d'autres motifs ?

Reformulations générales (tout au long de l'entretien) :

- Pouvez-vous préciser ?
- Pouvez-vous expliquer un peu plus votre idée ?
- Pouvez-vous me donner un exemple concret ?

Madame, merci encore du temps que vous m'avez accordé... Si cela vous intéresse nous vous ferons part de nos conclusions quand l'étude sera finie. Au revoir...

III. Annexe 3 : Questionnaire patientes : Guide d'entretien modifié

« Bonjour, vous avez été contactée pour participer à une étude dans le cadre de ma thèse de médecine et je vous remercie pour votre participation.

Le thème de mon étude est le frottis chez le médecin généraliste en milieu rural.

Je vais vous poser quelques questions et il est important que vous répondiez naturellement, car je cherche avant tout à recueillir votre ressenti en tant que patiente sur ce sujet.

Je vous rappelle que cette étude est anonyme et que les informations recueillies resteront confidentielles. Je vais avoir besoin d'enregistrer notre entretien uniquement pour pouvoir consulter et retranscrire les données par la suite puis ces enregistrements seront détruits.

Êtes-vous d'accord ? »

Généralités *(partie quantitative)*

1. **Quel âge avez-vous ?**
2. **Que faites-vous dans la vie ?**
Relance : Exercez-vous une profession ? Laquelle ?
3. **Dans quelle commune habitez-vous ?**
4. **Avez-vous des enfants ? Vivez-vous en couple ?**

Les habitudes de la patiente *(suite partie quantitative)*

5. **A quelle fréquence consultez-vous un médecin, qu'il soit gynécologue ou généraliste, pour le frottis ?**
6. **Depuis combien de temps réalisez-vous vos frottis au sein de la maison médicale ?**
Relance : Est-ce un médecin généraliste de la maison médicale qui réalise habituellement vos frottis ?
7. **Le médecin qui réalise habituellement vos frottis est-il votre médecin traitant ?**
Relance : Qu'est ce qui vous a poussé à faire ce choix ?
8. **Où réalisez-vous vos frottis avant de venir le faire chez votre généraliste ?**
9. **Avez-vous également un suivi par un gynécologue ? Si oui, vous arrive t-il de le consulter également pour des frottis ou pour d'autres motifs ?**

Au sujet du frottis : Introduction du sujet *(partie qualitative)*

10. **Que pouvez-vous me dire au sujet du frottis ?**
Relance : A quoi sert-il ?

Motivations

11. **Que pensez-vous de la possibilité de réaliser le suivi gynécologique chez un médecin généraliste ?**

12. A votre avis, quelles sont les différences entre un suivi gynécologique chez le médecin généraliste et chez le gynécologue ?
13. Quels avantages trouvez-vous, personnellement, à faire vos frottis chez un médecin généraliste ?

Motifs d'acceptation de ce suivi

14. Comment avez-vous su que des médecins de la maison médicale réalisaient des frottis ?
15. Qu'est-ce qui vous a donné l'idée de vous faire suivre par un généraliste ?

Relance : Votre médecin généraliste vous a-t-il proposé ou parlé du suivi gynécologique ?

16. Que pensez-vous de l'information sur la réalisation des frottis que l'on peut trouver en salle d'attente ? Quel impact cela a-t-il eu sur vous ?

Freins

17. Quelles craintes ou hésitations avez-vous eu avant de vous faire suivre par un médecin généraliste pour vos frottis ?
18. Actuellement, quels inconvénients y trouvez-vous ?
19. Selon vous, pourquoi certaines femmes ne se font pas suivre par leur médecin généraliste pour les frottis ?

Relance : Pensez-vous qu'il soit plus gênant de vous faire examiner par votre médecin traitant ou par un autre médecin ?

Ouverture

20. Si aucun médecin ne pratiquait la gynécologie au sein de la maison médicale, que feriez-vous ?
Relance : Vers qui vous orienterez-vous ?
21. Quel est votre degré de satisfaction concernant votre suivi gynécologique ?
22. Quelles seraient vos suggestions pour faciliter le suivi gynécologique des femmes ?

Reformulations générales (tout au long de l'entretien) :

- Pouvez-vous préciser ?
- Pouvez-vous expliquer un peu plus votre idée ?
- Pouvez-vous me donner un exemple concret ?

Madame, merci encore du temps que vous m'avez accordé... Si cela vous intéresse nous vous ferons part de nos conclusions quand l'étude sera finie. Au revoir...

IV. Annexe 4 : La pancarte : L'affiche en salle d'attente

LES DOCTEURS

X ET Z

**Assurent les suivis
gynécologiques et**

LES FROTTIS

V. Annexe 5 : Les flyers : Dépliant d'information de l'institut national du cancer sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

1411362_INCA_DEPLIANTS_generique • FO : 298x100mm • FF : 100x210mm • Q • EXE : 8P

Le frottis est recommandé à partir de 25 ans, même si vous êtes vaccinée contre les papillomavirus (HPV). Les deux premiers frottis sont réalisés à un an d'intervalle. Ensuite, un frottis doit être fait **tous les 3 ans, jusqu'à 65 ans**, même en l'absence de rapports sexuels ou après la ménopause.



90%
DES CANCERS DU COL DE LUTÉRUS
PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS

Face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir :

- se faire vacciner contre les HPV entre 11 et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus;
- faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

PARLEZ-EN AVEC UN MÉDECIN OU UNE SAGE-FEMME

Pour en savoir plus sur le frottis ou les autres dépistages des cancers

e-cancer.fr

0 805 123 124

Service à votre disposition gratuitement



ENTRE
25 ET
65 ANS

UN FROTIS
TOUS LES 3 ANS,
C'EST IMPORTANT




TOUT COMPRENDRE EN 1 MIN




1411362_INCA_DEPLIANTS_generique • FO : 298x100mm • FF : 100x210mm • Q • EXE : 8P

LE FROTIS, POURQUOI C'EST IMPORTANT ?

Le cancer du col de l'utérus est principalement provoqué par un virus appelé « papillomavirus humain » (HPV). Très fréquent, ce virus se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due au papillomavirus (HPV) provoque des lésions au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer.

► UN FROTIS TOUS LES 3 ANS

Le frottis permet de repérer d'éventuelles lésions au niveau du col de l'utérus, et de les soigner avant qu'elles ne se transforment en cancer.

Si un cancer est détecté, ce sera le plus souvent à un stade précoce. Les soins seront plus légers et permettront davantage de préserver la fertilité.

Où se situe le col de l'utérus ?



Labels: TROMPE, OVAIRE, COL DE LUTÉRUS, VAGIN.

POUR RÉALISER UN FROTIS, À QUI M'ADRESSER ?

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- d'un gynécologue;
- d'un médecin généraliste;
- d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse);
- d'un centre de santé ou centre mutualiste;
- d'un centre de planification familiale;
- d'un laboratoire d'analyses (sur prescription d'un médecin);
- d'un hôpital.

► UN EXAMEN REMBOURSÉ

Le coût comprend le prix de la consultation et 15,40 euros pour la lecture du frottis. Il est pris en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'Assurance maladie (70%). Le reste est remboursé par votre complémentaire santé (mutuelle, assurance santé...). Le frottis peut être réalisé **sans avance de frais** dans les centres de santé, centres mutualistes ou de planification familiale.

Si vous bénéficiez de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire), la prise en charge est à 100% sans aucune avance de frais (examen gratuit).

EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

L'examen se fait en position gynécologique. Le médecin prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser. Cela ne prend que quelques minutes et n'est pas douloureux, même si une légère gêne peut être ressentie.

Les résultats : le prélèvement est envoyé à un laboratoire spécialisé. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats. Votre médecin vous contactera si des examens supplémentaires sont nécessaires.

- 1— Choisissez le bon moment : le frottis doit être fait en dehors de la période des règles.
- 2— Évitez les rapports sexuels 24 à 48 heures avant le rendez-vous.
- 3— Reportez le rendez-vous si vous prenez un traitement local par voie vaginale (ovule, par exemple).

**3 PRÉCAUTIONS
AVANT
VOTRE
RENDEZ-VOUS**



106

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	8
CONTEXTE ET ENJEUX DU SUJET	10
I. Le cancer du col de l’utérus : histoire naturelle et moyens de lutte.....	11
1. Épidémiologie.....	11
2. Physiopathologie du cancer du col de l’utérus	11
3. La prévention primaire	12
a) Vaccination contre le HPV	12
b) Le préservatif.....	13
4. La prévention secondaire	13
a) Le frottis.....	13
b) Le test HPV	13
c) L’auto prélèvement	14
II. Problématique.....	15
1. Dépistage du cancer du col de l’utérus : un enjeu de santé publique	15
2. Démographie médicale	15
3. Le rôle du médecin généraliste	16
III. Notre étude : intérêt et justification	17
1. Une étude en milieu rural	17
2. Une étude qualitative.....	18
3. Étude préalable de la littérature : méthode utilisée	18
MATERIEL ET METHODE.....	20
I. Question de recherche et objectifs	21
1. Question de recherche	21
2. Objectifs	21
3. Hypothèses.....	21
4. Résultats attendus.....	21
II. Description de l’étude	22
1. Type d’étude.....	22
2. Lieu	22
3. Population	22
4. Recrutement des patientes	22
5. L’inclusion.....	22
6. Caractéristiques et déroulement des entretiens	23
7. Le guide d’entretien	23
8. Mode d’analyse des données.....	24

9. Éthique	24
RESULTATS.....	25
I. Le déroulement de l'étude.....	26
1. Saturation et nombre de patientes incluses	26
2. La durée des entretiens.....	27
II. Résultats partie quantitative.....	27
1. Le profil des femmes interrogées.....	27
a) Leurs âges.....	27
b) Couple et parentalité.....	28
c) Leurs professions.....	28
d) Leurs lieux de résidence	29
2. Les habitudes de suivi des femmes interrogées	29
III. Résultats des entretiens.....	32
1. Connaissances et ressenti des patientes au sujet du frottis	32
a) Le rôle du frottis	32
b) L'importance du dépistage	33
c) Une connotation péjorative	34
d) Une influence des soucis gynécologiques passés.....	34
e) Une influence de l'entourage.....	34
2. Motivations au suivi gynécologique chez le médecin généraliste	35
a) La commodité.....	35
➤ La commodité liée à la proximité	35
➤ Un gain de temps.....	36
➤ Une prise de rendez-vous plus rapide.....	36
➤ Horaires de consultation compatibles avec les horaires de travail.....	37
b) Une centralisation géographique des soins	37
c) Le besoin de réassurance	37
d) Un lien privilégié avec leur médecin	38
e) La confiance.....	40
f) Les compétences du médecin généraliste	41
➤ Ses compétences techniques	41
➤ Ses compétences humaines	42
➤ Sa capacité à orienter vers un système de soin	42
g) Un coût plus accessible	43
h) La satisfaction globale des patientes.....	43
i) Conclusion	43
3. L'acceptation de ce suivi : Franchir le pas	44
a) La découverte de la possibilité de réaliser leur frottis chez leur médecin généraliste	44

➤ L'information en salle d'attente	44
- La pancarte informative	44
- Les flyers sur le dépistage.....	45
➤ La proposition du médecin.....	45
➤ Le bouche à oreille	46
b) Motifs ayant déclenché l'acceptation de ce suivi	46
➤ Un évènement de vie déclenchant.....	46
- Une avancée dans l'âge	46
- Un problème de santé	47
➤ L'impact d'une proposition	47
- Qui du médecin ou de la patiente a fait le premier pas ?	47
- La proposition du médecin : un élément déterminant ?	48
- Une attente des patientes ?	48
➤ Une opportunité.....	49
➤ Un suivi à la demande du gynécologue.....	49
➤ Un rappel formel dans la boîte aux lettres.....	50
➤ L'information en salle d'attente	50
- La pancarte informative	50
- Les prospectus promouvant le dépistage	50
c) Conclusion	51
4. Freins au suivi gynécologique chez le médecin généraliste.....	52
a) La peur de l'examen	53
➤ La peur du geste	53
➤ La peur du résultat	54
b) La pudeur.....	54
➤ Une pudeur liée à la nudité.....	54
➤ Une pudeur liée à la proximité avec le médecin traitant.....	55
c) Le genre du médecin généraliste qui réalise le frottis	57
d) La crainte d'un médecin inconnu	58
e) Une préférence pour un suivi chez le gynécologue	58
➤ La compétence du gynécologue.....	59
➤ Les différences de l'examen gynécologique entre le gynécologue et le généraliste	59
➤ L'étiquette du spécialiste une préférence.....	60
➤ Le gynécologue : des actes plus techniques pour des pathologies plus complexes	61
f) Le manque d'information sur les possibilités de dépistage	61
g) Une histoire d'éducation ou de culture	62
h) Les habitudes d'un suivi chez un gynécologue.....	63
i) La nécessité de cloisonner médecine générale et gynécologie	63

j) La négligence	64
k) Le refus d'un suivi.....	64
l) Conclusion	64
5. Comment améliorer cette prise en charge ?.....	65
a) L'accès aux soins dans les milieux ruraux.....	65
b) Promouvoir l'information.....	67
c) Une proposition « systématique » par le médecin traitant	68
d) Mettre au point un système de rappels.....	68
e) Davantage de moyens pour les médecins généralistes	69
f) Davantage de gynécologues.....	70
g) Davantage de médecins généralistes formés à la gynécologie.....	70
h) Une approche différente : Faire entrer le suivi dans les habitudes	71
i) En conclusion.....	72
DISCUSSION	73
I. Forces et limites de l'étude	74
1. Les forces de l'étude.....	74
a) Le choix de la méthode	74
b) L'originalité du sujet	74
c) La construction des entretiens.....	74
d) La triangulation des données	74
e) La cohérence externe : Interprétation des résultats dans le contexte des données actuelles.	74
2. Les limites et biais de l'étude	75
a) Limite liée au type d'étude.....	75
a) Biais de sélection	75
b) Biais de volontarisme	75
c) Biais de complaisance.....	75
d) Biais de mémorisation et de déclaration	76
e) Biais d'investigation.....	76
II. La grille d'entretien	76
III. Déroulement des entretiens	77
IV. Le travail d'analyse.....	77
V. Discussion des principaux résultats.....	78
1. La partie quantitative	78
a) La population étudiée	78
b) La régularité du suivi	79
2. Discussion sur l'objectif principal : facteurs de motivations et freins au suivi	79
a) Discussion des principaux facteurs de motivation	79

b)	Discussion des principaux freins persistants et conséquence pour notre pratique	81
➤	Un réel manque d'information.....	82
➤	La possibilité de réalisation de ce dépistage : le manque d'acteurs et de moyens	83
-	Le manque de gynécologue.....	83
-	Le manque de généralistes formés à la gynécologie	84
-	Les sages-femmes et laboratoires d'analyse.....	84
➤	Le ressenti des patientes : la persistance de la peur et de la pudeur	85
3.	Discussion sur l'objectif secondaire : motifs d'acceptation du suivi.....	87
	CONCLUSION	89
VI.	Conclusion et perspectives de l'étude	90
	REFERENCES	92
	ANNEXES.....	98
I.	Annexe 1 : Lettre d'information	99
II.	Annexe 2 : Questionnaire patientes : Guide d'entretien initial	101
III.	Annexe 3 : Questionnaire patientes : Guide d'entretien modifié.....	103
IV.	Annexe 4 : La pancarte : L'affiche en salle d'attente	105
V.	Annexe 5 : Les flyers : Dépliant d'information de l'institut national du cancer sur le dépistage du cancer du col de l'utérus	106
	TABLE DES MATIÈRES	107

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SYNOPSIS

WOMEN'S FEELING ABOUT PAP TEST AT GENERAL PRACTITIONER IN RURAL ENVIRONMENT: BRAKES, ADVANTAGES AND REASONS FOR ACCEPTANCE OF THIS SCREENING

Object: Screening for cervix cancer is marked by significant inequalities of access. In some rural areas, specialized consultations with gynecologist can be inaccessible for most of the womens due to the remoteness. The study took place in rural areas of the department named Landes, in a medical center where general practitioners practice smears. The aim of our study is to analyze the pros and cons for women to take their smears at their GP.

Material and Methods: Qualitative study with semi-structured interviews. 14 patients aged from 25 to 65 years old and making the smear at the medical center were included.

Results: The main motivating factor for women is the convenience of access to consult with their general practitioner compares to the remoteness of the gynecologist practices. The skills of their general practitioner and his or her ability to delegate when it is necessary increases the patient confidence. Their human qualities, attentiveness, reassurance and sometimes a privileged relationship, are very important for women. The main inconvenients are modesty in front of a male doctor, the fear of the smear itself and its result, as well as the preference for a gynecologist who is sometimes considered more qualified for complex situations. There is a lack of information about smear, but also about the role of general practitioners in this screening.

Conclusion: To recall the importance and to limit the existing brakes about the smear, the results suggest that there is more attractive information, and to have a more systematic proposal of the practitioner to carry out the smear, as well as the creation of a system for follow up visites for the patients. The results of the smears could also be simplified to limit the women anxiety. A poster in the waiting room stating that the doctor carry out smears has a significant impact and could be generalised in other practices.

RESUME

Objectifs : Le dépistage du cancer du col utérin est marqué par d'importantes inégalités de recours. Dans certaines zones rurales, la distance rend les consultations spécialisées inaccessibles pour un certain nombre de femmes. L'étude s'est déroulée dans les Landes, en milieu rural, au sein d'une maison médicale où des médecins généralistes pratiquent les frottis. Notre étude avait pour objectif d'étudier les freins et facteurs de motivation des patientes à effectuer leurs frottis chez leur médecin généraliste.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Nous avons inclus 14 patientes de 25 à 65 ans, réalisant leur frottis dans la maison médicale.

Résultats : Le principal facteur de motivation des femmes à consulter leur généraliste est la commodité d'accès du cabinet de médecine générale, en lien avec la distance importante des cabinets de gynécologie. Les compétences du médecin généraliste et sa capacité à déléguer en cas de besoin majoraient la confiance des patientes. Ses qualités humaines, d'écoute, de réassurance et parfois un lien privilégié, ont une place primordiale pour les patientes. Les principaux freins sont la pudeur face à un médecin masculin, la peur du frottis et de son résultat, ainsi que la préférence pour un gynécologue, jugé parfois plus apte pour des cas complexes. Il existe un manque d'information sur le frottis, mais aussi sur le rôle des médecins généralistes dans ce dépistage.

Conclusion : Ces données suggèrent que pour rappeler l'importance du frottis et limiter les freins existants, il y ait davantage d'information attractive, que la proposition du médecin de réaliser le frottis soit plus systématique, ainsi que la création d'un système de rappels pour les patientes. Les résultats des frottis pourraient être simplifiés pour limiter leur aspect anxiogène. Une pancarte en salle d'attente qui précise que les médecins pratiquent les frottis a un impact important et pourrait être généralisée dans d'autres cabinets.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOT-CLES :

Frottis
Médecin généraliste
Rural
Freins

Motivations
Dépistage cancer du col de l'utérus
Acceptation du suivi
Qualitatif

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UFR des sciences médicales
Case 16 - Espace santé
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux