



HAL
open science

Évaluation des attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne

Cécile Faverolle, Lucile Hachaguer

► To cite this version:

Cécile Faverolle, Lucile Hachaguer. Évaluation des attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03212668

HAL Id: dumas-03212668

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03212668v1>

Submitted on 29 Apr 2021

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.

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

Présentée et soutenue publiquement
Le 16/04/2021 à Bordeaux

Par Cécile FAVEROLLE, née le 11/04/1991 à Bordeaux
Par Lucile HACHAGUER, née le 09/06/1991 à Saint-Palais

Evaluation des attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne

Directeur de thèse :
Monsieur le Professeur François ALLA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Luc BRUN	Président du jury
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge et rapporteur
Madame le Professeur Simone MATHOULIN-PELISSIER	Juge
Madame le Docteur Véronique DARMAILLAC	Juge
Monsieur le Professeur François ALLA	Juge et directeur

Rapporteur :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au président du jury, **Monsieur le Professeur Jean-Luc BRUN**

Professeur universitaire et praticien hospitalier, service de gynécologie du CHU de Bordeaux
Vous nous faites l'honneur de présider notre jury et de juger notre travail. Nous tenons à vous témoigner notre profond respect et notre reconnaissance.

A notre directeur de thèse, **Monsieur le Professeur François ALLA**

Professeur universitaire et praticien hospitalier, chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse et de nous avoir guidé pas à pas vers cette version finale. Votre expérience et vos conseils nous ont été précieux. Nous vous remercions sincèrement pour votre implication.

Au rapporteur, **Monsieur le Professeur Philippe CASTERA**

Professeur associé de médecine générale, médecin généraliste à Bordeaux

Merci d'avoir accepté de relire et juger notre travail. Votre disponibilité et votre bienveillance nous auront beaucoup touchées, que ce soit lors des enseignements à Périgueux durant l'internat comme pour ce travail de thèse. Recevez le témoignage de notre respect et notre considération.

A **Madame le Professeur Simone MATHOULIN-PELISSIER**

Professeur universitaire et praticien hospitalier, directrice de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux

Vous avez rapidement accepté de faire partie de notre jury et nous vous remercions pour cet honneur. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

A **Madame le Docteur Véronique DARMAILLACQ**

Médecin généraliste à Amou

Merci de tout cœur d'avoir accepté de faire partie de notre jury. C'est un réel plaisir d'avoir une femme médecin généraliste et impliquée dans le dépistage du cancer du col de l'utérus pour juger notre travail. Nous t'exprimons notre profond respect pour ton travail.

A **Monsieur le Docteur Martin REVILLION** pour votre implication dans toute la première partie de notre travail. Le partage de votre expérience dans ce domaine a été très enrichissant et nous vous remercions pour votre disponibilité.

A **Aïssatou TRAORE-AMBROSETTI, Charlotte DECROIX et Anaïs ESSILINI** pour votre investissement et vos conseils avisés. Vous nous avez été d'une aide précieuse sur la partie technique de ce travail et nous ne vous remercierons jamais assez pour votre gentillesse.

A **tous les médecins** qui ont accepté de participer à ce travail de thèse. Nous avons pris plaisir à discuter avec vous de ce nouveau sujet. Merci beaucoup pour ce temps précieux que vous nous avez accordé.

Remerciements de Cécile

A ma famille

Un grand merci à **mes parents** pour m'avoir soutenue dans tous mes projets depuis que je suis petite. Vous m'avez toujours accompagnée dans tout ce que j'ai pu entreprendre, tant sur le plan professionnel que sportif ou encore personnel... Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Vous m'avez tout appris, chacun à votre façon et avec vos méthodes.

Une mention particulière à toi **moumi** qui m'a vraiment toujours rendue la vie plus facile. Je te dois tout... L'une de mes plus grandes fiertés c'est lorsqu'on me dit que je te ressemble !

Merci à toi **Michèle** qui sait toujours rester positive dans tes paroles et ça fait du bien. Surtout ne change pas. Merci aussi d'avoir pris le temps de relire notre travail, ça nous a bien aidé !
Merci aussi à toi **Philippe** notamment pour tes talents de mécano.

L'amour d'une sœur pour son **frère** est indescriptible et notre lien indestructible. Tu es à mes côtés depuis le départ et tu as partagé avec moi mes joies et mes peines. Je suis fier d'avoir un petit frère comme toi et je serai toujours là pour toi.

Une petite dédicace à toi **Aurélié** avec qui on a partagé de chouettes moments. Les après-midis à la boutique sont toujours des instants agréables que l'on voudrait faire durer.

A toute ma famille : **mes grands-parents** (alias les petits vieux), **Bab** (avec une mention spéciale pour ta relecture attentive qui nous a permis d'en arriver à ce résultat final), **Ludo, Robin, Hervé, Christine, Leina, Eve, Maëlle, Sandrine** et **mes grands-parents paternels** qui ne sont plus là pour le voir, pour m'avoir soutenue pendant ces longues études. Vous avez toujours été là pour moi et vous avez su être à l'écoute. Je ne vous en remercierai jamais assez.

A mes amis de longues dates

A toi ma **Mimi** qui me connaît depuis si longtemps. On pourrait presque dire que tu fais partie des murs... Tu es à mes côtés depuis de longues années maintenant et je tenais vraiment à te remercier pour ta gentillesse et ta bienveillance. Tu m'as toujours soutenue dans tous les moments de ma vie et j'espère avoir pu te rendre ne serait-ce que la moitié de tout ce que tu m'as donné.

Merci **Guillaume** d'avoir été là depuis le départ. Comme tu le sais, tu fais partie de mes plus belles amitiés, des plus solides et le temps ne fait que me le confirmer. Je sais qu'il nous reste encore beaucoup de bons moments à vivre.

A toi ma **Axou** qui me confirme que l'on peut être loin des yeux mais près du cœur. Depuis notre rencontre, nous avons tissé des liens très forts et je sais que, quelle que soit la suite des événements, on sera toujours là l'une pour l'autre.

Quel plaisir **Marion** d'avoir pu te retrouver et me rapprocher de toi. Tu es une très belle personne et une excellente infirmière à coup sûr (et danseuse aussi) !

Réda, je suis ravie que nos chemins se soit recroisés quelques années après le lycée. Je suis admirative de ce que tu es et apprécie ta simplicité. J'attends avec impatience ma place pour ton spectacle de break dance ;)

A ma deuxième famille, le volley

Ce sport m'a appris le travail d'équipe, le partage, le dépassement de soi et grâce à lui, j'ai vécu de magnifiques moments. On peut dire que toutes ces années de volley n'auraient pas été les mêmes sans vous les filles. Un grand merci aux **jujus**, à **Julie, Méryl, Clarisse, Delph, Lolo, Marion, Justo** et toutes mes autres coéquipières pour m'avoir permis de m'évader et de garder les pieds sur terre pendant toutes ces années. Les entraînements avec vous me permettaient de poser le cerveau et de profiter de l'instant présent et je ne parle pas de toutes nos soirées... Ce sport nous a fait vivre des choses inédites que nous ne sommes pas prêtes d'oublier !

A ceux qui m'ont accompagnée pendant tout mon parcours de médecine depuis la P2 (voir même la P1)

Chavi, Dangou, Sandy, quel plaisir d'avoir pu partager cette aventure avec vous ! Nous formons un quatuor de fous au top qui a survécu à un voyage à l'autre bout du monde donc je ne m'inquiète pas pour la suite. Je sais que même si nos chemins seront amenés à se séparer, on finira par se retrouver.

Muxu, il est clair que s'il y en a bien un qui a suivi mon externat de près c'est toi. On a toujours pu compter l'un sur l'autre et, malgré les aléas de la vie, on peut fièrement dire aujourd'hui que rien n'a changé. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi et tu sais aussi que l'inverse est vrai.

Merci à vous **Nico** et **Hugo** pour m'avoir fait rire et oublier comme l'externat peut être difficile parfois. Je vous affectionne beaucoup et j'espère que la vie nous permettra de garder ce lien.

Merci aussi à toi **Audrey** pour ces bons moments passés ensemble.

Stan, David, je garde un excellent souvenir de nos moments de partage (notamment en P1). Je suis heureuse d'avoir pu garder contact avec vous et de vous voir évoluer auprès de belles personnes actuellement. Vous retrouver sera toujours un réel plaisir !

Aux personnels soignants qui m'ont accueillie à bras ouverts pendant mon internat

Aux **Dr CLEMENTI** et **GUILLEUX** ainsi que **tout le personnel de MLX1** qui m'ont vu faire mes premiers pas d'interne. Vous m'avez accueillie très chaleureusement et j'ai vécu un super premier semestre. Je n'aurais pas pu rêver mieux ! Grâce à vous j'ai découvert ce qu'était un vrai travail d'équipe...

Merci aux **Dr FAROUDJA-DEVEAUX Philippe** et **Karine** et au **Dr DELRIEUX Frédéric**. La découverte du libéral à vos côtés fut un réel plaisir. Vous m'avez transmis votre passion notamment pour l'exercice rural et je ne vous remercierai jamais assez pour tout ça.

A **tout le personnel de cardiologie d'Oloron** (avec une mention spéciale pour **Michèle** et **Carine**) qui m'a fait vivre un semestre inoubliable malgré des moments parfois difficiles. J'ai adoré travailler avec vous et énormément appris à vos côtés. C'est le cœur lourd mais plein de souvenirs que je suis partie...

Aux **Dr DARMAILLACQ Guillaume et Véronique** et aux **Dr LAFARGUE Patrick et Brigitte**. Mon dernier stage d'interne est passé à une vitesse folle. J'ai adoré revenir en libéral et votre côté passionné pour ce métier m'a confirmé mon attirance pour le milieu rural dans lequel je me sens plus épanouie. J'ai un profond respect pour vous et votre investissement auprès de vos patients...

Aux patients que j'ai eu la « chance » de soigner

Depuis maintenant 8 ans, vous êtes un certain nombre à avoir croisé mon chemin et à m'avoir fait grandir. Il y a parfois eu des moments compliqués mais ce n'est rien face à tout ce que vous avez pu m'apporter. Grâce à vous j'ai compris que la plus grande qualité que peut avoir un médecin est l'humilité et j'espère pouvoir faire bon usage de cet enseignement.

A ceux que j'ai eu le plaisir de rencontrer durant cet internat

Ma **Lulu**, que dire... J'ai commencé mon internat avec toi comme coloc et autant te dire que tu as fait partie de la réussite de ce premier semestre qui s'annonçait compliqué ^^ Par la suite, tu es devenue une amie et nous voilà maintenant co-thésarde. C'est un honneur d'avoir pu faire ce travail de thèse avec toi car tu as toutes les qualités pour être une parfaite partenaire de travail. Tu feras un excellent docteur, j'en suis sûre, et je sais que je serai là pour le constater !

A toi ma **Idou** qui a aussi fait partie de cette trop chouette première coloc qui a lancé ces trois années d'internat. Une très belle rencontre, le début d'une amitié... J'espère que tu trouveras un petit moment pour venir me voir dans ton emploi du temps de ministre ;)

Merci ma **Camillou** pour ces bons moments partagés et notamment ces croupionnades landaises toujours réussies.

A mes colocos de Périgueux (**Doud, Fanny, Clarisse, Anne-Lorraine**) avec qui l'ambiance dans la Chaudière a toujours été chaleureuse.

A mes cointernes des urgences de Bayonne (notamment **Charlotte, Amélie** et **Hong Nhung**) qui ont rendu ce semestre plus agréable. Petite mention spéciale pour toi **Margot** qui a été un véritable coup de cœur. Notre complicité m'a fait beaucoup de bien et je suis ravie d'avoir rencontré une belle personne comme toi.

A toi ma **Clémence** qui savait réunir tout le monde par ta bonne humeur et ta simplicité.

A mon dernier cointerne, **Ilias**. Tu as été une très belle rencontre et je suis ravie d'avoir partagé tous ces bons moments avec toi. Nos repas chez Darracq ont toujours été riches en enseignements et j'espère avoir le plaisir de te revoir dans les prochaines années.

A toute l'équipe de la somatique de Charles Perrens

Je suis ravie d'avoir intégré l'équipe il y a plusieurs mois maintenant. Travailler avec vous au quotidien dans la bonne humeur est toujours un plaisir.

Une petite dédicace à la belle famille

Merci pour l'accueil que vous m'avez réservé. Je suis très contente de pouvoir partager beaucoup de bons moments avec vous et je souhaite que cela continue.

A celui qui a choisi de partager ma vie

Alex, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu peux faire pour moi au quotidien. Je sais bien que je ne suis pas toujours très facile à vivre avec mon petit caractère mais tu es là quoi qu'il arrive. J'admire ta patience. Merci de croire en moi et de me pousser à toujours donner le meilleur de moi-même.

Remerciements de Lucile

À **Cilou**, pour notre rencontre en 2016 et une amitié si précieuse qui est née très rapidement ensuite. Merci pour ces mois de coloc totalement fous. Merci d'être cette personne si unique, fidèle et pleine d'énergie ma Cilou. Merci d'être entré dans ma vie pour ne plus en sortir. Merci d'être toi, tout simplement. Et enfin, un grand merci de m'avoir choisi comme binôme de thèse, je n'aurais pu rêver mieux que de clôturer ces études à tes côtés, mon amie.

À l'ensemble des professionnels de santé que j'ai rencontré et qui m'ont accompagnée, tout au long du chemin des études médicales :

- **Au service de gastro-entérologie du CH Dax**, pour m'avoir si bien accueillie en tant qu'interne de 1^{er} semestre. Un grand merci aux docteurs Bonjean, Delvert, Poncin et à toi Dr François Franques d'avoir pris ce temps pour nous former, toujours dans une bienveillance qui te caractérise bien. Merci également à toute l'équipe paramédicale, qui même dans l'intensité du travail demandé et fourni, a toujours pris le temps de nous expliquer les choses, depuis le lit du malade jusque dans la salle de repos. Merci pour vos rires, si précieux quand on découvre à peine le monde hospitalier et nos fonctions.
- **Au service des urgences du CH de Bergerac**, et plus particulièrement aux docteurs Agnaly Desplantes, Anncy Eclancher et François Zunino pour votre gentillesse, votre professionnalisme et la passion que vous avez pour les urgences. Vous êtes les médecins qui donnent envie de se surpasser, merci d'avoir été là. Merci à toute l'équipe paramédicale de ce service, une équipe investie et soudée malgré toutes les difficultés rencontrées.
- **Au service du court séjour gériatrique du CH de Périgueux**, et plus particulièrement au Dr Laetitia Pereira de nous avoir donné toutes les clés nécessaires pour bien appréhender la médecine adulte et la prise en charge de la personne âgée. Merci pour toutes les connaissances que tu as su nous transmettre et ta rigueur. Merci aussi à toute l'équipe paramédicale, encore une fois, d'un soutien tant apprécié. Une pensée particulière pour Mag, Clairette et Tata, ce trio de choc qui m'aura fait tant de bien !
- **Au service de gynécologie et de pédiatrie du CH de la Côte Basque**. Ce fût 6 mois d'hiver intenses mais là aussi très formateurs. Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale, et plus particulièrement merci à toi Dr Catherine Monet pour cette énergie, cette envie de bien faire et d'avoir su nous encadrer comme il le fallait.
- **Aux médecins généralistes**, qui m'ont fait découvrir la médecine générale dans le secteur semi-rural qui me plait tant. Un grand merci aux docteurs Giraudeau et Le Mouel qui m'ont partagé leur passion au cours de mon stage de 1^{er} niveau. Merci aux docteurs Balasque, Lefrancois et à toi Dr Marielle Marimbordes ; être à tes côtés n'a fait que

confirmer que la médecine générale était la voie qui m'était destinée. Merci pour ta gentillesse, ta générosité, ta bienveillance, ton savoir et ton expérience qui m'ont donné envie d'exercer comme toi, avec passion et respect. Merci aussi pour tous ces cafés, carburant de qualité pour tenir le rythme de nos folles journées !!

Merci à ma famille, une bulle d'amour qui m'a vu grandir et accompagnée dans mes projets les plus fous, comme celui de se lancer dans la médecine.

À Maman et Papa, pour incarner ce genre de parents que tout enfant rêverait d'avoir. Lire dans vos yeux tout cet amour et faire de nous vos priorités absolues a fait de nous, vos deux filles, des femmes aujourd'hui accomplies et heureuses. Merci d'avoir été et d'être encore ces rocs, d'une solidité sans égal, qui nous poussent à n'être que meilleures. Merci d'avoir cru en moi, merci pour toutes vos prières et vos cierges allumés quand j'étais en concours, merci pour tous ces allers-retours à Bordeaux, même deux fois dans une seule et même journée quand vous aviez oublié les clés, merci d'avoir veillé sur moi et fait confiance quand vous m'observiez en train de réviser dans la baignoire jusqu'à la dernière minute et de m'avoir laissé faire. Merci d'avoir été et d'être là, pour tous les moments importants de ma vie, sans jamais en avoir laissé un de côté.

À ma sœur, Camille. Ma Canote, ma confidente depuis le tout début. Tu es la petite fille de mon enfance qui a partagé toutes ces balades à vélo, parfois un peu cascadeuses, la jeune ado qui s'est mariée avec moi, même après le 20^{ème} visionnage des 3 frères, celle qui m'a montré comment manier le scooter à mes 15 ans même quand cela n'était pas gagné, la jeune femme qui m'a vu me lancer dans ces longues études et qui n'a fait que m'apporter de bonnes ondes et du courage, même lorsque je lui manquais. Enfin tu es maintenant la femme accomplie, la maman câlin et l'épouse fidèle auprès de ta tribu. Merci d'occuper depuis toujours la place de grande sœur dans ma vie, cette place que personne ne pourra remplacer.

À Badiche, mon beau-frère. Nous nous sommes rencontrés il y a maintenant plus de 10 années. La pudeur du début est bien loin ! Je m'en souviens encore ! Merci de me faire rire, dans les moments les plus heureux comme dans ceux où le doute régnait. Je serai toujours ta Blunderbuss préférée, je l'espère!

À Jules, mon titi, mon filleul. Tu as fait de moi pour la première fois une tatie et marraine comblée. Mon Juju si tendre, sensible et fort à la fois ! Tu es si précieux à mes yeux. J'ai hâte de te voir grandir et évoluer. Je serai toujours à tes côtés et t'aimerai et te chérirai de tout mon cœur.

À Morgan, toi qui me combles d'amour tous les jours. Mon tit, quel parcours. Quand je regarde en arrière, et que je vois tout ce chemin parcouru... ! Quelle aventure ! On a grandi côte à côte au cours de ces 5 dernières années, et j'aime ce que l'on représente l'un pour l'autre. On s'est construit ensemble, doucement mais sûrement. Tu es une magnifique personne, qui s'est posée sur mon chemin et qui m'est très vite devenue indispensable. Merci pour ta fidélité sans faille, jusque dans l'élaboration de cette thèse. Je nous souhaite mille et un projets à venir, et surtout d'être heureux et de regarder dans la même direction, main dans la main, toute notre vie.

À l'ensemble de ma famille, de Saint-Jean-de-Luz à Salies de Béarn, de Urcuit à la Charente-Maritime, en passant par Carresse et Cassaber. De nombreuses fois vous vous demandiez si je tenais bon et s'il restait encore un peu de place dans cette tête déjà bien remplie. Merci d'être cette famille aimante, au fort caractère qui fait que l'on ne renie jamais l'un des siens, même quand on ne le voit pas tous les jours. J'espère que vous serez fiers de ce travail, qui vous le savez me tient tant à cœur.

À ma belle-famille, Florence et Fabrice mes beaux-parents, Alexis mon beau-frère, Pépé et Mémé, à toute la famille Banas et Douaire, ainsi qu'à tous les membres des familles Bourdon et Vanovershelde. Merci d'avoir fait de moi l'une des vôtres dès notre première rencontre. Merci pour votre générosité. Je nous souhaite des moments heureux tous ensemble, de longues et belles tablées, quelques coupettes de marquise servies par le chef et surtout, de longues parties de cartes endiablées !

À mes plus fidèles ami(e)s,

À Julie, ma Ju, mon acolyte de toujours. Il s'en est passé du temps à refaire le monde, à s'imaginer notre vie d'après, à prendre des photos selfies ratées, à s'encourager lorsque l'une de nous deux doutait mais surtout à rire aux éclats pour nos bêtises ! Merci d'avoir fait de moi, pour la deuxième fois, marraine de votre premier bébé Charly. Je serai toujours là ma Ju, près de vous. Ton amitié est un cadeau de tous les jours et je ne t'en remercierai jamais assez.

À Bénédicte, ma Béné. Je ferme les yeux et je nous imagine en train de rire, bouche grand ouverte, avec ton chignon fou remuant dans tous les sens ! Ma Béné c'est un bonheur infini que de t'avoir dans mes amies, que j'aime tant. Je te souhaite tout le meilleur, et je sais qu'il est là, tout près.

À Laurie, ma Jo. Ma petite sœur au visage ressemblant ! On en a vécu des choses, dont la médecine. Tu m'as ouvert le chemin et je suis si fière de toi et de voir la magnifique femme que tu es ma Jo. Vous formez avec Mathieu et Alba une merveilleuse famille. Je vous aime tendrement.

À Lucie, ma Lulu. Notre duo de Lulu est un duo gagnant ! Merci d'être la Lulu douce et discrète, toujours dans le respect de l'autre, sans jamais un mot blessant. Merci aussi d'avoir ce petit caractère bien trempé, qui nous fait souvent beaucoup rigoler ! Je vous souhaite à Chim et toi tout le bonheur du monde dans votre nouvelle maison, plein de voyages et de beaux projets.

À Pauline, ma Popo. J'écris ces quelques lignes alors que tu es à la maternité et devenue la maman de Maia depuis le 3 mars dernier. Tu étais déjà une merveilleuse amie, qui ne peut que devenir une magnifique maman, câlin et aimante. Je vous souhaite à Pierre et toi tout le bonheur du monde, auprès de votre petite fille.

À Philippine, ma Philou. Je nous revois encore assises côte à côte en classe de 2nde. J'ai l'impression que c'était hier ma Phiphi ! Je suis si heureuse de te savoir près de moi. Merci ma Philou d'être cette amie fidèle, je crois que l'on est tous d'accord pour le dire. Merci pour l'énergie que tu mets dans tous tes projets et qui inspire. Je vous souhaite à Jéré, toi et ton bidou

rond, tout le bonheur du monde que vous méritez tant. Hâte de redescendre dans notre sud pour partager cela tous ensemble.

À Ida, ma Didou. Mon rayon de soleil de tous les jours. Je sais la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés depuis le début de cet internat. Je sais aussi que tu feras toujours partie de ma vie. Tu es ce genre de rencontre qui marque et que l'on veut près de soi pour la vie. Merci pour ces rires, ces potins partagés, et ces apéros sans fin. Tu es une personne rare ma Didou, et je te souhaite beaucoup de bonheur.

À Camille, ma Camillou. Quelle rencontre ! L'ange du stage de 1^{er} semestre... qu'ils disaient ! Tu es une personne pleine de vie ma Camillou et je te remercie pour tous ces bons moments passés et à venir ! Que tes projets avec ton Momo se concrétisent, c'est tout ce que je vous souhaite (et que la prochaine croupionnade soit dans votre château !)

À Laurie, ma Lolo. Malgré la distance tu resteras toujours cette petite perle dans ma vie. C'est grâce à ton sourire communicatif que cette aventure a été plus douce. Tu es une femme discrète et si forte Lolo, je resterai toujours admirative du parcours de vie que tu as eu, et avec quelle force tu as su rebondir à chaque fois. Tu as aujourd'hui trouvé ton bonheur, il ne manque plus qu'à se retrouver géographiquement et tout sera parfait. Je t'aime fort.

À Myrtille, ma Mimi. Mon amie depuis près de 10 ans maintenant. Je crois que nous sommes passées par toutes les émotions ensemble ma Mimi, et c'est à ça que l'on reconnaît les vraies amies. Merci pour la douceur que tu incarnes ma Mimi, la bulle de réconfort que tu sais créer et qui fait du bien. Je te souhaite mille et un bonheurs, et je sais que c'est tout ce qui t'attend.

À Mailys, ma Janou. Tu es une femme pétillante et inspirante. Je vous souhaite de partager encore tout un tas de bons moments, simples et heureux. Je vous souhaite aussi un nouveau voyage ensemble autour du monde, peut-être du côté de la Thaïlande qui sait !

À Marion. Nous nous sommes rencontrées au cours du 1^{er} semestre de médecine et depuis tu es une véritable amie. Tu es une femme d'une beauté et d'une sensibilité qui me toucheront toujours. J'espère que nos chemins seront toujours liés, dans la joie et le bonheur.

À Jacques, mon Jako. Je tenais à ce que tu apparaises dans ces remerciements car même si l'on ne se voit pas quotidiennement, tu occuperas toujours une place importante dans ma vie.

À Alexa, l'une de mes plus belles rencontres au cours de cet externat. Tu es unique mimi, merci de ta curiosité et de m'avoir fait découvrir tout ton univers ! Je te souhaite une vie douce et comblée.

À mes compagnons de route, de mon enfance à la première année de médecine jusqu'à l'internat. Une pensée particulière pour toi Méryl, qui a été si présente et qui encore aujourd'hui a participé à cette thèse. Je t'adresse un très grand merci.

À mes colocs, Marion, Coco, Lola, Margaux, à tous les internes de Périgueux avec qui j'ai partagé de merveilleux et uniques moments.

TABLE DES MATIERES

<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	<u>19</u>
<u>PREAMBULE</u>	<u>21</u>
<u>1. INTRODUCTION</u>	<u>23</u>
1.1. CANCER DU COL DE L'UTERUS	23
1.1.1. EPIDEMIOLOGIE	23
1.1.1.1. A l'échelle mondiale.....	23
1.1.1.2. A l'échelle de l'Union Européenne	24
1.1.1.3. A l'échelle nationale	25
1.1.1.4. En région Nouvelle-Aquitaine	26
1.1.2. HISTOIRE NATURELLE ET FACTEURS DE RISQUE	26
1.1.2.1. Carcinogénèse.....	26
1.1.2.2. HPV oncogènes : premier facteur de risque connu	27
1.1.2.3. Co-facteurs impliqués dans la genèse du cancer du col utérin	28
1.1.3. MOYENS DE PREVENTION	28
1.1.3.1. Prévention primaire : la vaccination	28
1.1.3.2. Prévention secondaire : le frottis cervico-utérin	29
1.2. DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN : VERS UNE EVOLUTION DES PRATIQUES.....	29
1.2.1. LIMITES DU DEPISTAGE INDIVIDUEL	29
1.2.1.1. Données chiffrées	29
1.2.1.2. Freins rapportés par les principaux acteurs	31
1.2.2. DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	32
1.2.2.1. Définition.....	32
1.2.2.2. Dépistage organisé dans le monde : exemple de l'Australie	33
1.2.2.3. Dépistage organisé en Europe	34
1.2.2.4. Premiers essais français à l'échelle départementale	34
1.2.2.5. Développement du programme à l'échelle nationale	35
1.2.3. RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES PAR LA HAUTE AUTORITE DE SANTE, JUILLET 2019.....	35

1.2.4. PLACE DE L' AUTO-PRELEVEMENT DANS LE NOUVEAU PARCOURS DE SOIN.....	37
1.3. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN.....	38
<u>2. MATERIEL ET METHODE.....</u>	<u>41</u>
2.1. METHODE.....	41
2.1.1. LE TYPE D'ETUDE.....	41
2.1.2. LE TYPE D'ENTRETIEN.....	41
2.2. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE.....	41
2.2.1. LA POPULATION DE L'ETUDE.....	41
2.2.2. LE MODE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS GENERALISTES	42
2.2.3. LA PRISE DE CONTACT.....	42
2.2.4. LE REFUS DE PARTICIPATION	42
2.3. RECUEIL DES DONNEES.....	43
2.3.1. LA REALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	43
2.3.2. LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS	43
2.3.3. LA RETRANSCRIPTION	44
2.4. ANALYSE DES RESULTATS	44
2.4.1. LE CODAGE	44
2.4.2. LA METHODE.....	45
2.5. CADRE LEGAL	45
<u>3. RESULTATS.....</u>	<u>47</u>
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	47
3.1.1. SEXE	47
3.1.2. AGE	47
3.1.3. MILIEU D'EXERCICE.....	47
3.1.4. MODE D'EXERCICE.....	48

3.1.5. DISTANCE AVEC UN CABINET DE GYNECOLOGIE.....	48
3.1.6. POSSESSION D’UN DIU DE GYNECOLOGIE	49
3.1.7. PRATIQUE DU FROTTIS	49
3.1.8. REALISATION DU FROTTIS PAR UN AUTRE CONFRERE	50
3.1.9. AUTRES CARACTERISTIQUES	50
3.1.10. DUREE DES ENTRETIENS.....	51
3.2. ETAT DES CONNAISSANCES DES MEDECINS INTERROGES.....	51
3.2.1. CONNAISSANCES ET SENSIBILITE DES MEDECINS AUTOUR DU CCU	51
3.2.2. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MEDECINS DE LA VACCINATION HPV.....	54
3.3. DEPISTAGE INDIVIDUEL DU CANCER DU COL DE L’UTERUS EN PRATIQUE	57
3.3.1. CONNAISSANCES DES MEDECINS SUR LE SCHEMA RECOMMANDE JUSQU’A CE JOUR.....	57
3.3.2. PRATIQUE DU FROTTIS AU CABINET PAR LES MEDECINS INTERROGES.....	60
3.3.3. LIMITES DU DEPISTAGE INDIVIDUEL RELEVES AU COURS DES ENTRETIENS.....	63
3.3.3.1. Protocole non respecté.....	63
3.3.3.2. Taux de couverture faible.....	64
3.3.3.3. Patientes perdues de vue.....	66
3.3.3.4. Connaissances et sensibilité patientes-dépendantes	67
3.3.3.5. Pratiques médecins-dépendantes	70
3.3.3.6. Parcours de soin défaillant.....	73
3.3.4. RELATION ENTRE MEDECINS INTERROGES ET LEURS CONFRERES DANS LE DOMAINE DE LA GYNECOLOGIE	75
3.4. DEPISTAGES ORGANISES DEJA EN PLACE : LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLO-RECTAL	78
3.4.1. RESSENTIS ET PRATIQUES DU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR LES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES	78
3.4.2. RESSENTIS ET PRATIQUES DU DEPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL PAR LES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES	81
3.5. DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L’UTERUS	83
3.5.1. LIMITES DU LANCEMENT	83

3.5.2. POINTS POSITIFS RAPPORTES PAR LES MEDECINS INTERROGES	86
3.5.3. OBSTACLES PERSISTANTS A LA MISE EN PLACE DES BONNES PRATIQUES	91
3.5.3.1. Intimité de la relation médecin-patiente	91
3.5.3.2. Formation initiale insuffisante	93
3.5.3.3. Manque de temps et organisation inadéquate	94
3.5.3.4. Implication et investissement des médecins fluctuants	96
3.5.3.5. Frein matériel	98
3.5.3.6. Précarité du réseau	99
3.5.4. LEVIERS RAPPORTES PAR LES MEDECINS GENERALISTES POUR ACCENTUER LEUR IMPLICATION DANS LE DEPISTAGE ORGANISE DU CCU	99
3.5.4.1. Amélioration de la formation	99
3.5.4.2. Réorganisation de la pratique	100
3.5.4.3. Informations et suivi des résultats systématiques	102
3.5.4.4. Révision de la rémunération	103
3.5.4.5. Modification du matériel utilisé et/ou de la méthode de prélèvement	104
3.5.4.6. Accentuation de la promotion du dépistage	104
<u>4. DISCUSSION.....</u>	109
4.1. VALIDITE EXTERNE : ANALYSE ET IMPLICATION DES RESULTATS	109
4.1.1. ATTITUDES DES MEDECINS GENERALISTES FACE A LA MISE EN PLACE DU DEPISTAGE ORGANISE DU CCU.....	109
4.1.1.1. Connaissances des médecins sur la mise en place du nouveau programme de dépistage	109
4.1.1.2. Les points positifs de la mise en place du dépistage organisé du CCU rapportés par les médecins généralistes	110
4.1.2. LE DEPISTAGE ORGANISE DU CCU EN PRATIQUE DANS UN CABINET DE MEDECINE GENERALE	113
4.1.2.1. Discussion autour des obstacles résiduels à l'organisation du dépistage	113
4.1.2.2. Discussion autour des leviers soulevés par les médecins généralistes interrogés ..	117
4.1.3. ANALYSE DES COMPORTEMENTS : PROMOTION DU DEPISTAGE ET PROMOTION DE LA VACCINATION PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	119
4.1.4. L'AUTO-PRELEVEMENT : UNE SOLUTION D'AVENIR ?.....	121
4.1.4.1. L'auto-prélèvement vaginal (APV)	122
4.1.4.2. L'auto-prélèvement urinaire (APU)	123

4.1.4.3. En pratique.....	124
4.1.5. LA REORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS DANS LA FILIERE DE LA GYNECOLOGIE : ETAT DES LIEUX.....	124
4.2. VALIDITE INTERNE : LIMITES ET FORCES DE L’ETUDE	127
4.2.1. REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION ETUDIEE	127
4.2.2. CHOIX DE LA METHODE.....	128
4.2.3. BIAIS DE SELECTION ET DE RECRUTEMENT	129
4.2.4. BIAIS D’INVESTIGATION	129
4.2.5. BIAIS DE MEMORISATION	130
4.2.6. BIAIS D’INTERPRETATION	130
4.2.7. BIAIS EXTERNES.....	130
<u>5. CONCLUSION.....</u>	<u>131</u>
<u>INDEX : Tableaux et figures.....</u>	<u>133</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>135</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>143</u>
ANNEXE 1 : GUIDE D’ENTRETIEN SEMI-DIRECTIONNEL.....	143
ANNEXE 2 : REPONSES ATTENDUES PAR LES INVESTIGATRICES.....	146
ANNEXE 3 : EXEMPLE D’ENTRETIEN	147
ANNEXE 4 : DONNEES D’ANONYMISATION	156
ANNEXE 5 : FIGURES COMPLEMENTAIRES.....	157
<u>SERMENT D’HIPPOCRATE</u>	<u>161</u>

LISTE DES ABREVIATIONS

AIHW : Australian Institute of Health and Welfare

ALD : Affection Longue Durée

APU : Auto-Prélèvement Urinaire

APV : Auto-Prélèvement Vaginal

ARS : Agence Régionale de Santé

ASC-US : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée)

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia (Néoplasies intra-épithéliales)

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

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

DTCaP : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire-Poliomyélite

EGB : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires

EU : European Union

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV (HR) : Human PapillomaVirus (à Haut Risque)

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HSIL : High grade Squamous Intraepithelial Lésions (Lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade)

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LSIL : Low grade Squamous Intraepithelial Lésions (Lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade)

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

UE : Union Européenne

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

PREAMBULE

L'idée de réaliser une thèse autour d'un sujet abordant la gynécologie a toujours été un souhait commun. Nous sommes deux médecins généralistes remplaçantes, avec un début de parcours similaire : au cours de notre externat réalisé au sein de la faculté de Bordeaux, nous avons toutes les deux été très rapidement intéressées et animées par la santé de la femme. C'est ainsi plutôt naturellement que nous avons fait le choix de réaliser le DIU de formation en gynécologie adaptée à la pratique de la médecine générale, durant la 8^{ème} année de notre internat.

La pratique de notre médecine s'est avérée par la suite un peu différente : Cécile s'est rapidement investie de son côté dans la prise en charge somatique des patient(e)s hospitalisé(e)s dans le secteur de la psychiatrie alors que Lucile exerce la médecine libérale en milieu rural. Evoluant chacune dans un milieu de premier abord très différent, nous avons pourtant gardé un attrait fort pour la gynécologie : Cécile consacrant une journée par semaine à la réalisation de consultations de gynécologie auprès de patientes en situation de précarité et Lucile constatant elle aussi une réelle demande de la part des patientes.

Riches de nos rencontres dans chacun de nos secteurs, c'est Cécile qui a eu l'opportunité d'échanger avec le Pr CASTERA Philippe puis le Pr ALLA François, tous deux la mettant sur la voie de ce sujet de thèse, qu'est le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Cette idée a donc mûri et très rapidement, nous avons fait le choix de nous associer pour mieux aboutir à un travail de qualité. Il s'agissait d'extraire, de façon la plus honnête possible, des données de terrain, qui nous semblaient les plus justes et représentatives de la médecine d'aujourd'hui.

A la lecture des premières sources bibliographiques, nous nous sommes rendu compte que la majorité des études menées jusqu'à ce jour autour du dépistage du cancer du col de l'utérus, avait été réalisée auprès des patientes. Peu d'études ont évalué le ressenti et l'attitude des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et aucune sur l'organisation de ce programme de dépistage, mise en œuvre durant l'été 2020.

Voilà comment naît le début de notre travail, fruit d'une collaboration équitable en tout point. En effet, une fois les objectifs de notre thèse établis, chacune de nous a, dans un premier temps, réalisé une sélection des médecins généralistes de son secteur pour ensuite les interroger de façon individuelle. Une fois les entretiens retranscrits, nous avons rapidement mis en commun nos données pour élaborer une grille de codage commune et ainsi aboutir à des résultats homogènes. De ces résultats est née la discussion de notre travail que nous avons rédigée ensemble. C'est aussi conjointement que nous avons choisi d'extraire et d'approfondir les solutions qui nous semblaient les plus pertinentes pour améliorer le dépistage des patientes par le biais d'un investissement plus marqué du médecin généraliste.

1. INTRODUCTION

1.1. Cancer du col de l'utérus

1.1.1. Epidémiologie

1.1.1.1. A l'échelle mondiale

On recense en 2018 près de 570 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus (CCU) dans le monde et environ 311 000 décès. C'est l'un des cancers féminins les plus fréquents, puisqu'il occupe la 4^{ème} place aussi bien en termes d'incidence que de mortalité (1,2).

On observe, à l'échelle mondiale, d'importantes disparités quant à la distribution des cas : le cancer du col est « Le » cancer des pays à faibles ressources. Environ 85 à 90% des cas de CCU dans le monde surviennent effectivement dans ces pays à faible indice de développement humain, où il représente d'ailleurs la première cause de mortalité par cancer chez la femme (3).

Le Global Cancer Observatory illustre ces chiffres par la mise à disposition, via son site web, de cartes. Celles-ci confirment la réelle superposition des taux d'incidence et de mortalité à l'échelle mondiale (4).

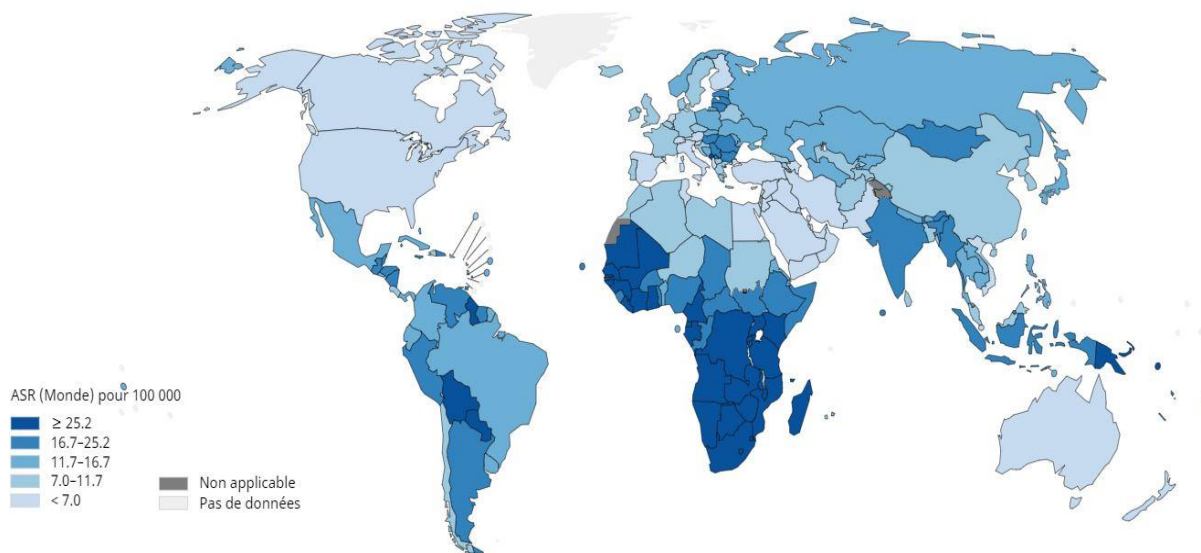


Figure 1 : *Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, cervix uteri, females, all ages. Global Cancer Observatory 2020.*

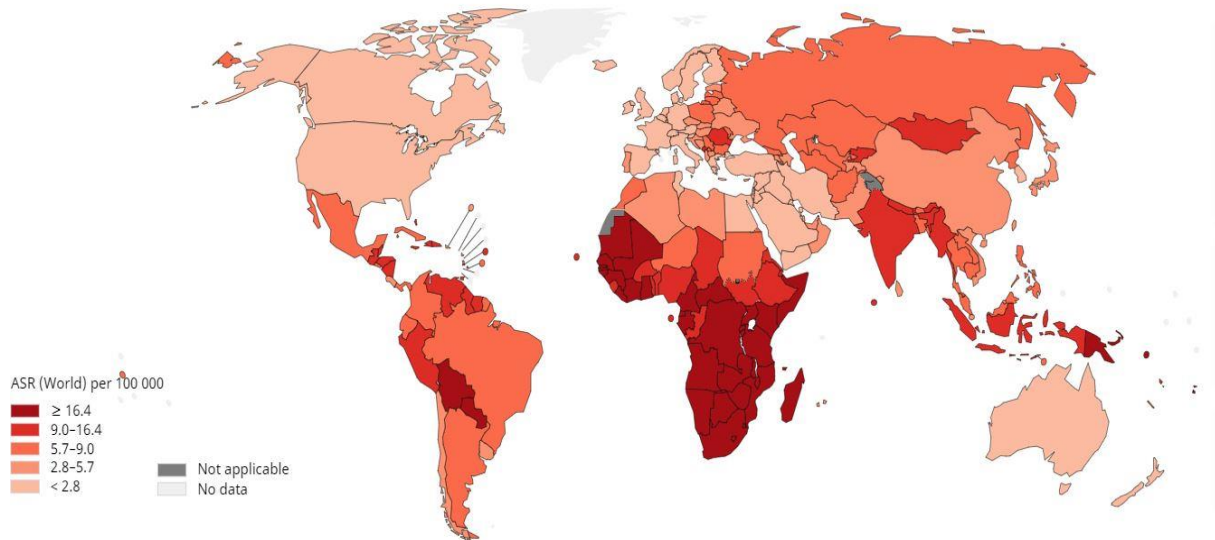


Figure 2 : Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, cervix uteri, females, all ages. Global Cancer Observatory 2020.

1.1.1.2. A l'échelle de l'Union Européenne

Pour l'année 2018, on estime à 32 700 le nombre de nouveaux cas et à 14 200 les décès imputés au CCU dans l'Union Européenne. Le taux d'incidence moyen est de 11,3 cas pour 100 000 femmes par an (5,6).

En Europe, le cancer du col utérin touche beaucoup moins de femmes que les cancers du sein ou colo-rectal. Il reste cependant le second cancer chez la femme jeune âgée de 30 à 45 ans (7).

L'Europe est une région du monde où le fardeau du cancer du col utérin est là aussi inégal. Les grandes disparités observées en termes d'incidence et de mortalité s'expliquent très certainement par un écart de niveaux socio-économiques, mais aussi et surtout par un accès aux soins et des modalités de prévention et de dépistage divergents. Les pays baltes, la Roumanie et la Bulgarie sont les pays de l'UE particulièrement les plus touchés par ce cancer.

La France se situe au 8^{ème} rang des pays de l'Union Européenne, avec les taux d'incidence les plus bas, et au 15^{ème} rang en termes de mortalité (1).

[Figure 3 (page 157) : European age-standardized incidence rates of cervical cancer (E-ASR/100 000 women-years) in the 28 member states of the EU (estimates for 2012 ; direct standardization using the European reference population). Cancer screening in the European Union 2017.

Figure 4 (page 158) : European age-standardized mortality rates of cervical cancer (E-ASR/100 000 women-years) in the 28 member states of the EU (estimates for 2012 ; direct standardization using the European reference population). Cancer screening in the European Union 2017.]

1.1.1.3. A l'échelle nationale

En 2018, le CCU est placé au 12^{ème} rang des cancers féminins en France métropolitaine avec un nombre de nouveaux cas estimé à 2 920, représentant un taux d'incidence standardisé monde de 6,1 pour 100 000 personnes-années. En termes de mortalité, on compte 1 117 décès par CCU, le plaçant au 10^{ème} rang de mortalité par cancer de la femme avec un taux de mortalité de 1,7 pour 100 000 personnes-années.

L'incidence et la mortalité du CCU n'ont cessé de diminuer depuis les années 1990. Le taux d'incidence sur cette période a diminué à un rythme annuel moyen de 1,8%. La mortalité a suivi une évolution similaire, avec une diminution du taux de mortalité de 2,1% en moyenne sur cette même période (1). Toutefois, un ralentissement est observé depuis 2005, avec une diminution sur la période récente 2010-2018 qui n'est plus que de -0,7% par an (8).

En parallèle de ces données, une notion importante doit être soulevée : à l'inverse des tendances globales de l'incidence et de la mortalité du CCU, on observe depuis 2005 une augmentation des lésions pré-cancéreuses, c'est-à-dire des lésions pré-invasives, à un taux annuel moyen de +5,5% sur le territoire français, mais également dans d'autres territoires européens et internationaux (1). En moyenne, chaque année en France, 31 000 lésions pré-cancéreuses sont dépistées (9) et 36 000 conisations pratiquées (10).

Le CCU est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie 5 ans après le diagnostic en diminution : 68% dans les années 1990 contre 64% dans les années 2000 (11).

L'âge médian au diagnostic en France est à ce jour de 53 ans. L'âge moyen au décès est de 66 ans (1,2).

La situation épidémiologique est inégale selon les régions. On observe ainsi une sur-incidence en Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France, Occitanie et dans le département de la Côte d'Or et une sous-incidence en Auvergne, Rhône-Alpes et Pays de la Loire. Les départements de la Guadeloupe et de la Guyane présentent eux aussi des taux d'incidence supérieurs à ceux de la France métropolitaine (1).

[Figure 5 (page 159) : Rapports standardisés d'incidence du cancer du col de l'utérus lissés par département de France métropolitaine (2007-2016), et d'incidence observée en Guadeloupe (2008-2014), Martinique (2007-2014) et Guyane (2010-2014) ; la référence est le taux pour la France métropolitaine.]

1.1.1.4. En région Nouvelle-Aquitaine

Les estimations de l'incidence du CCU ne montrent pas de sur ou de sous-incidence en région Nouvelle-Aquitaine par rapport à la France métropolitaine. Le taux d'incidence standardisé monde est estimé à 6,4 pour 100 000 personnes-années de 2007 à 2016, et on estime à 300 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en moyenne chaque année dans la région (12).

Compte tenu de la proportion importante et variable de certificats de décès par cancer de l'utérus, ne différenciant pas col et corps utérin, les taux de mortalité ne peuvent pas être calculés de façon distincte pour le col et le corps de l'utérus au niveau régional et départemental.

A l'échelle départementale, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques se trouvent eux aussi proches de la moyenne nationale, avec des taux d'incidence standardisés respectivement de 6,6 et 5,6 pour 100 000 personnes-années.

[Figure 6 (page 160) : Col de l'utérus : taux standardisés d'incidence 2007-2016 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95%, par région de France métropolitaine. Rapport d'estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 22007-2016 – Nouvelle-Aquitaine. Santé Publique France Janvier 2019.

Figure 7 (page 160) : Col de l'utérus, situation infra-régionale, Nouvelle-Aquitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence lissés (SIR), accompagnés des intervalles de confiance à 95%. Rapport d'estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016 – Nouvelle-Aquitaine. Santé Publique France Janvier 2019.]

1.1.2. Histoire naturelle et facteurs de risque

1.1.2.1. Carcinogénèse

L'histoire et l'évolutivité du cancer du col utérin sont plutôt lentes avec un long intervalle asymptomatique : délai moyen de 5 ans pour la formation de lésions pré-cancéreuses et de 5 à 20 ans pour l'évolution de ces dernières vers le cancer du col de l'utérus (13). Les lésions pré-cancéreuses comprennent : les néoplasies intra-épithéliales de bas et de haut grade ainsi que les adénocarcinomes in situ (14). Ces lésions pré-cancéreuses sont, pour la plupart, totalement asymptomatiques.

La majorité des CCU sont des carcinomes parmi lesquels 80 à 90% sont des carcinomes épidermoïdes développés à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol et 10 à 20% sont des adénocarcinomes développés à partir de l'épithélium cylindrique recouvrant le canal endocervical ou l'endocol. Il existe également d'autres formes histologiques très rares : sarcomes, mélanomes, lymphomes ou encore tumeurs secondaires (14).

1.1.2.2. HPV oncogènes : premier facteur de risque connu

L'infection à papillomavirus humain (HPV) est une infection virale sexuellement transmise très fréquente, puisqu'on estime que près de 80% des personnes font au moins une infection à HPV au cours de leur vie. Cette infection est particulièrement élevée au début de l'activité sexuelle. Le virus est ensuite éliminé en 1 à 2 ans dans 90% des cas (14).

Parmi l'ensemble des HPV connus (plus de 150 à ce jour), une quarantaine ont un tropisme génital préférentiel et une quinzaine, dits à haut risque oncogène, sont associés au cancer du col de l'utérus mais aussi à celui de la vulve, du vagin (du pénis chez l'homme), de l'anus ou de la sphère ORL, et ce quel que soit le sexe (14). Par ailleurs, il existe des papillomavirus dits à faible risque oncogène, HPV 6 et 11 en tête, qui eux sont responsables de la formation de verrues anogénitales, pathologie fréquente et pouvant affecter très négativement la qualité de vie du sujet atteint (15).

Une infection persistante par un ou plusieurs HPV dits à haut risque oncogène, constitue une condition nécessaire au développement des lésions pré-cancéreuses et à leur évolution vers le cancer du col utérin, puisqu'elle est retrouvée dans 99% des cas (16).

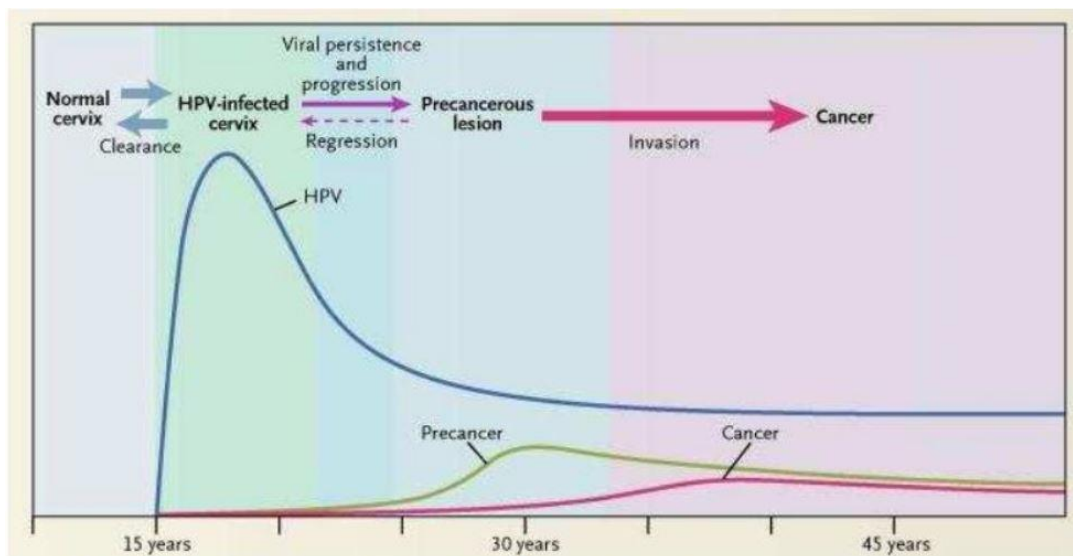


Figure 8 : Histoire naturelle de l'infection HPV et du cancer du col de l'utérus.

Copyright © [2005] Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Source: Schiffman et Castle, 2005 (60)

Note : Le pic de prévalence des infections transitoires d'HPV oncogènes (courbe bleue) survient chez les femmes au début de leur vie sexuelle (entre les âges de 15 à 25 ans). Le pic de prévalence des stades pré-cancéreux survient approximativement 10 ans plus tard (courbe verte) et celui des cancers invasifs aux âges de 40 à 50 ans (courbe rouge).

Normal cervix : col normal - *Clearance* : clairance virale³ - *HPV-infected cervix* : col infecté par l'HPV - *Viral persistence and progression* : persistance virale et progression - *Regression* : régression - *Precancerous lesion* : lésion pré-cancéreuse - *Invasion* : idem - *Cancer* : idem - *Years* : ans

Quel que soit le type histologique retrouvé, les HPV 16 et 18 sont les deux catégories virales les plus fréquemment rencontrées dans le CCU. A eux seuls, ils sont responsables de 70 à 80% des cancers du col (17).

Enfin, parmi l'ensemble des HPV dits à haut risque oncogène, le HPV 16 est associé à lui seul à un risque de cancer 10 fois supérieur aux autres (1).

1.1.2.3. Co-facteurs impliqués dans la genèse du cancer du col utérin

Au-delà du portage chronique du papillomavirus humain à haut risque oncogène, les autres principaux facteurs de risque rencontrés dans le développement du CCU sont : la précocité des rapports sexuels, la multiplicité des partenaires, un antécédent de MST ou une co-infection en cours, le tabagisme, une immunodéficience acquise, la multiparité et la prise d'une contraception œstro-progestative au long cours (1).

Bien sûr, l'absence de dépistage constitue, elle aussi, un facteur de risque principal dans la survenue du cancer.

1.1.3. Moyens de prévention

Il existait jusqu'à ce jour, deux modalités complémentaires de prévention contre l'apparition et le développement des lésions du col de l'utérus : la vaccination en prévention primaire et le dépistage par frottis cervico-utérin pour la prévention secondaire.

1.1.3.1. Prévention primaire : la vaccination

Trois vaccins sont disponibles en France : un vaccin quadrivalent commercialisé depuis 2007 (Gardasil), un vaccin bivalent depuis 2010 (Cervarix) et un vaccin nonavalent depuis 2018 (Gardasil 9). Le HPV se transmettant essentiellement par voie sexuelle, il est préférable que les jeunes filles soient vaccinées le plus tôt possible, avant le début de leur activité sexuelle (18). A noter que ces trois vaccins protègent contre les deux principales souches d'HPV que sont les HPV 16 et 18.

Le vaccin nonavalent semble être aujourd'hui le plus recommandé. Son schéma vaccinal préconisé, pour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans au moment de la première injection, est un schéma à deux doses (M0, M6-12 mois). Pour celles âgées de 15 à 19 ans révolus au moment de la première injection, un schéma à trois doses est privilégié (M0, M2, M6 mois) (19).

Après une forte diminution entre 2011 et 2015, la couverture vaccinale a augmenté entre 2016 et 2018, pour atteindre 29,4% pour une dose à 15 ans et 23,7% pour le schéma complet à 16 ans. Malgré cette tendance à la hausse, la couverture vaccinale du papillomavirus reste très

insuffisante en France, en comparaison à d'autres pays au développement similaire tel que le Royaume-Uni qui atteint 86% de couverture vaccinale (9,18).

En outre, depuis décembre 2019, la HAS promeut une stratégie de vaccination non genrée en élargissant le programme de vaccination contre les papillomavirus aux garçons, selon le même calendrier que pour les jeunes filles du même âge. Cette recommandation est applicable depuis le 1^{er} janvier 2021. Le vaccin Gardasil nonavalent est privilégié. L'objectif principal de cette nouvelle stratégie est de freiner la propagation du virus, en abolissant tout d'abord l'inégalité entre les jeunes filles et les jeunes garçons en France. Elle permettra aussi de mieux protéger les filles et les femmes non vaccinées, ainsi que les garçons et les hommes quelle que soit leur orientation sexuelle, en atteignant plus facilement les futurs HSH et en évitant toute stigmatisation, à un âge où leur préférence sexuelle n'est soit pas connue, soit non-affirmée (15).

La mise en œuvre d'actions ayant pour objectif de restaurer la confiance vis-à-vis de cette vaccination auprès du grand public et des professionnels de santé semble de rigueur, afin de lever cette hésitation vaccinale encore prépondérante à ce jour.

1.1.3.2. Prévention secondaire : le frottis cervico-utérin

Le CCU est un cancer répondant à tous les critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage : problème de santé publique – histoire naturelle connue et existence d'une phase de latence ou préclinique – existence d'un test de dépistage adapté, simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et valide – test acceptable pour la population – moyens de diagnostic, traitements disponibles et efficacité du programme de dépistage sur la réduction de la mortalité ou de la morbidité évaluée et établie – balance bénéfique / risque favorable – programme efficient.

Le dépistage du CCU était jusqu'à aujourd'hui un dépistage individuel et reposait sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin avec examen cytologique, tous les 3 ans, chez les femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans, après deux premiers frottis normaux à un an d'intervalle.

17,8 millions de femmes sont concernées par ce dépistage en France (20). Le taux de couverture national est relativement stable depuis 2012 et s'élève aux alentours de 58%.

1.2. Dépistage du cancer du col utérin : vers une évolution des pratiques

1.2.1. Limites du dépistage individuel

1.2.1.1. Données chiffrées

Le cancer du col de l'utérus est un cancer dit évitable. On estime que dans plus de 70% des cas, la survenue du CCU est liée à l'absence de dépistage ou à un dépistage non effectué selon les recommandations en vigueur (2,9).

Plusieurs marqueurs nous font ainsi penser que la méthode du dépistage individuel atteint ses limites :

- En premier lieu, le ralentissement observé de la baisse de l'incidence et de la mortalité du CCU sur ces dix dernières années. Cette baisse est probablement due, en partie, à une augmentation de l'exposition aux HPV à haut risque oncogène et cela, à un âge plus précoce, résultant de modifications dans les comportements sexuels des générations de femmes nées après la seconde guerre mondiale (1). L'impact de l'augmentation de la transmission du HPV sur l'incidence et la mortalité du CCU a été jusque-là contrebalancé par l'effet du dépistage, mais cet effet s'essouffle et il existe un risque d'inversion des tendances. Le dépistage individuel, tel qu'il existe en France, n'est donc pas optimal (1).
- En second lieu, le caractère insuffisant du taux de couverture nationale comme précédemment cité, avec de réelles disparités au sein de la population. En effet, nous faisons le constat que le dépistage individuel par frottis cervico-utérin est mené de façon tout à fait hétérogène sur le territoire français. Plus de 50% des femmes ne sont pas ou trop peu souvent dépistées, environ 40% sont dépistées trop fréquemment et 10% seulement bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé (21). Ces grandes disparités représentent un point clé dans le souhait d'un changement d'organisation du dépistage.

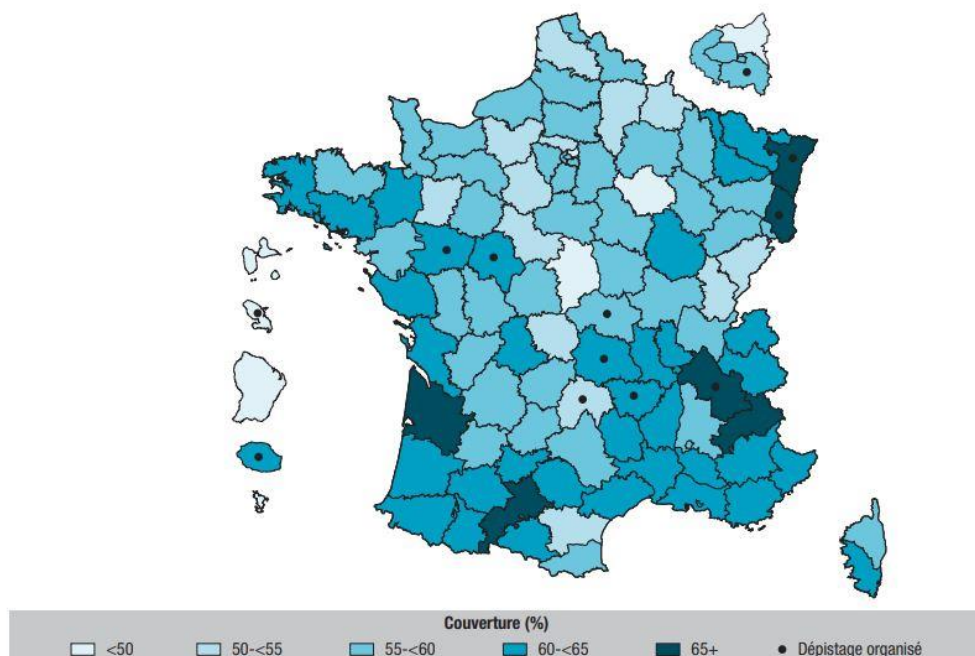


Figure 9 : Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans par région et par département, 2015-2017. Bull Epidemiol Hebd Septembre 2017.

Enfin, l'utilisation du frottis cervico-utérin en dépistage primaire du CCU semble elle aussi insuffisante, avec une sensibilité faible de l'ordre de 60% pour un test unique, amenant les autorités de santé à revoir le mode de détection des lésions (22).

1.2.1.2. Freins rapportés par les principaux acteurs

Divers travaux, dont plusieurs thèses, se sont intéressés aux obstacles du dépistage opportuniste, afin de bâtir un profil type de patientes participantes et non participantes. Toutefois, on observe que les freins rapportés peuvent être liés aux différents acteurs du dépistage.

Une étude qualitative et descriptive, construite à partir d'entretiens directifs auprès de 173 femmes de juin à septembre 2014 à Brest (23), a recensé les principaux obstacles au dépistage vécus par les patientes ; éléments retrouvés par ailleurs dans d'autres travaux (2,24). Un **manque d'information** quant à l'intérêt du frottis dans le dépistage a été rapporté dans 46% des cas ; 42% des patientes avaient **peur du résultat** ; le **manque de temps** représentait 36% des freins au dépistage ; 34% évoquaient un **délai trop long** pour l'obtention d'un rendez-vous avec un spécialiste ; 30% émettaient des réserves sur l'examen gynécologique et son **caractère intrusif** ; 18% rapportaient des **difficultés d'accès à l'offre de soins**. Enfin, 18% ne se sentaient **pas concernées** (absence de symptôme, âge jeune...).

D'autres travaux ont répertorié les principales caractéristiques de la patiente non participante : femme de plus de 50 ans, en situation sociale défavorable (bénéficiant de la CMU-C (appelée Complémentaire Santé Solidaire depuis le 1^{er} novembre 2019), quartier défavorisé, migrante, détenue, usagère de drogues mais aussi gens du voyage), en situation de santé défavorable (handicap, comorbidités, ALD) ou homosexuelle (11,16).

Le manque d'implication au dépistage des patientes de plus de 50 ans, pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ménopausées sont moins suivies sur le plan gynécologique (plus de contraception nécessaire). Elles ont peut-être tendance à penser qu'elles ne sont plus à risque de développer un cancer du col de l'utérus et se font donc moins souvent dépister (21).

Des mesures ont été adoptées pour lutter contre les inégalités liées au manque d'accès aux soins des femmes en situation de précarité. Des organismes tels que Médecins du Monde se mobilisent au sein des centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) mais aussi auprès des personnes se prostituant ou vivant en bidonvilles (67% des femmes âgées de 25 à 65 ans rencontrées dans leurs centres de soins n'ont jamais effectué de frottis). L'objectif principal de ces mesures est de permettre aux femmes de bénéficier d'une information adaptée, de les accompagner vers le dépistage et ainsi gommer au maximum cette inégalité d'accès aux soins (25).

Un article, publié en 2012 dans *Pratiques et Organisation des Soins*, relate les principales difficultés rapportées par les professionnels de santé libéraux exerçant dans des cabinets de médecine générale (26). Dans la majorité des cas, ceux-ci émettent des *doutes sur le bénéfice du dépistage* dans certaines situations (par exemple en cas d'absence d'activité sexuelle ou si la patiente est ménopausée). Ils évoquent également des *difficultés techniques* comme le manque de formation initiale, un acte considéré comme *chronophage* ou encore la *complexité d'acheminement* des prélèvements au laboratoire, une *faible motivation pour le frottis* (repérée essentiellement pour les médecins de sexe masculin), des *oublis*, une relation médecin-patiente fragile avec *pudeur* de part et d'autre et l'*absence de rémunération spécifique* (frein qui n'est plus d'actualité à ce jour puisque la revalorisation de l'acte est intervenue depuis juillet 2017).

Les caractéristiques du médecin généraliste impliqué dans le dépistage du CCU ont été répertoriées dans le travail de thèse de M. Pelletier (24). Ce dernier s'est intéressé à la mise en évidence d'un lien de cause à effet entre la pratique des médecins généralistes et le taux de dépistage de leurs patientes. Il est instructif de constater que le médecin de sexe féminin, de moins de 45 ans, travaillant en cabinet de groupe, en milieu rural, avec une formation spécifique et une patientèle plutôt jeune, aurait tendance à obtenir un taux de dépistage plus élevé que ses confrères.

1.2.2. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

1.2.2.1. Définition

Déjà pensée et réfléchi au cours de nombreux travaux dont le 3^{ème} Plan Cancer 2014-2019 puis officialisée par l'arrêté du 4 mai 2018, la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est une priorité de santé nationale. Ce programme s'adresse à l'ensemble de la population cible, à savoir les patientes âgées de 25 à 65 ans. Seront secondairement exclues les patientes avec antécédent d'hystérectomie totale, celles en cours de traitement/suivi pour une IST, les femmes avec des signes cliniques évocateurs d'un cancer du col ou encore les femmes ayant eu un traitement conservateur pour une lésion pré-cancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus ; patientes nécessitant un suivi spécialisé (2).

Ce programme national repose sur l'envoi à domicile d'une invitation au dépistage pour les patientes n'ayant pas réalisé spontanément un frottis cervico-utérin dans les trois dernières années. En l'absence de réponse dans les 9 à 12 mois suivant la première invitation, une relance leur sera adressée (27).

Sur le plan pratique, il n'y a pas de modification dans le geste réalisé : il s'agit toujours d'un prélèvement en milieu liquide en regard du col pratiqué par un professionnel de santé du choix de la patiente. Toutefois, l'analyse cytologique laisse place au test HPV en dépistage primaire. En effet, les dernières méta-analyses confirment une sensibilité bien supérieure par ce biais et ce quel que soit le grade de la lésion, du CIN 2 jusqu'au carcinome in situ (avec un objectif de

sensibilité > 90%) (28). De plus, une prise en charge à 100% du frottis (et donc du test HPV) est effective depuis le mois d'avril 2020 en France pour les patientes invitées à se mettre à jour. L'ensemble des résultats, des patientes spontanément dépistées ou invitées à le faire, est ensuite centralisé au sein de centres régionaux de coordination des dépistages des cancers afin d'assurer un suivi pour l'ensemble de la population cible.

Ce dépistage organisé a pour principal objectif de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible (27).

Son deuxième objectif, et non des moindres, est de poursuivre les efforts en termes de réduction des inégalités de dépistage (sociales, culturelles et/ou territoriales) en le rendant principalement plus accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé (cf. profil de patientes non participantes évoqué plus haut).

Il devrait ainsi permettre d'améliorer l'état de santé de la population (diminution de la morbi-mortalité), de diminuer les inégalités de santé (amélioration de l'accès à la prévention et équité) et de rationaliser les moyens mis en œuvre (limitation du sur dépistage et de ses conséquences en termes d'investigations inutiles et potentiellement délétères, mise en œuvre de stratégies les plus efficaces et amélioration des pratiques médicales) (21).

1.2.2.2. Dépistage organisé dans le monde : exemple de l'Australie

Dans le monde, l'Australie semble être l'un des pays exemples en matière de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Au 1^{er} décembre 2017, un nouveau programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus a vu le jour sur le territoire, succédant à une stratégie par frottis tous les deux ans, au sein d'une population féminine cible âgée de 20 à 69 ans.

Ce nouveau dispositif de surveillance consiste en la réalisation d'un frottis tous les 5 ans avec recherche du papillomavirus de façon systématique, suivie d'une analyse cytologique si le HPV est retrouvé, pour les femmes de 25 à 74 ans (29).

Un premier constat élaboré par l'AIHW en 2018 est sans appel et motive la nécessité d'améliorer les programmes de dépistage. En effet, avant le 31 décembre 2015, les femmes diagnostiquées par dépistage du cancer du col de l'utérus ont un risque 87 fois plus faible de mourir d'un cancer du col de l'utérus que les femmes qui n'avaient jamais subi de test. Le dépistage des lésions pré-cancéreuses peut réduire considérablement à la fois l'incidence et la mortalité dues au cancer du col utérin (30). Ces mêmes données sont retrouvées dans les rapports statistiques du Victorian Cytology Service de 2017, qui confirment que les patientes non participantes sont beaucoup plus susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus que les femmes qui suivent le programme adéquat ou tout du moins partiellement (30).

Un profil type de patientes non participantes a été établi, se rapprochant assez bien de celui qui a pu être dressé au sein de la population française à travers les travaux précédemment cités. Les femmes en période péri-ménopausique, non vaccinées pour le HPV, de faible niveau socio-économique, autochtones et éloignées des grandes villes, semblent être les plus à l'écart du système de dépistage (à la différence du dépistage du cancer du sein qui touche aussi les populations les plus éloignées des centres de soins en Australie mais qui se font tout de même dépister) (30).

Un dernier rapport, élaboré en décembre 2020, révèle que, sur la période 2018-2019, plus de 3 millions d'australien(ne)s ont réalisé un test HPV, dont 9 % se sont révélés positifs. Les taux d'incidence et de mortalité standardisés restent faibles avec respectivement 6 nouveaux cas pour 100 000 femmes dépistées et moins de 2 décès pour 100 000 femmes (29).

Malheureusement, la pandémie de la Covid-19 freine l'analyse des résultats et aujourd'hui, nous ne sommes pas en mesure de faire la part des choses entre les conséquences de la pandémie mondiale et le changement de programme de dépistage, avec notamment un intervalle temps entre deux tests augmenté. Sur une période similaire de janvier à juillet 2019 et 2020, le nombre de tests au HPV s'est réduit sans que nous puissions, à ce jour, en tirer des conclusions.

1.2.2.3. Dépistage organisé en Europe

Certains pays, comme la Suède et la Finlande, ont organisé des programmes de dépistage dès les années 1960 et ont été les précurseurs dans la mise en route de l'organisation du dépistage, soutenue depuis 2003 par une recommandation du Conseil de l'Union Européenne (6). Nous observons dans ces pays-là une participation notable au dépistage.

En 2017, le taux moyen de couverture pour le dépistage du CCU des pays de l'Union Européenne était de 45,4%, avec une nette hétérogénéité allant de 9,2% en Roumanie à plus de 80% au Danemark, en Irlande et en Suède (3).

1.2.2.4. Premiers essais français à l'échelle départementale

Au début des années 1990, plusieurs expérimentations de dépistage organisé ont été menées sur 5 départements. En 2009, seuls l'Isère, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Martinique, bénéficiaient encore d'un tel programme. En marge de ces expérimentations départementales, d'autres (plus ponctuelles et ciblées), à l'échelle infra-départementale, ont eu lieu à Marseille et dans 3 communes de l'agglomération lyonnaise.

En 2010, le programme est élargi à 9 départements supplémentaires, portant à 13 le nombre de départements où sont menées les expériences pilotes (Allier, Bas-Rhin, Cantal, Cher, Haute-Loire, Haut-Rhin, Indre-et-Loire, Isère, Maine-et-Loire, Martinique, Puy-de-Dôme, Réunion, Val-de-Marne). Cette expérimentation fut dirigée par la Direction Générale de la Santé, cofinancée par l'Institut National du Cancer et évaluée par Santé Publique France. Elle a duré

jusqu'en 2014. Au total, 2,4 millions de femmes éligibles au dépistage ont été comptées dans l'expérimentation, soit 13,4% de la population cible nationale. Parmi elles, environ la moitié ont reçu une invitation au dépistage par courrier et environ 450 000 ont été relancées en l'absence de réponse (8,31).

Les résultats de cette expérimentation ont montré une augmentation globale de la participation au dépistage de 12 points passant de 50 à 62,3%. Ce taux de couverture variait dans les départements. La part du dépistage individuel était déjà très hétérogène et bien plus élevée en Alsace par exemple, là où le dépistage organisé était présent avant l'expérimentation (69 % VS 26,7% pour le département du Cher). Cela pouvait suggérer un effet « d'entraînement » pour ces départements (31,32,33).

1.2.2.5. Développement du programme à l'échelle nationale

La pandémie de la Covid-19, qui sévit en France depuis le début de l'année 2020, a généré un retard dans la généralisation du dépistage organisé du CCU. La diffusion de l'information auprès de l'ensemble des professionnels de santé concernés par le dépistage (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes et médecins biologistes / anatomopathologistes) a débuté au cours de l'été 2020 et nous avons donc ensuite pu débiter le travail de notre thèse à la rentrée de septembre 2020.

Une lettre d'information expliquant les principaux points du dépistage organisé a ainsi été envoyée à tous les professionnels sus-cités. Des soirées d'information ainsi que des séances d'apprentissage en ligne, en guise d'enseignement, sont d'autres outils qui seront secondairement utilisés afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé autour du sujet.

1.2.3. Recommandations complémentaires par la Haute Autorité de Santé, juillet 2019

En juillet 2019, à la demande de la Direction Générale de la Santé, un groupe d'experts composant la Haute Autorité de Santé a émis des hypothèses quant aux modalités de dépistage les plus efficaces, hypothèses faisant l'objet de nouvelles recommandations (28, 34).

L'objectif principal était d'évaluer la pertinence de la recherche du HPV en dépistage primaire des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et la place du double immunomarquage p16 / ki67.

Les principales propositions sont les suivantes :

* A partir de 30 ans, le test HPV remplace l'examen cytologique comme test de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus, en raison d'une prévalence élevée des infections transitoires par le HPV chez les patientes de moins de 30 ans.

* Ce test peut être proposé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal.

* Le rythme entre deux dépistages par test HPV est de 5 ans dès lors que le résultat du test est négatif.

* L'usage du test HPV permet alors l'élaboration d'un nouvel algorithme de prise en charge, simplifié, facile d'accès et permettant une harmonisation des pratiques.

Le comité d'experts souligne l'importance d'adresser à la patiente, à son médecin traitant (et/ou au professionnel de santé s'occupant de son suivi gynécologique), ainsi qu'au centre régional de coordination des dépistages, les résultats du test et ce, quels qu'ils soient.

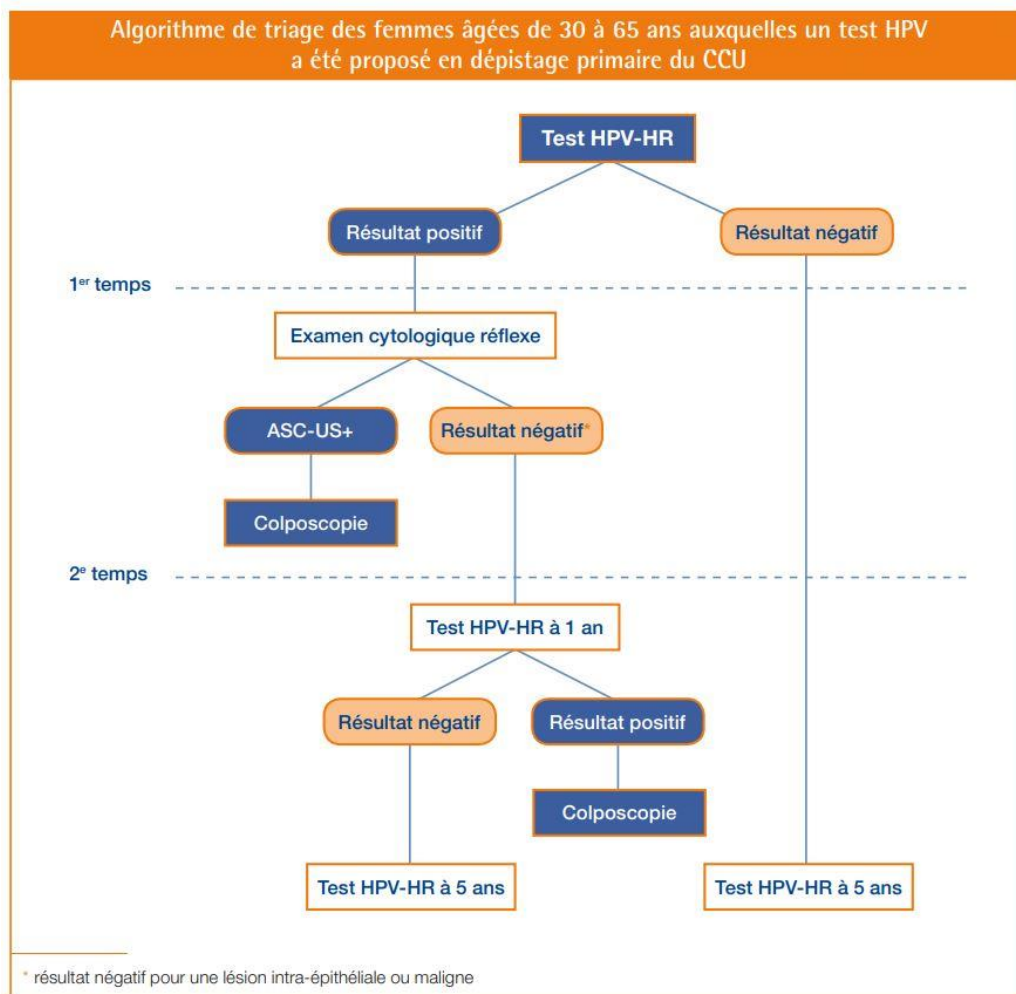


Figure 10 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU. Recommandations HAS 2019.

1.2.4. Place de l'auto-prélèvement dans le nouveau parcours de soin

Toujours dans cette même dynamique de réduire les inégalités de santé, plusieurs travaux se sont penchés sur la place que peut occuper l'auto-prélèvement dans la nouvelle stratégie de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Une première étude menée en Indre-et-Loire, département dans lequel un programme pilote de dépistage organisé du CCU est instauré depuis 2010, a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité d'une stratégie d'envoi à domicile d'un kit pour auto-prélèvement vaginal avec écouvillon sec, sur l'augmentation de la participation au dépistage des femmes jusque-là non dépistées et âgées de plus de 30 ans. Selon l'auteur, les deux freins au dépistage que sont le manque d'accessibilité et l'acceptabilité du frottis classique, seraient surmontés via cette méthode.

6000 femmes ont été recrutées, âgées de 30 à 65 ans, non dépistées et ne répondant pas à une première invitation à réaliser un frottis cervico-utérin. Ces patientes ont été randomisées en trois groupes : un groupe sans relance, un second avec relance et nouvelle invitation papier à réaliser un frottis et enfin un groupe avec relance à laquelle est jointe un auto-prélèvement vaginal à renvoyer au laboratoire pour test HPV.

La participation a été la plus élevée pour le groupe avec relance par auto-prélèvement (22,5%), vient ensuite celui avec relance par proposition d'un nouveau frottis (11,7%) puis enfin le groupe sans relance (9,9%). On remarque que dans le groupe de relance par auto-prélèvement, sur les 44 prélèvements revenus positifs, 40 femmes ont ensuite réalisé le frottis de contrôle recommandé, soit plus de 90% d'entre elles.

A l'analyse des résultats de cette étude, un dispositif d'auto-prélèvement vaginal peu coûteux, de type écouvillon ou brosse, sans milieu de transport (sec), envoyé par voie postale au domicile des femmes non dépistées, avec un test HPV utilisant une méthode de PCR, semble donc être une méthode significativement plus efficace et coût-efficace qu'une lettre de relance pour augmenter la participation au dépistage du CCU des femmes non dépistées (35).

Selon le comité d'experts évoqué plus haut et représentant la HAS, l'auto-prélèvement vaginal peut, en effet, être considéré comme une modalité de prélèvement alternative au prélèvement cervical par un professionnel de santé. Cette méthode a pour objectif final d'améliorer le taux de participation de ces femmes non participantes au dépistage (28).

Les experts mentionnent qu'une attention particulière devra être portée au suivi de ces femmes, d'une part sur la qualité de l'information remise pour l'utilisation de ces auto-prélèvements, et d'autre part sur les objectifs de ces derniers. Le gain en termes de couverture du dépistage pourrait en effet être partiellement compromis par une faible compliance au suivi de ces femmes, dont le test se révélerait positif.

En pratique, il appartient aujourd'hui aux décideurs, éclairés par les agences sanitaires et les chercheurs, de choisir la place d'une stratégie par auto-prélèvement, dans le cadre par exemple

d'expérimentations ciblant des territoires ou des populations spécifiques ou, à plus large échelle, comme méthode systématique de relance pour toute femme non dépistée (après une première invitation incitant à réaliser un FCU) (35).

1.3.Place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col utérin

Il est important de remarquer qu'à ce jour, seuls 10% environ des frottis cervico-utérins sont réalisés par un médecin généraliste (16).

Au-delà des travaux précédemment cités abordant les freins au dépistage, plusieurs autres thèses se sont penchées sur l'état des connaissances des patientes concernant les professionnels de santé impliqués dans ce suivi :

Un article publié en 2013 dans la Revue de Santé Publique, a montré que seulement 35,9% des femmes interrogées, d'une moyenne d'âge de 44 ans, connaissaient la possibilité pour les médecins généralistes de réaliser cet acte de dépistage (36). Ainsi, pour près de 65% d'entre elles, aucun médecin généraliste n'avait abordé la question du dépistage du CCU par frottis au cours de leur vie. Une notion récurrente est ressortie de cette étude, à savoir le souhait des patientes d'un investissement plus marqué du médecin traitant, celui-ci étant plus facile d'accès, ainsi qu'un désir accru d'explications quant au cancer en lui-même, son développement et les diverses méthodes de dépistage possibles (16).

Le rôle du médecin traitant dans ce nouveau parcours de soin semble majeur, et ce d'autant plus auprès de la population sous dépistée/à risque (population la plus ciblée du programme), puisqu'il en est le principal interlocuteur. Une étude par analyse transversale des données de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie sur la période 2010-2013, portant sur 125 519 femmes âgées de 25 à 65 ans, montre par exemple que 73% des femmes non participantes avaient consulté un médecin généraliste plus de deux fois par an sur la période, mais près de 80% d'entre elles n'avaient pas consulté de gynécologue en 4 années (11).

Le médecin généraliste représente ainsi un élément clé dans la coordination des soins. Il sera de sa compétence d'assurer la meilleure gestion possible de ces nouvelles patientes ayant reçu une invitation au dépistage, de savoir les guider dans leurs parcours de soin tout en s'appuyant sur les centres régionaux de coordination du dépistage pour l'harmonisation des soins (2,37).

Après ce premier travail bibliographique, nous prenons conscience du vent nouveau apporté par le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, dont le but premier est de majorer la participation des femmes, et ce quel que soit leur milieu.

Le geste du frottis restant inchangé, la participation de l'ensemble des professionnels de santé dont celle du médecin généraliste, doit être infaillible. Une réalité de terrain, confirmée par nos lectures, montre que l'accès à une consultation de gynécologie est de plus en plus complexe à ce jour (pour rappel, plus de 34% des patientes interrogées dans l'étude qualitative menée par Marie Rolland en 2014, évoquaient un délai trop long pour l'obtention d'un rendez-vous avec un spécialiste (23)).

Nous avons ainsi décidé de mener un travail de recherche avec pour *objectif principal* **d'évaluer les attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne.**

Les objectifs secondaires de notre étude consistent à établir l'état des connaissances des médecins généralistes quant à la mise en place de ce nouveau programme de dépistage, déterminer si celui-ci permettrait une harmonisation de leurs pratiques, rapporter les obstacles persistants sur la mise en place des bonnes pratiques en médecine générale et enfin émettre d'éventuelles recommandations sur la meilleure façon d'impliquer les médecins traitants dans la mise en œuvre de ces nouvelles procédures.

Nous nous sommes donc intéressées à leurs pratiques actuelles, à leurs connaissances sur le sujet, ainsi qu'à leurs motivations et implications sur ce problème de santé publique.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1.Méthode

2.1.1. Le type d'étude

La méthode qualitative a semblé être la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche puisqu'il « ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre, de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. Il s'agit donc de prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension » (38).

Cette étude a été conçue en gardant pour objectif de répondre aux critères de qualité COREQ (39).

2.1.2. Le type d'entretien

Nous avons opté pour des entretiens individuels, en face-à-face, menés par l'une ou l'autre d'entre nous. Le cadre était choisi par le médecin afin qu'il soit dans les meilleures conditions possibles, le but étant de le mettre en confiance pour qu'il parle librement de son expérience et de ses idées.

De plus, nous avons fait le choix d'entretiens semi-dirigés afin de structurer un minimum l'échange et d'aborder tous les grands thèmes nécessaires. Nous avons également créé le guide d'entretien avec un maximum de questions ouvertes pour laisser une certaine liberté au médecin interrogé dans son discours et permettre l'émergence de nouveaux sujets.

2.2.Population et échantillonnage

2.2.1. La population de l'étude

Notre étude portait sur la place que le médecin généraliste pensait occuper dans le nouveau programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Le critère d'inclusion principal était donc le fait d'être médecin généraliste installé en libéral.

Nous avons centré notre étude sur deux départements d'Aquitaine, que sont la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques, pour une question de praticité pour les deux cothésardes et afin d'obtenir une diversité de lieux d'exercice et de pratiques plus importante.

Les opinions des médecins sur le sujet n'étaient pas connues par avance et un minimum d'informations leur avait été donné avant l'entretien, afin qu'ils ne s'informent pas sur le sujet.

Bien que l'idée de saturation soit utile au niveau conceptuel, elle fournit peu de conseils pratiques pour estimer, avant la collecte des données, la taille des échantillons nécessaires pour mener une recherche de qualité (40). Etant donné la période durant laquelle nous avons mené

nos entretiens (Covid-19), nous avons préféré avoir une taille d'échantillon définie par avance. Nous sommes donc parties sur un échantillon de 20 médecins généralistes, ce qui représentait 10 entretiens par thésarde.

2.2.2. Le mode de recrutement des médecins généralistes

Nous avons privilégié un échantillonnage en variation maximale, échantillonnage particulièrement adapté lorsque la question de recherche s'intéresse à la diversité des opinions (38).

Nous avons identifié les variables pertinentes (âge, sexe, mode d'exercice, milieu d'exercice, formation en gynécologie), puis nous les avons discrétisées en classes pertinentes et nous avons fait en sorte, dans la mesure du possible, de recruter des participants dans chaque classe de chaque variable identifiée.

Le recrutement des médecins a été une étape assez compliquée de cette thèse. Dans un premier temps, nous avons voulu créer une liste de médecins à l'aide d'un listing fourni par le Conseil de l'ordre ou par l'Assurance Maladie, mais ces derniers n'étaient pas en mesure de nous le donner. Nous sommes donc parties sur un recrutement par « effet boule de neige ». Nous avons choisi un premier médecin puis nous lui avons demandé de nous recommander d'autres médecins du département et ainsi de suite, en respectant au maximum, bien évidemment, la diversité des variables pertinentes.

2.2.3. La prise de contact

Dans un premier temps, les médecins ont été contactés par téléphone sur leur lieu de travail, afin de connaître les caractéristiques manquantes essentielles à la bonne diversification de notre échantillon (l'âge, le mode et milieu d'exercice ainsi que la possession d'un diplôme de formation en gynécologie).

Ce premier contact avait souvent lieu avec la secrétaire des cabinets médicaux.

Dans un second temps, si le profil du médecin était intéressant, nous lui exposions le thème de notre étude (dépistage du cancer du col de l'utérus et pratique en médecine générale) ainsi que la méthode de recueil des données (entretien individuel enregistré d'une durée de 30 minutes environ). S'il était d'accord, nous convenions d'un rendez-vous à la date de son choix, dans un lieu à sa convenance, afin de mener cette interview.

2.2.4. Le refus de participation

Des médecins contactés par téléphone n'ont pas donné suite ou ont refusé de participer à notre étude pour diverses raisons : essentiellement un manque de temps, sujet inintéressant, aucune envie de s'investir sur un travail de thèse...

Le taux de refus de participation a été d'environ 31%.

2.3. Recueil des données

2.3.1. La réalisation du guide d'entretien

Ce guide constitue un support qui permet de mener les entretiens de façon pertinente. Il a légèrement évolué au fil des entretiens. Le guide présenté en annexe est l'initial.

La première partie de ce guide d'entretien visait à recueillir des données démographiques de la population étudiée : âge, sexe, mode d'exercice (seul, en groupe ou en maison médicale), milieu d'exercice (rural ou urbain), informatisation ou non (dossiers informatiques et utilisation des alertes de vaccination/dépistage), description de la patientèle, distance avec un cabinet de gynécologie, pratique de la gynécologie au quotidien en cabinet, possession d'un DIU en gynécologie, expérience en tant que maître de stage universitaire, lecture de revues médicales, participation à des formations médicales continues.

Pour la suite, nous avons élaboré des questions autour de grands thèmes qui ont émergé à la suite de notre recherche bibliographique et qui permettaient de répondre à notre travail de thèse.

Ces grands thèmes sont les suivants :

- La représentation du cancer du col de l'utérus pour le médecin généraliste,
- La connaissance du dépistage individuel et sa réalisation au quotidien auprès de sa patientèle,
- L'arrivée du dépistage organisé et ses conséquences en pratique,
- Les obstacles persistants à la mise en place d'un tel dépistage avec les leviers potentiels.

Chaque thème regroupait une ou plusieurs questions, les plus ouvertes possibles, afin de laisser le médecin s'exprimer librement sans influencer sur ses réponses.

Des questions de relance ont également été préparées pour chaque interrogation afin d'enrichir la première réponse apportée.

Pour valider et ajuster ce questionnaire, les deux cothésardes ont réalisé, chacune de leur côté, un test exploratoire avec des médecins généralistes libéraux de leur choix.

2.3.2. Le déroulement des entretiens

Chaque thésarde s'est occupée d'un département : Cécile FAVEROLLE interviewait les médecins généralistes de Gironde et Lucile HACHAGUER ceux des Pyrénées-Atlantiques.

Avant de débiter l'entretien, nous évoquions le thème de notre travail, sans rentrer dans les détails, et nous expliquions que l'échange n'était pas destiné à juger leurs connaissances ou

leurs pratiques médicales mais était réalisé dans une optique de comprendre et d'améliorer la prise en charge future et la coordination des soins.

Les entretiens se sont déroulés du 14 septembre 2020 au 26 novembre 2020.

Ils ont été effectués soit sur le lieu de travail de chaque médecin, entre ou après ses consultations, en matinée ou en après-midi, du lundi au vendredi, soit à son domicile.

La confidentialité et l'anonymat des données ont été garantis avant l'entretien. Après accord oral des médecins, les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique.

La durée totale des enregistrements audionumériques est de 10h31. Les entretiens ont duré entre 19'43 minutes et 65'43 minutes, ce qui fait une durée moyenne de 31'33 minutes.

2.3.3. La retranscription

Chaque retranscription verbatim (mot à mot) a été effectuée le jour même de l'enregistrement par la thésarde qui avait mené l'entretien. Le but était de retranscrire au mieux les émotions et le langage non verbal.

Au début de chaque retranscription, les informations socio-démographiques et la durée de l'entretien étaient renseignées.

2.4. Analyse des résultats

2.4.1. Le codage

Pour commencer, nous avons fait une première lecture flottante de tous nos entretiens, suivie d'une seconde lecture approfondie, au cours de laquelle nous avons résumé l'ensemble de nos 20 entretiens.

Dans un second temps, nous avons créé une grille de codage, la plus complète possible, afin de coder de façon séquencée, c'est à dire en gardant la même grille tout au long du codage de nos 20 interviews. La genèse des codes / unités de sens a ainsi été réalisée à partir de lectures attentives de nos entretiens par le repérage de pratiques communes entre les médecins ou bien par l'émergence de nouvelles idées.

Dans un troisième temps, nous avons codé, chacune de notre côté et sur le même fichier, 6 textes tirés au sort et comparé notre codage afin d'être sûres de mettre les mêmes unités de sens dans les mêmes thèmes et sous thèmes. Cette comparaison de codage s'est avérée satisfaisante puisque notre pourcentage d'accord allait de 92,56% à 100% pour les 6 entretiens tests. Ce codage en triangulation des chercheurs a été effectué afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

Dans un quatrième temps, nous avons codé, chacune de notre côté et toujours sur le même fichier, les 14 interviews restantes en échangeant nos entretiens afin d'être les plus objectives possible (donc 7 entretiens chacune).

2.4.2. La méthode

L'analyse thématique descriptive du contenu des verbatims de chaque entretien a été réalisée à l'aide du logiciel QSR-NVivo 12 Plus®. Ce logiciel n'a pas servi à réaliser une analyse automatique des données mais à organiser les thèmes et sous thèmes issus du codage. Il a également servi à dégager la fréquence d'apparition des sous thèmes dans l'ensemble des verbatims.

2.5. Cadre légal

Notre recherche reposant sur des entretiens auprès de professionnels de santé afin de discuter de leurs pratiques, elle n'est pas soumise à la loi Jardé (41). Le Comité de Protection des Personnes n'était ainsi pas concerné.

Les médecins participants à cette étude ont été informés avant l'interview que l'entretien serait enregistré et que les données de chacun seraient analysées et anonymisées. Un consentement oral a été recueilli pour chacun des médecins participant à cette étude.

Ce travail a été soumis pour validation de sa conformité aux lois de protection des données personnelles et il a été porté au registre des traitements de données à caractère personnel de l'université de Bordeaux.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

Dans une étude qualitative, le but n'est pas d'être exactement représentatif de la population étudiée mais plutôt de sélectionner les interviewés en variation maximale sur des critères pertinents susceptibles d'influencer les réponses. Cependant, notre échantillon d'étude se veut diversifié.

3.1.1. Sexe

Sur les 20 médecins inclus dans cette étude, 10 sont des femmes et 10 sont des hommes. Le sexe ratio est donc de 0,5, soit 50% de femmes et 50 % d'hommes.

3.1.2. Age

L'âge des médecins est de 29 ans pour le plus jeune et de 74 ans pour le plus âgé. La moyenne d'âge est de 47,4 ans.

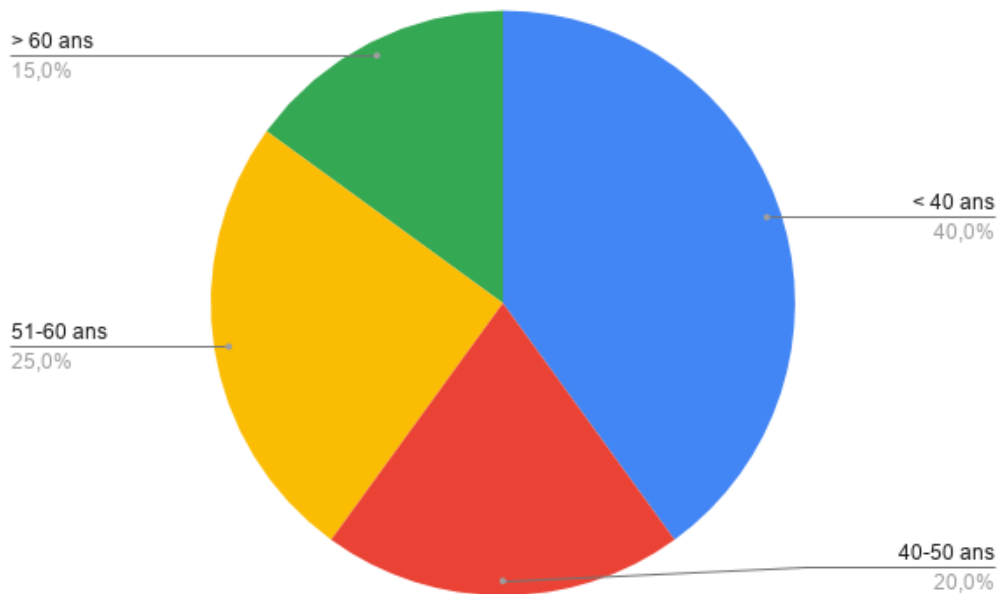


Figure 11 : Répartition des médecins interviewés selon leur âge.

3.1.3. Milieu d'exercice

Les médecins interviewés ont pour 10 d'entre eux un exercice en milieu rural. Les 10 restants ont un exercice en milieu urbain.

3.1.4. Mode d'exercice

Les ¾ de notre échantillon de médecins travaillent en cabinet de groupe. Deux médecins exercent seuls dans leur cabinet et deux dans une maison de santé pluridisciplinaire. Seul un médecin exerce en tant que salarié dans une maison de santé pluridisciplinaire.

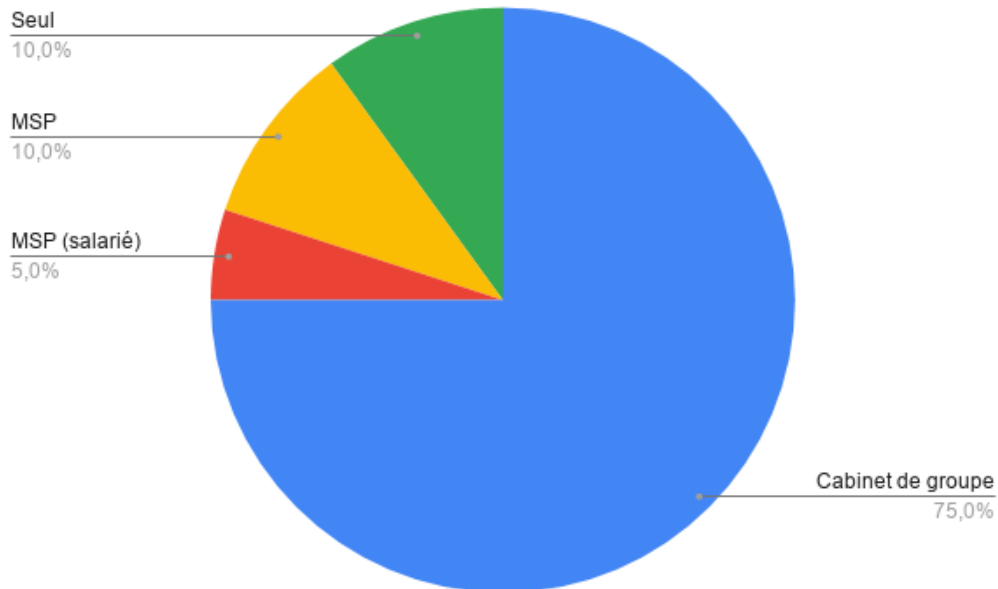


Figure 12 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice.

3.1.5. Distance avec un cabinet de gynécologie

La distance moyenne du cabinet du médecin généraliste avec celui du gynécologue le plus proche est de 9,15km [0,2 ; 30].

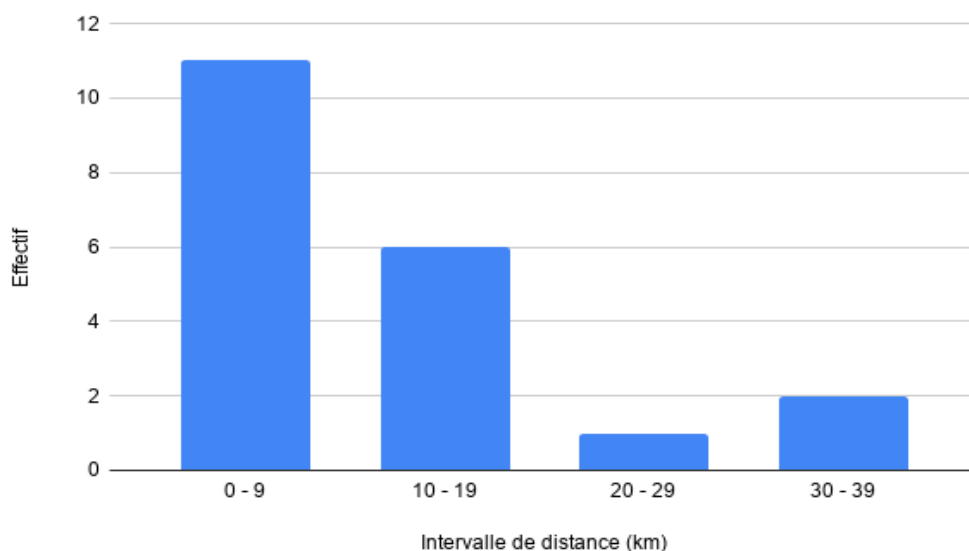


Figure 13 : Intervalle de distance entre le cabinet du médecin interrogé et celui du gynécologue le plus proche.

3.1.6. Possession d'un DIU de gynécologie

75% des médecins interrogés ne possèdent pas de diplôme en gynécologie. Quatre médecins en ont un et un seul médecin en a deux (DIU de gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes et DU de régulation des naissances).

3.1.7. Pratique du frottis

Un tiers des médecins ne réalise jamais de frottis. Un quart des interviewés le pratique rarement (moins de 1 frottis par mois), seulement un médecin le pratique de façon régulière (entre 1 et 3 frottis par mois) et un tiers le pratique fréquemment (au moins 1 frottis par semaine).

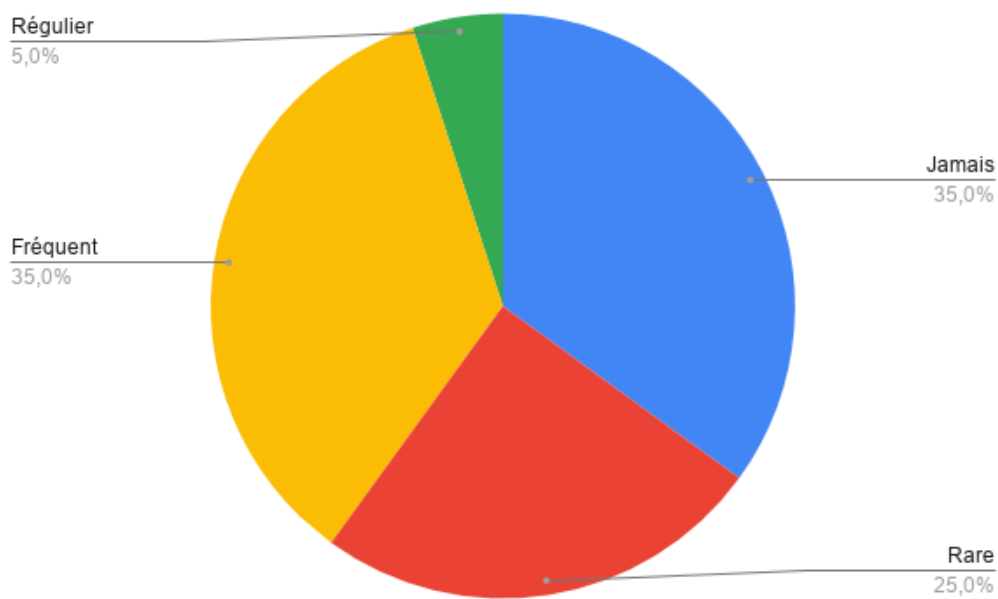


Figure 14 : Répartition des médecins selon leur pratique du frottis.

3.1.8. Réalisation du frottis par un autre confrère

Un tiers des médecins propose le frottis rarement, un tiers fréquemment et un tiers systématiquement.

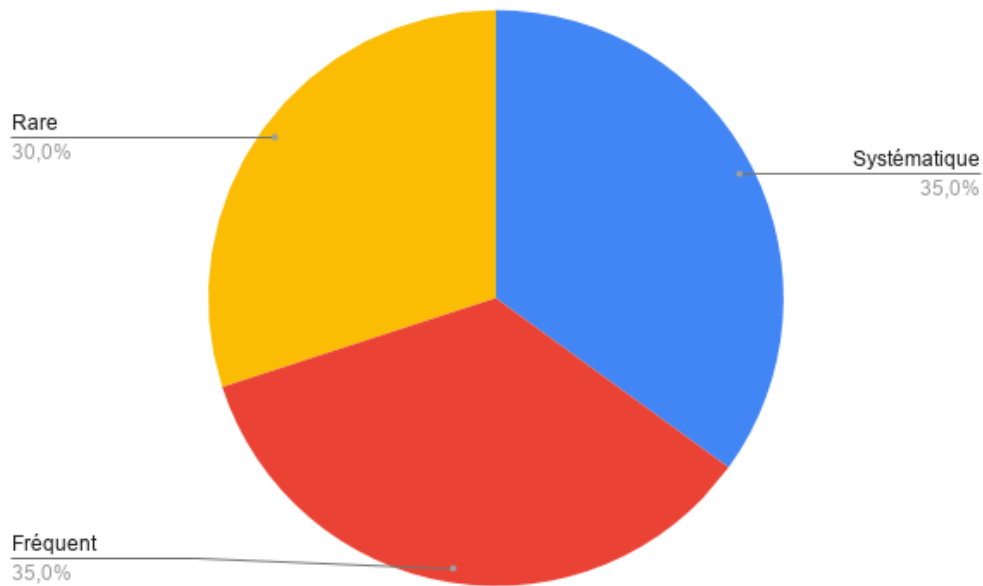


Figure 15 : Répartition des médecins selon la proposition de réalisation du frottis par un confrère.

3.1.9. Autres caractéristiques

L'ensemble des cabinets est informatisé.

La plupart des médecins pensent à proposer la vaccination contre le papillomavirus lors des consultations de médecine générale (systématiquement pour 60%, fréquemment pour 25%, rarement pour 15%).

12 médecins sont des maîtres de stage universitaires contre 8 qui ne le sont pas.

La plupart des médecins (85%) participe régulièrement à des formations continues.

3.1.10. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 31 minutes et 33 secondes [19'43 ; 1'05'43].

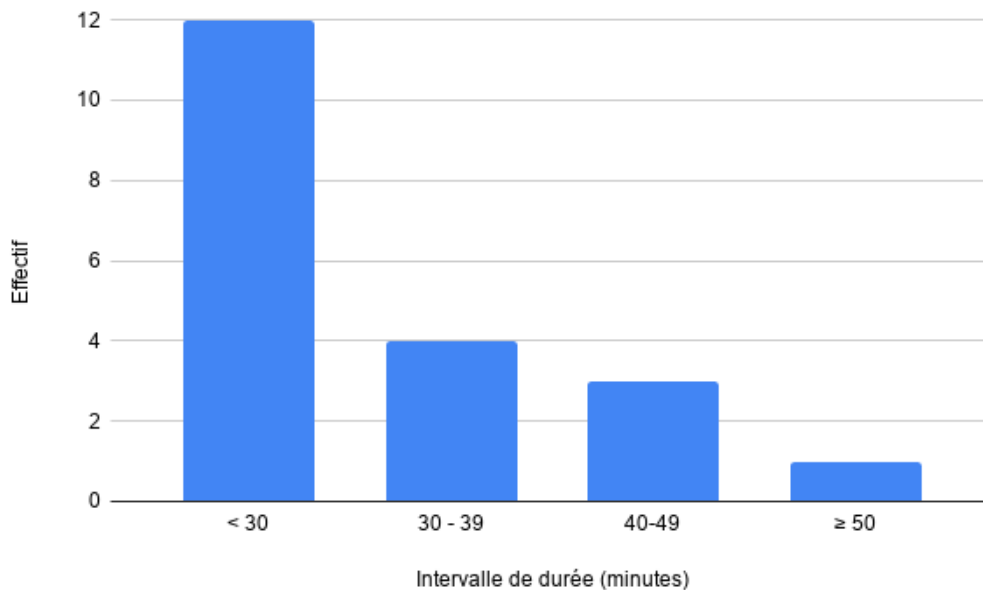


Figure 16 : Durée des entretiens.

3.2. Etat des connaissances des médecins interrogés

Pour commencer, nous nous sommes intéressées aux connaissances et aux attitudes des médecins généralistes sur le cancer du col de l'utérus mais aussi à leurs connaissances et pratiques en ce qui concerne la vaccination HPV.

3.2.1. Connaissances et sensibilité des médecins autour du CCU

Pour les médecins interrogés, le cancer du col de l'utérus est un **cancer de la femme jeune** :

« Je pense que c'est un cancer qui a quand même une prévalence euh... je ne sais pas à quelle place, s'il y a un classement, je ne le connais pas, mais, en tout cas, c'est un cancer qui concerne pour moi la femme jeune. » (E.8)

Il est également un **cancer évitable** de par la vaccination (prévention primaire) et la recherche de lésions pré-cancéreuses au frottis (prévention secondaire) :

« Je pense qu'il y a une grosse proportion de ces cancers qui peut être évitée, par la vaccination. Bon pas tous hein, mais c'est quand même ouais un enjeu de santé publique. » (E.12)

« Alors je pense que ça doit être le deuxième cancer après le cancer du sein ; c'est à peu près 1000 décès par an ! Euh, pff... mais je pense que c'est un cancer qui est quand même assez facilement évitable par les frottis réguliers ! J'imagine qu'il doit être en baisse, entre la vaccination et les frottis de plus en plus réguliers ! Euh, je pense qu'il évolue quand même assez lentement, euh en tout cas le stade pré-cancéreux hein ! » (E.20)

Le **frottis** semble être un bon moyen pour dépister ce cancer :

« J'ai l'impression quand même que le frottis a été une avancée extraordinaire parce que ça permet de dépister les choses de façon très précoce. » (E.19)

« Après, si on a un suivi régulier avec des frottis, je pense que c'est plutôt bien pris en charge en France. » (E.6)

Il est **peu fréquemment retrouvé** dans leur patientèle :

« Alors, sur ma patientèle déjà, parce que c'est mon premier repère, je pense qu'il y a pas mal de lésions débutantes qui sont diagnostiquées et qui sont traitées assez rapidement grâce au suivi, bon pas par le mien mais par les gynécos, parce que j'ai pas mal de patientes qui ont eu des conisations parce qu'elles avaient des lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses, mais des cancers du col de l'utérus qui nécessitent une prise en charge lourde, j'en ai pas (...). » (E.14)

« Parce que bon concrètement moi les cancers de l'utérus, les HPV j'ai euh... une à deux conisations par an mais de gros cancers bah moi j'en ai pas. J'en ai plus depuis des années. » (E.3)

Cependant, les médecins évoquent un **nombre important de lésions pré-cancéreuses** :

« (...) Ce que j'ai remarqué depuis que je fais de la gynéco, c'est qu'il y a énormément d'HPV sur les frottis, beaucoup de LSIL, beaucoup d'ASC-US. Euh... donc voilà, il y a quand même beaucoup de choses à faire ! » (E.10)

« C'est à dire que j'ai l'impression qu'on en voit quand même beaucoup plus qu'avant... Euh... parce qu'en fait, toutes celles qui ont été vaccinées pour le HPV ne sont pas encore tout à fait adultes. Mais bon, on a beaucoup de conisations ! Enfin moi, je trouve qu'on a beaucoup de conisations, c'est à dire que c'est pris dès le départ, donc on a peu de cancers du col évolués, comme ce qu'on a pu voir dans les dernières décennies donc c'est beaucoup mieux, mais quand même des in situ... Oui, donc, beaucoup de conisations je trouve. » (E.4)

Leur sensibilité pour ce dépistage dépend souvent de leur **histoire personnelle et parcours professionnel** :

« C'est un dépistage qui doit être précoce hein ! Moi, j'ai eu ma deuxième fille qui en a eu un qui a été très très bien traitée à Paris. Elle avait 25-26 ans et on sait que c'est un cancer qui peut faire des dégâts s'il n'est pas pris en charge assez tôt. » (E.2)

« Pour le cancer du col de l'utérus, on peut l'estimer moindre, nous, à notre niveau parce qu'on n'a pas accompagné aussi des personnes qui en sont touchées ou pour lesquelles ça s'est fini mal, voilà, on n'a pas été imprégné d'histoires douloureuses par rapport à ça, donc on se sent moins sensibilisé par rapport à ce dépistage-là. » (E.18)

« Mon plus beau cancer du col de l'utérus, c'est une dame qui n'avait pas fait de frottis depuis 2 ans... après une grossesse. (...) Un magnifique cancer du col ! Donc hystérectomie totale, ovariectomie... tout ! Et curiethérapie et elle avait eu un problème de lymphœdème du membre inférieur... et je me souviens, c'est quand c'est passé à 2 ans (...). » (E.4)

De façon unanime, les praticiens interrogés estiment que les médecins généralistes ainsi que les patientes ont un **manque de connaissances** en ce qui concerne ce cancer et accordent une **importance moindre à son dépistage** :

« Oui, il faut que ça prenne de la place, mais c'est pas encore suffisamment dépisté. Selon moi. Parce qu'il y en a plein qui en ont du papillomavirus hein, mais il n'y a pas encore suffisamment d'informations dessus, je trouve. Pas assez de promotion au dépistage (...) plus que les dépistages organisés comme la mammo et le dépistage du cancer colo-rectal. Le fait qu'on commence à avoir la main dessus un petit peu, ou que les patients reçoivent, ça permet de les motiver. Le frottis euh... ça reste un peu du second plan et ça devrait être un peu plus important. » (E.16)

« (...) l'incidence, elle est probablement sous-estimée à mon avis hein, je pense qu'il y en a beaucoup plus et c'est dommage qu'on n'y apporte pas autant d'importance. » (E.15)

Cependant, un certain nombre de médecins semblent assez bien sensibilisés et rappellent **l'intérêt majeur de son dépistage** :

« Ça fait partie des priorités quand même. Si on peut prévenir la maladie, autant le faire ! Donc oui, bien sûr que c'est une priorité ! Comme on l'a fait pour le sein, comme on l'a fait pour le côlon, comme on l'a fait... oui je pense que c'est indispensable ! Alors bon... on en parle moins peut-être mais peut-être que ce qui va être mis en place permettra de déceler à temps certaines pathologies. » (E.17)

« Je pense qu'il faut le prendre en charge. Je pense qu'il y a encore beaucoup de décès euh... liés au cancer du col euh... et que le dépistage est important, notamment dans la recherche du papillomavirus et des lésions pré-cancéreuses et que c'est quelque chose qui est à organiser. » (E.5)

Enfin, les médecins lui donnent la **même importance que le cancer du sein et le cancer colo-rectal** :

« Je le place au même titre que le sein ou le côlon. Donc, c'est pour ça que moi, c'est systématique, tous les 3 ans, il y a une alarme et puis on fait le dépistage. » (E.3)

« Alors, je vais répondre de manière ambiguë mais je dirais que le cancer du col de l'utérus est un cancer euh... que nous... qui devrait être surveillé de manière très pragmatique par dépistage systématique. Moi j'encourage, j'ai encouragé pendant très longtemps mes patientes à faire leur dépistage auprès de leur gynéco, qu'elles ont fait (...) Je pense que c'est un cancer aussi important dans le dépistage que le cancer du sein. Après il faut être clair, il y a beaucoup plus de cancers du sein que de cancers du col de l'utérus mais souvent, il arrive jeune et peut faire de gros dégâts ! Pour moi, le cancer colo-rectal, le cancer du sein et le cancer de l'utérus, leurs dépistages devraient être systématiques. » (E.7)

Connaissances et sensibilité des médecins autour du CCU

- **Le cancer du col de l'utérus est un cancer de la femme jeune et évitable de par la prévention primaire (vaccination) et secondaire (frottis).**
- **Le frottis est une bonne méthode pour rechercher les lésions pré-cancéreuses.**
- **Le cancer du col de l'utérus est peu fréquemment retrouvé dans leur patientèle mais le nombre de lésions pré-cancéreuses est important.**
- **Leur sensibilité pour ce dépistage dépend de leur histoire personnelle et de leur parcours professionnel.**
- **Un manque de connaissances sur le cancer du col de l'utérus, ainsi qu'une importance moindre accordée à son dépistage, sont constatés du côté des médecins comme des patientes.**
- **Cependant, certains médecins semblent bien sensibilisés à ce dépistage et lui accordent la même importance qu'aux deux autres dépistages organisés déjà en place, que sont celui du cancer du sein et du cancer colo-rectal.**

3.2.2. Connaissances et pratiques des médecins de la vaccination HPV

La vaccination HPV est reconnue comme étant **une bonne méthode de prévention primaire et un enjeu fondamental de santé publique** pour un certain nombre de médecins interviewés :

« Moi le vaccin, ça me semble être quelque chose de préventif extraordinaire ! » (E.7)

« Je pense qu'il y a une grosse proportion de ces cancers qui peut être évitée par la vaccination. Bon pas tous hein, mais c'est quand même ouais un enjeu de santé publique. Donc si on arrive à sensibiliser suffisamment les gens à la vaccination de leurs filles, voire peut-être un jour de leurs garçons aussi, ça sera quand même une bonne chose quoi. » (E.12)

« Alors écoutez, je ne veux pas dire que c'est ma préoccupation principale mais tout ce que j'ai lu sur les autres pays comme la Nouvelle-Zélande, l'Australie, etc... Je le propose en systématique parce que, au vu des chiffres publiés, il y a un effet fortement bénéfique sur la prévention du cancer col. » (E.2)

Cependant, leur **pratique** pour cette vaccination est **médecin-dépendante**, avec une implication variant d'un médecin à l'autre :

- Certains l'abordent **de façon systématique** en consultation :

« Les patients ne sont pas demandeurs mais moi, je le propose systématiquement. » (E.13)

« Ça, j'en parle à chaque fois, je le propose, oui, pour les jeunes filles autour de 11 ans, en expliquant que c'est que deux injections et qu'elles aient les choses en main pour réfléchir. » (E.14)

- D'autres préfèrent s'adapter à la patientèle et **attendent d'avoir une demande** pour introduire le sujet :

« Si c'est demandé ou si besoin d'explications, pas de problème, vacciner, pas de problème, mais je n'ai pas pris l'habitude de la faire en systématique, je n'ai pas encore cette habitude-là, peut-être un jour. » (E.11)

« On va dire que cette vaccination, je la présente comme quelque chose de recommandé mais pas obligatoire quoi, donc on donne les infos aux gens qui sont intéressés, ceux qui sont réfractaires bon, bon j'avoue, je ne bataille pas non plus des masses là-dessus, s'ils veulent pas savoir, ils veulent pas, ils veulent pas quoi (...). » (E.12)

Le fait de **proposer la vaccination HPV avec celle du DTP des 11-13 ans** permettrait d'augmenter l'adhésion à ce vaccin :

« C'est vrai que c'est plus compliqué pour les jeunes filles qui ont plus de 11 ans en fait ; parce qu'en fait, celles qui vont avoir 11 ans, c'est DTP y'a le rappel et on fait le premier du Gardasil. Donc, du coup, souvent on le met en même temps. Quand elles ont plus de 11 ans, on en parle et ouais elles me disent, on va réfléchir, je sais pas quoi. Alors peut-être qu'on arrive sur une génération où elles le font plus facilement les mères, mais c'est vrai que ça passe mieux à 11 ans avec le DTP... tout seul c'est pas obligatoire, y'a pas forcément besoin de faire un vaccin (...). » (E.13)

Il persiste tout de même certaines **difficultés ou inégalités** :

- Certaines patientes restent réticentes à ce vaccin en raison de la **mauvaise presse qu'il a pu avoir lors de ses débuts** et il est difficile de les convaincre même en utilisant une argumentation fondée sur des preuves scientifiques :

« Je pense qu'il faut faire le dépistage, que la vaccination c'est vraiment un truc qui devrait être beaucoup plus étendu que c'est, que ça a malheureusement eu mauvaise presse. » (E.10)

« Mais c'est vrai que tu vois, je mets souvent en avant le fait que dans d'autres pays, ils vaccinent aussi les garçons, donc euh bon on essaie de faire le nécessaire là-dessus (...). » (E.12)

- **Difficultés plus marquées à l'acceptation de la vaccination (et notamment celle contre le HPV) selon le milieu d'exercice du médecin et sa patientèle :**

« Nous, on est vraiment dans un milieu rural encore, la mentalité est différente et déjà la vaccination HPV ouf, voilà, mais la vaccination tout court aussi c'est... une lutte ! » (E.19)

« Peut-être que c'est aussi culturel parce qu'on a beaucoup de patientes maghrébines, chez qui la sexualité intervient généralement tard, en tout cas, on n'en parle pas beaucoup et du coup c'est vrai que parler très tôt des préventions du cancer du col, c'est compliqué oui (...) Mais de manière générale, c'est vrai que ça vient un peu comme un cheveu sur la soupe quoi... c'est pas facile de parler de ça. » (E.20)

La pratique vaccinale s'est étendue aux garçons avec un remboursement actif dès janvier 2021 :

« Je la propose très régulièrement chez les jeunes filles mais aussi bientôt chez les garçons car je sais que ça va commencer à être remboursé en 2021 (...). » (E.16)

« Je la propose depuis un bon moment. J'ai commencé à vacciner les garçons depuis un bon moment (sourit). Ça aussi, ça fait partie des inégalités sociales hein ! Des inégalités flagrantes je dirais ! Donc voilà, les garçons, j'ai commencé à les vacciner cet été, bien que ça soit dans le calendrier vaccinal à partir de janvier, mais j'ai commencé les garçons à partir de 11 ans, j'ai commencé là oui ! Et les mamans sont au courant, j'en parle pas mal ! » (E.18)

Connaissances et pratiques des médecins de la vaccination HPV

D'après les médecins généralistes interrogés, nous pouvons retenir les principaux points suivants :

- C'est une bonne méthode de prévention primaire et un enjeu fondamental de santé publique.
- La pratique de cette vaccination est médecin-dépendante avec des praticiens qui l'abordent de façon systématique lors d'une consultation et d'autres qui attendent d'avoir une demande de leurs patientes.
- Le fait de proposer cette vaccination avec celle pour le DTP des 11-13 ans permettrait d'augmenter l'adhésion des patientes à cette vaccination.
- Il persiste tout de même une certaine réticence à la vaccination HPV chez quelques patientes en raison de la mauvaise presse qu'elle a pu avoir lors de ses débuts, et il est parfois difficile de les faire changer d'avis malgré un argumentaire fondé sur des preuves scientifiques.
- Elle semble plus difficilement acceptée en milieu rural et par certaines populations avec des croyances marquées (comme la population magrébine).
- Cette pratique vaccinale s'adresse également aux garçons depuis janvier 2021.

3.3. Dépistage individuel du cancer du col de l'utérus en pratique

Afin d'évaluer les attitudes et pratiques des médecins généralistes face à la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, il nous a semblé bénéfique de nous intéresser aux connaissances des médecins généralistes concernant son dépistage individuel ainsi qu'à son application en pratique, avec ses limites.

3.3.1. Connaissances des médecins sur le schéma recommandé jusqu'à ce jour

Un certain nombre de médecins généralistes interviewés **connaissent les anciennes recommandations et respectent le protocole** comme indiqué :

« C'était premier frottis à 25 ans, puis un an après. S'ils sont normaux, tous les 3 ans ; s'il y a des anomalies notamment HPV (parce que maintenant ça se faisait quand même de plus en plus), et si HPV positif, colposcopie. Et ça jusqu'à 65 ans. » (E.10)

« Donc c'est à partir de 25 ans. Euh...alors la première fois qu'on le fait, il me semble qu'il faut faire 2 frottis à un an d'intervalle et après si tout va bien, tu peux espacer à tous les 3 ans jusqu'à je dirais 64 ou 65 ans. » (E.1)

Afin de ne pas manquer la date du dépistage, certains médecins **mettent en place des rappels** sur leur logiciel :

« Donc c'est pour ça que moi c'est systématique, tous les 3 ans il y a une alarme et puis on fait le dépistage. » (E.3)

Il est à noter que ces recommandations ne sont pas toujours respectées et que les frottis peuvent être démarrés plus tôt (mais aussi continués plus tard) et leur fréquence raccourcie à moins de 3 ans.

Ils sont **débutés plus tôt** que l'âge recommandé pour différentes raisons :

- Certains médecins pensent que **débuter les frottis à 25 ans est un peu trop tardif** et que l'on peut arriver trop tard sur des lésions déjà installées :

« Mais après, le premier frottis à 25 ans, je trouve ça tard... euh... je ne comprends pas pourquoi c'est fait si tard. Parce que j'ai l'impression que plus on le fait tard et plus après ça va s'échapper ! Alors que si on le faisait par exemple à 20 ans, je pense que ça serait beaucoup plus judicieux parce que les rapports, elles ne les ont pas à 25 ans hein ?! Faut pas rêver ! » (E.4)

- Il existe un **lien entre le début de l'activité sexuelle chez la jeune fille et le frottis** pour d'autres médecins, qui jugent utile de débiter les frottis dès les premiers rapports :

« Alors je dirais... toute femme en période d'activité génitale doit avoir un frottis, tous les deux ans, euh sauf plus rapproché s'il y a quelque chose, et jusqu'à l'âge de... 65-70 ! » (E.17)

« Beh c'était premier frottis à partir de 23 ans si je me souviens bien, c'était proposé à partir de 23 ans mais ça dépendait aussi de l'âge euh des premiers rapports ! C'était à l'appréciation du gynéco, si la patiente avait des rapports relativement jeune, il pouvait commencer avant mais sinon c'était conseillé deux à trois ans après l'âge des premiers rapports il me semble (...). » (E.19)

- Si les **frottis ont été débutés avant l'âge requis**, il est nécessaire de poursuivre la surveillance :

« (...) Ou alors celles qui ont déjà eu un frottis avant 25 ans et pour qui on continue le suivi tous les 2 ans ou à un an la première fois puis après tous les 3 ans quoi ! Donc ça m'arrive d'en faire un peu avant (...). » (E.4)

Ils sont **réalisés de façon plus rapprochée** que ce qui est recommandé pour différents motifs :

- **Prudence marquée du médecin** avec une sensibilité personnelle forte :

« Je crois que les recommandations c'est tous les 2 ans donc je pense que je pousse euh... dans mes petites alertes, je pousse les jeunes femmes, et les femmes en général, à faire leur dépistage au moins tous les 2 ans. J'avoue que je suis souvent toujours un peu plus prudent. Notamment moi, je suis père de 4 filles et je leurs demande de faire le frottis tous les ans ! » (E.5)

- **Patiente avec une activité sexuelle importante :**

« Ça dépendait mais j'aimais bien en faire une fois par an. Je faisais mon frottis une fois par an chez des jeunes filles qui avaient une activité génitale un peu euh voilà ! (...) Il y avait des filles à qui on disait tu viens dans 2 ou 3 ans et puis il y en avait d'autres où on voyait qu'elles avaient une activité sexuelle plus importante et chez qui on était peut-être un peu plus prudent pour éviter la mauvaise surprise. » (E.2)

- **Antécédents de conisation :**

« Moi, je les fais faire tous les 3 ans systématiquement mais après chez les femmes à risque qui ont eu des HPV ou des conisations ou euh... là, souvent, je leur fais faire un examen et frottis annuels. » (E.3)

A noter que souvent, les **femmes ménopausées sont perdues de vue** et ne rentrent plus dans ce schéma de dépistage individuel :

« (...) Et par contre moi, les patientes que je vois au cabinet euh, en fait dès qu'elles sont ménopausées, elles arrêtent le frottis ! Donc ouais 50-55 ans, il y en a plein qui n'ont plus de frottis ! Parce qu'elles ont arrêté le suivi gynéco, et voilà et donc il n'y a plus de frottis ! » (E.19)

Connaissances des médecins sur le schéma recommandé jusqu'à ce jour

- Le schéma recommandé est respecté par une partie des praticiens avec, parfois même, la mise en place de rappels informatiques afin de ne pas manquer la date du dépistage.
- Parfois, le dépistage peut être commencé plus tôt, sur différents arguments : *peur de découvrir des lésions avancées si l'on commence le dépistage à 25 ans, début des frottis souvent associé au début de la vie sexuelle, reprise des frottis si déjà débutés par un de leurs confrères.*
- Parfois, le rythme du dépistage n'est pas respecté et réduit à moins de 3 ans si : *la prudence du médecin est importante (notamment sur une histoire personnelle), la patiente a une activité sexuelle importante ou des antécédents de conisation.*
- Plusieurs médecins rapportent des difficultés à inclure les patientes ménopausées, qui ne se sentent plus concernées par ce dépistage.

3.3.2. Pratique du frottis au cabinet par les médecins interrogés

Cette pratique du frottis au cabinet de médecine générale a soulevé plusieurs intérêts mais aussi des obstacles.

En ce qui concerne les **points positifs** rapportés par les médecins interrogés :

- Réel intérêt à les faire car ils permettent de **prendre en charge les lésions précocement** :

« (...) Ce que j'ai remarqué depuis que je fais de la gynéco, c'est qu'il y a énormément d'HPV sur les frottis, beaucoup de LSIL, beaucoup d'ASC-US. Euh... donc voilà, il y a quand même beaucoup de choses à faire ! » (E.10)

- Permet d'**inclure dans la boucle du dépistage des femmes qui refusent d'aller voir un gynécologue** :

« Alors j'en fais pour les patientes qui sont totalement réfractaires à aller chez le gynéco, qui n'ont pas envie de se déplacer parce qu'elles trouvent que c'est trop loin ou qui n'ont plus envie d'avoir de suivi gynéco. Donc oui je le fais pour les dépanner car je préfère qu'elles aient ça plutôt que rien quoi (...). » (E.19)

- **Possibilité d'envoyer les patientes au laboratoire**, pour les médecins qui ne pratiquent pas le frottis ou si les patientes refusent l'examen par le médecin traitant, ce qui est une **bonne alternative** :

« A côté de ça, éventuellement, il y a certains laboratoires qui le font, donc entre moi le faire ou aller au labo, elles préfèrent aller au labo (sourit, l'air gêné) ! » (E.12)

Mais plusieurs **obstacles** ont été soulevés :

- **Manque de pratique et d'intérêt** en général :

« (...) ça ne m'attire pas tellement, et je trouve aussi qu'on ne me demande pas trop. Y'a deux patientes à qui je continue de faire les frottis, mais c'est des patientes qui ont passé la soixantaine, que j'ai suivi et à qui j'ai fait des frottis régulièrement, mais des jeunes, je n'en fais pas. Honnêtement, je n'ai pas envie là (...) Et donc ouais non mais je pense que là, même si y'a une patiente qui me demandait, je crois que je lui dirais : « vas voir quelqu'un qui ne fait que ça » ! Plutôt que de m'emmerder, parce que ouais moins tu pratiques, moins tu es à l'aise, donc techniquement je ne serais pas à l'aise, j'aurais peur de faire mal tu vois, si c'est pour que la patiente passe un sale quart d'heure... bof ! Je préfère qu'on se quitte bons amis (rit, gêné). » (E.14)

- **Difficultés organisationnelles** à faire rentrer les consultations avec frottis dans le planning :

« Pour faire des demi-heures de gynéco, bah moi, je me les limite sur ma journée. Moi je n'en fais pas plus de, officiellement 3-4 max de gynéco, mais après officieusement, il y en a plein qui prennent une consultation de médecine générale et c'est finalement de la gynéco. Mais où je me bloque vraiment une demi-heure dans la journée, j'en ai 3-4. Et c'est des demi-heures qui se terminent en quart d'heure parce que derrière, j'ai toute la med gé à gérer ! » (E.10)

- **Intimité de la relation** marquée essentiellement avec les médecins généralistes de sexe masculin :

« J'avoue que c'est quand même assez rare en fait, dans le sens où pour moi, en tant que jeune médecin, une bonne partie de ma patientèle préfère voir une femme pour le faire. » (E.12)

« Les jeunes femmes n'étant plus habituées à ce que ce soit un généraliste qui s'occupe de leur organe génital, nous avons beaucoup de mal, beaucoup de mal... On arrive à en parler notamment chez les jeunes quand les mères nous les amènent mais faire des touchers ou examens gynécocos c'est pratiquement impossible. Elles acceptent plus volontiers d'aller au laboratoire les faire plutôt que de nous en faire. (...) Moi, je vous l'avoue honnêtement, les jeunes filles, on ne peut même pas regarder des hémorroïdes ou quoi que ce soit. N'essayez même pas. Il y a une espèce d'attitude pudique... Je ne sais pas comment la qualifier mais voilà.

Moi je vous dis ce que je rencontre en tant que vieux médecin à la campagne en milieu rural. »
(E.2)

- Au final **peu de demandes des patientes** :

« (...) Je pense que mon dernier frottis ça remonte quand j'étais interne tu vois où j'en faisais, mais non on n'en fait pas parce que je pense qu'il n'y a pas de demande, je n'ai jamais vraiment eu de demande dans ce sens. » (E.15)

- **Manque de rentabilité** :

« (...) J'ai été formé pour les faire parce que j'ai été interne en gynéco mais je ne les fais pas parce que ce n'est pas rentable. » (E.3)

Pratique du frottis au cabinet par les médecins interrogés

Les principaux points positifs sont les suivants :

- **C'est un bon moyen pour dépister les lésions précocement.**
- **Il permet d'inclure dans la boucle du dépistage, des femmes qui refusent d'aller voir un gynécologue.**
- **Il est possible d'envoyer les patientes au laboratoire, pour ceux qui ne pratiquent pas le frottis ou si les patientes refusent l'examen par le médecin traitant.**

Les principaux points négatifs sont les suivants :

- **Un manque de pratique pour le geste et d'intérêt pour la gynécologie en général.**
- **Les difficultés organisationnelles que cela peut engendrer, c'est-à-dire intégrer les consultations avec frottis dans leur planning.**
- **Une atteinte à l'intimité des patientes et parfois même à la relation médecin-patiente, essentiellement ressentie par les médecins généralistes de sexe masculin.**
- **Le peu de demandes des patientes n'encourageant pas toujours les médecins à pratiquer le frottis ou à entretenir leur pratique.**
- **Le manque de rentabilité.**

3.3.3. Limites du dépistage individuel relevées au cours des entretiens

Ce dépistage individuel présente plusieurs limites dont certaines que l'on retrouvera également dans le dépistage organisé. En voici les principales :

3.3.3.1. Protocole non respecté

Il existe une réelle différence dans la prise en charge des patientes, avec un **dépistage qui s'effectue de façon très hétérogène** :

- Beaucoup de patientes sont **sur-dépistées** :

« (...) Il y a des femmes qui sont sur-dépistées. Vraiment quand j'en récupère pour la gynéco, j'ai trouvé des filles des fois même tous les 6 mois, elles avaient des frottis ! » (E.10)

« (...) Il y a certaines femmes, le problème c'est que c'est beaucoup trop fréquent, c'est pas les recommandations des 3 ans, des machins trucs, très souvent c'est pas ça, des fois c'est tous les ans y'en a pendant toute leur vie, elles ont eu des frottis tous les ans. » (E.15)

Cela s'expliquerait par **un suivi et un dépistage plus régulier demandé par un gynécologue médical** :

« Et euh, donc après, on voit que dans la pratique, les femmes suivies par gynéco le font beaucoup plus régulièrement quoi, annuel quoi, donc bon. Je dirais que bon, pourquoi pas, mais si quelqu'un vient me voir en disant « oui, je suis en retard j'ai fait mon frottis il y a deux ans » je vais lui répondre « beh non, c'est bon, ne vous inquiétez pas, on a quand même un petit peu de temps, c'est pas très grave ! » » (E.12)

Une autre explication à ce sur-dépistage est donnée pour les patientes ayant une **activité sexuelle importante** :

« Ça dépendait mais j'aimais bien en faire une fois par an. Je faisais mon frottis une fois par an chez des jeunes filles qui avaient une activité génitale un peu euh voilà ! » (E.2)

Certains médecins évoquent la **difficulté qu'ils ont à faire comprendre aux patientes qu'elles ne font plus partie du dépistage ou qu'il est trop tôt pour renouveler le frottis** et qui, par conséquent, réalisent le frottis alors que ce n'est pas indiqué :

« Moi ça m'est arrivé de pas pouvoir dire à une patiente qui avait plus de 65 ans « ça sert à rien de continuer à le faire » alors qu'elle me disait « je dois prendre rendez-vous avec vous pour refaire le frottis ? » donc je me suis écrasé et je l'ai fait (géné). » (E.14)

Certains médecins généralistes accentueraient le suivi à la **période de la ménopause** :

« *Après, ça dépend de leur âge. Mais je demande aux patientes après la ménopause de faire un dépistage par frottis tous les 18 mois.* » (E.7)

- Beaucoup de patientes sont **sous-dépistées** :

« *Déjà, si elles en font un tous les 10 ans, c'est bien (rit). Je pense que c'est la moyenne, mais pas tous les deux ans, ça c'est sûr.* » (E.13)

Notamment la **période qui suit l'accouchement** est un moment de leur vie où les femmes ne pensent plus à elles en priorité :

« (...) *Il y a toujours des cas un peu extrêmes de femmes qui accouchent et on s'aperçoit que 5 ou 6 ans après, elles n'ont toujours pas revu de gynéco ou les problèmes de contraception, de prise en charge...* » (E.5)

Limite du dépistage individuel : protocole non respecté

- **Ce dépistage est réalisé de façon très hétérogène avec des patientes sur-dépistées ou au contraire, des patientes sous-dépistées.**
- **Le sur-dépistage s'expliquerait par *une demande plus fréquente de la part des spécialistes, l'activité sexuelle importante de certaines patientes ou encore une difficulté des médecins à « dire non » à la demande d'autres patientes.***
- **Le sous-dépistage résulterait de *patientes ne se sentant pas concernées ou se trouvant dans certaines périodes de leur vie où leur santé n'est plus une priorité.***

3.3.3.2. Taux de couverture faible

Au niveau national, le taux de participation n'atteint pas les objectifs fixés par la HAS.

Cette notion de **taux insuffisant de participation** est retrouvée dans plusieurs entretiens :

« *C'est possible que ça soit insuffisant ! En tout cas, vu comment moi je gère mes patientes ouais... c'est sûr que c'est insuffisant !* » (E.14)

« *Globalement souvent justement, lorsque justement je fais ces premières consultations, je me rends compte qu'elles ne sont pas à jour depuis longtemps quand même. Franchement je dirais*

bien... peut-être que j'exagère un peu mais je dirais bien que la moitié des patientes ne sont pas à jour quoi... beaucoup moins que pour les autres dépistages. » (E.1)

Il reste **insuffisant malgré de nombreuses relances** de la part des médecins :

« Je ne suis pas trop regardant sur mon activité à ce niveau-là mais, un tiers quand même je pense à jour parce que je les relance quand même beaucoup. » (E.8)

« A vue d'œil, je dois être à 30% et j'ai l'impression pourtant d'être très vigilante là-dessus et de leur poser tout le temps la question et tout ça ! Mais euh, ça ne doit pas être énorme ! » (E.20)

Une fois de plus, il est rapporté que les **femmes ménopausées se sentent moins concernées** par ce dépistage :

« (...) Il y a toute la tranche 50 euh, parce que il y a des dames qui me disent « depuis la naissance du dernier je n'ai jamais vu de gynéco » (rit) ! (...). » (E.18)

« (...) C'est vraiment les patientes ménopausées qui, elles, ne sont plus du tout à jour... moi je perds vraiment en pourcentage sur cette tranche d'âge-là ! Ah ouais ! Parce qu'elles ne veulent plus voir le gynécologue, parce qu'elles ont décrété qu'à la ménopause elles n'en avaient plus besoin ! Donc voilà la mammo elles font mais le frottis, elles ne font plus ! » (E.19)

Pour certains, ce taux insuffisant de participation s'explique par le fait que nous ne sommes **pas assez investis dans la prévention en France** :

« Je trouve qu'en France, on n'est pas assez dans la prévention. » (E.10)

« Ça fait un moment que ça aurait pu être un dépistage dans un mode santé publique ouais, parce qu'aujourd'hui, ça ne l'est pas et je pense que ça aurait dû l'être depuis un petit moment. On est mauvais en France, comme un peu pour tout, notamment sur le dépistage, où l'on n'est pas très bon. » (E.11)

Enfin, d'autres médecins expliquent que les **objectifs fixés par la sécurité sociale afin de toucher l'argent de la ROSP sont assez bas et n'encourageraient pas les médecins à faire mieux** :

« Je suis à 58,4% et l'objectif sécu qu'ils nous donnent pour avoir des sous, entre guillemets, en gros à partir de 50% c'est bien, enfin c'est passable on va dire, on a un premier budget. Et ensuite, il faudrait dépasser les 60 %, ça reste assez bas. Donc, je suis un poil au-dessus de la moyenne des gens d'ici je pense. » (E.11)

Limite du dépistage individuel : taux de couverture faible

- **Le taux de couverture reste insuffisant en France malgré la vigilance des médecins.**
- **La ménopause est un moment clé où beaucoup de femmes sortent de ce dépistage et deviennent perdues de vue.**
- **La prévention n'est pas au cœur de la pratique en médecine générale.**
- **Un manque d'exigence de la part de la sécurité sociale concernant la rémunération sur les objectifs de dépistage (ROSP) n'inciterait pas les médecins à être plus attentifs.**

3.3.3.3. Patientes perdues de vue

Pour les médecins interrogés, le profil type de la patiente perdue de vue est la **patiente ménopausée qui ne se sent plus concernée par le cancer du col et son dépistage** :

« Après, le problème, c'est qu'une fois qu'elles sont ménopausées, si elles n'ont pas de... entre 50 et 65 ans, là, souvent, elles sont perdues de vue ! Parce que si elles n'ont pas de traitement hormonal substitutif, elles font leur mammo parce qu'elles sont appelées pour faire la mammo donc elles vont faire leur mammo. On leur dit que tout est normal et elles ne reviennent pas te voir. Donc là souvent, ces femmes-là, elles sont perdues de vue et ce n'est pas évident qu'elles aient fait des frottis régulièrement. » (E.10)

« Et par contre, moi, les patientes que je vois au cabinet euh, en fait, dès qu'elles sont ménopausées, elles arrêtent le frottis ! Donc, ouais 50-55 ans, il y en a plein qui n'ont plus de frottis ! Parce qu'elles ont arrêté le suivi gynéco, et voilà et donc il n'y a plus de frottis ! » (E.19)

Les patientes **réticentes à l'examen gynécologique** ont, elles aussi, un suivi complexe :

« Bah forcément on aura toujours des gens qui ne voudront pas le faire hein, des perdues de vue quoi ! » (E.12)

« Pour ce qui concerne le frottis, elles sont un peu réticentes, oui, y'en a... parce qu'elles n'ont plus de suivi gynéco, peut-être, euh, parce qu'elles ont abandonné tout suivi... » (E.17)

Le **manque de gynécologues médicaux** entraînant des **délais de rendez-vous importants** favoriserait également la perte de suivi :

« Parce que je ne parle pas trop des gynécos parce que les gynécos en fait, c'est impossible de les avoir. Ici loco-régionalement, c'est un an de délai, donc c'est difficile de proposer un

dépistage à quelqu'un, sachant que dans un an et beh ils se le chient. Moi, par exemple, je ne sais pas ce que je vais faire dans un an (...). » (E.3)

Limite du dépistage individuel : patientes perdues de vue

- **La ménopause est une période de la vie des femmes où elles ne se sentent plus concernées par le cancer du col de l'utérus et donc n'adhèrent plus à son dépistage.**
- **Les femmes les plus réticentes à l'examen gynécologique sortiront très rapidement du dépistage (si elles l'ont commencé un jour).**
- **Le délai important pour l'obtention d'une consultation de gynécologie favorise la perte de suivi.**

3.3.3.4. Connaissances et sensibilité patientes-dépendantes

Dans les limites du dépistage individuel, on retrouve des éléments attribués à un défaut de participation de la part des patientes, qui peut être d'origine multiple :

- **Manque de communication** sur le sujet entraînant un **défaut d'information** des femmes :

« Je pense que c'est mal géré en termes de communication, clairement, et même s'il y a octobre rose, même si tout ça, mais on ne parle pas beaucoup du cancer du col... on parle beaucoup du cancer du sein et je pense que c'est toujours un sujet un peu tabou. Autant le sein c'est vrai que ça se démocratise, le col de l'utérus c'est beaucoup plus intime et du coup, c'est très compliqué à aborder. » (E.15)

« De toute façon, le cancer du col de l'utérus euh, elles ne savent pas du tout de quoi on parle en fait en général. Parce que c'est très flou en fait, qu'est-ce que c'est le col de l'utérus euh, c'est quand même euh (rit), non mais je fais des schémas moi, moi quand je leur explique pourquoi on le fait et où est-ce que ça se situe, et puis qu'est-ce qu'on fait comme geste ! Et qu'est-ce que ça représente quoi ! J'essaie de faire des schémas oui parce que des fois c'est un flou hein, vraiment, même chez la jeune fille, je fais des schémas des fois parce que euh, c'est un grand flou quand même ! » (E.18)

- Difficulté de s'y retrouver car les **protocoles sont compliqués avec des changements réguliers** des recommandations :

« Bon après c'est un peu compliqué, elles changent tous les 4 matins les recommandations, donc euh, c'est vrai que les gens... déjà nous, on en perd notre latin donc euh... les gens ça doit être un peu pareil ! » (E.10)

- **Un manque d'intérêt pour leur suivi ou leur pathologie** avec des femmes qui ne comprennent pas toujours les examens réalisés et leurs conséquences :

« Parce que les patientes, laisse tomber, elles ne savent jamais où elles en sont. Elles ne comprennent pas quand on leur demande si leur frottis est normal, elles nous disent « oui, oui » et puis après, au cours de la consultation, tu apprends qu'en fait, il y a eu de l'HPV avec colposcopie et que voilà ! Donc déjà, il ne faut pas faire confiance, je pense, aux patientes dans les résultats des frottis qui n'ont pas été faits par toi. » (E.10)

« Souvent, on part à la pêche avec les laboratoires, savoir si ça a été fait, si ça n'a pas été fait, elles ne sont pas capables de savoir si c'était un prélèvement bactérien ou un frottis. » (E.20)

- **Pas de rappel au domicile** avec le dépistage individuel donc manque d'information ou de sensibilisation au dépistage si le médecin généraliste ne le fait pas de lui-même :

« Déjà quand c'est organisé, y'a un peu de mal quand même, donc en individuel, s'il faut qu'elles viennent, c'est plus compliqué. » (E.13)

« Quand ils sont sollicités déjà à la maison comment il s'est peu produit d'effet, alors quand ils ne sont pas sollicités du tout... ça ne vient pas à l'idée des dames ! » (E.18)

- **Disparité selon le milieu de vie**, avec des femmes moins sensibilisées en milieu rural :

« Après je pense qu'en ville c'est peut-être plus facile. (...) Elles sont peut-être plus, euh, plus habituées, ou... plus euh... je ne sais pas moi, par les magazines féminins ou les trucs comme ça, plus orientées là-dessus. Ici en rural, elles sont moins... elles y vont moins facilement ici que peut-être ailleurs. Ce n'est peut-être pas la même mentalité. » (E.13)

« J'essaye de leur expliquer mais pff, voilà quoi ! Vraiment tu vois la dame en milieu rural, qui a bossé toute sa vie, agricultrice, et qui a plus du tout envie de faire ça quoi ! » (E.19)

- **Certains moments de vie sont moins propices au suivi** comme le début de la vie sexuelle, la période du post partum ou encore la ménopause comme dit plus haut :

« Surtout dans une patientèle où finalement ils consultent moins le médecin. Je vois les jeunes femmes ont toujours tendance à nous demander la pilule en sortant du cabinet : « Ah j'ai oublié de me faire renouveler la prescription de pilule et je n'ai pas de rendez-vous avec ma gynéco... » (...). » (E.5)

« (...) Il y a toute une période de leur vie où elles vont consulter pour leurs enfants, elles vont consulter quand elles ont un souci mais elles ne vont pas beaucoup faire de la prévention parce qu'elles vont bien et qu'elles ne sont pas malades et que du coup, c'était difficile de leur y faire penser ou de trouver le bon moment. » (E.9)

« (...) Je leur pose la question (...) « Vous voyez toujours la gynéco ? » « Beh non, j'ai plus besoin je suis ménopausée » « Et le frottis ? » « Ah beh non, je fais plus ! » Voilà ! Et ça c'est le gros problème je trouve ! » (E.19)

- **Sensibilité plus marquée** pour la pathologie lorsque les patientes ont été touchées par une **histoire personnelle ou celle d'un proche** :

« *Les seules familles sensibilisées sont celles où il y a eu des cas... voilà. Elles, elles sont à fond sensibilisées, elles connaissent, enfin y'a aucun problème, elles en parlent ! Les autres... pff ça n'existe pas quoi.* » (E.15)

- **Réticence à l'examen gynécologique** qui touche à l'intimité de la femme :

« (...) *Ça nécessite d'aller faire la démarche, d'aller chez le gynéco ou chez le médecin généraliste qui le fait, donc d'en parler et il y a quand même un frein à ça ouais ! Même si la CPAM envoie des courriers pour relancer tout ça, je trouve qu'il y a quand même ce frein d'aller chez le gynécologue quoi ! Qui peut bloquer certaines filles !* » (E.19)

Examen gynécologique **d'autant plus difficile à accepter lorsqu'il doit être réalisé par un médecin qu'elles ne connaissent pas** :

« (...) *Moi je leur dis « et bien si ça vous arrange, moi je peux faire le frottis et tout ça, on va le faire ! » et elles sont ravies quoi ! Parce qu'elles n'ont pas à refaire connaissance avec un autre euh, praticien qu'elles ne connaissent pas, et puis il y a beaucoup de pudeur, et donc il y en a beaucoup qui sont rassurées que leur médecin le fasse, mais vraiment, il y en a très peu qui le savent hein que leur médecin traitant peut faire des frottis. Après, il y en a peut-être qui s'impliquent moins pour les faire mais... mais y'en a vraiment très peu qui savent.* » (E.18)

Cette réticence à l'examen gynécologique est un **problème générationnel, beaucoup plus marqué de nos jours** :

« *Elles ont une vie sexuelle importante et tournante, sans être péjoratif, et à côté de ça, elles ne veulent pas se faire examiner ! Alors qu'avant les femmes étaient plutôt prudes et si vous voulez, l'examen était facile. Je pense que c'est quelque chose qui nous dépasse tout ça ! C'est un changement de société. Un système sociétal différent ! Les paramètres de reconnaissance vis-à-vis de nous sont différents (...).* » (E.7)

Limite du dépistage individuel : connaissances et sensibilité patientes-dépendantes

- Il existe un réel défaut d'information et un manque de connaissances des patientes sur le sujet.
- Les protocoles seraient trop compliqués et changeraient trop régulièrement pour que les patientes s'y retrouvent.
- On note un manque d'intérêt des patientes pour leur suivi gynécologique ; ces dernières ne se sentant pas toujours très concernées.
- L'absence de rappel au domicile fait du médecin généraliste le principal informateur.
- Il existe une disparité importante de suivi selon le milieu de vie des patientes, avec une sensibilité moins marquée en milieu rural.
- Leur suivi s'avère plus compliqué à certains moments de leur vie.
- La sensibilité pour ce cancer est plus importante si la patiente est marquée par une histoire personnelle ou celle d'un proche.
- Leur réticence à l'examen gynécologique est d'autant plus marquée face à un nouveau médecin et pour la nouvelle génération de patientes.

3.3.3.5. Pratiques médecins-dépendantes

Toujours dans les limites du dépistage individuel, le fait est qu'il n'y a pas toujours une harmonie de pratiques et que chaque médecin a sa propre façon de faire, en fonction de son parcours professionnel ou encore de ses choix d'activité professionnelle.

En effet, proposer ce dépistage demande selon eux, plusieurs **« concessions »** :

- Nécessité de **s'y intéresser** :

« (...) Après c'est pareil, c'est toujours pareil. Si tu ne t'intéresses pas à ça, un médecin qui ne s'intéresse pas à ça, il ne va pas aller demander forcément : « mais vous en êtes où de vos frottis ? La ménopause vous avez été traitée, pas traitée ? » » (E.10)

- Nécessité d'une **formation, sur le geste du frottis en lui-même** (côté pratique) ou **sur les prises en charge** (côté théorique) :

« (...) Ce qui m'a freinée par rapport à tout ça, c'est que je n'ai pas eu la chance de passer en stage en gynécologie, donc je ne me sens pas légitime de faire des gestes comme ça. Je pense que peut-être dans un futur plus ou moins proche, je ferai le DU ou des formations mais là, je

ne me sens pas du tout légitime pour le faire parce que c'est un examen quand même invasif et je ne voudrais pas braquer les patientes à mal m'y prendre par manque d'expérience. » (E.1)

« Après, il faut quand même être à jour des connaissances, ce n'est pas forcément évident ! » (E.10)

- Nécessité d'**avoir du temps**, ou du moins de le prendre :

« La présence des gynécos locaux aidant, et puis vu le temps nécessaire que ça demandait pour faire de la gynéco, j'ai abandonné petit à petit la pratique, donc ça fait presque 20 ans que je ne fais plus de frottis (...). » (E.5)

« (...) Quand on leur dit « mais vous n'avez pas fait le frottis ? Mais qu'est-ce que c'est ?! » et qu'elles répondent « Ah non, moi je n'en ferai pas, parce que maintenant je n'ai plus envie d'en faire » et quand on n'a pas le temps en plus, on ne va pas y mettre un quart d'heure pour resolliciter, pour expliquer le pourquoi du machin (...). » (E.18)

Avec une **prévention ou promotion au dépistage qui ne sont pas au premier plan**, essentiellement en raison de ce **manque de temps** :

« Je trouve qu'en France, on n'est pas assez dans la prévention. Mais bon après, ce n'est pas facile d'être dans la prévention quand on a la tête sous l'eau. (Rires). Ça prend du temps en fait ! C'est des consultations qui prennent du temps ! » (E.10)

« Quand je fais des consults par exemple plus axées gynéco, voilà, je regarde l'âge et si elles ont fait leur dernière mammo tout ça. Mais après, de manière générale, lors d'une consultation classique, la prévention n'est pas quand même au premier plan chez moi. Je le zappe alors que je fais de la gynéco. (...) Je ne le propose pas trop systématiquement. Quand c'est sur une consultation plus générale, pour un bilan ouais on en parle, mais si y'a d'autres demandes autour, ça passe facilement à l'as. » (E.11)

- Nécessité d'une **organisation** notamment avec des **rappels**, afin de ne pas rater les frottis tous les 3 ans :

« Tous les 3 ans c'est bien, mais le problème, c'est qu'il faut quand même que nous, on ait un rappel, qu'on soit bien organisé dans le logiciel pour ne pas se planter dans les rappels, etc... » (E.10)

Ou bien, en prévoyant des **consultations dédiées** à la gynécologie, afin de pouvoir aborder d'autres éléments dont on ne parlerait pas en dehors de cette consultation :

« J'ai dit à la dame « eh beh revenez la prochaine fois, on reprend un rendez-vous spécifiquement pour ça, pour le frottis ! » parce que, ça aussi, je leur explique aux dames, parce que souvent, elles prennent un rendez-vous, on parle de l'hypertension, du machin truc, je leur dis « non, non, c'est quand même un temps dédié à la consultation gynéco donc c'est différent » ! » (E.18)

« (...) Ça permet aussi de proposer, au moment justement où on parle des frottis de dépistage, de proposer des dépistages de MST etc... Pour les contraceptions, ça permet à ce moment-là d'évoquer d'autres choses. » (E.1)

Cependant certains médecins y trouvent un **réel intérêt**, puisque pratiquer le dépistage par frottis au cabinet **permet de rendre service à leurs patientes** :

« Je trouvais que notamment le fait d'en faire au cabinet, ça simplifiait les choses ! C'est-à-dire que nous on aborde le sujet, on peut leur proposer de le faire ici, et du coup ça leur évite de prendre le rendez-vous chez le gynécologue et voilà ! » (E.20)

« Je pense, dans ma patientèle, je pense qu'il y en a une majorité qui doit être à jour puisque, comme je le fais, c'est vrai que ça, ça les pousse. Quand je vois des patientes juste dont je suis le médecin traitant, le fait que je fasse les frottis, le suivi, ben déjà j'en parle et ensuite elles disent « ah ben oui, on prendra rendez-vous pour ça », ça facilite parce qu'on se connaît, voilà ! » (E.6)

« (...) C'est quand même plus simple de prendre un rendez-vous ici et puis elles sont là donc on regarde le dernier frottis, il date de quand, il a été fait là donc : « bah écoutez, je vous donne un rendez-vous directement ». (...) Mais du coup, il y en a quand même qui viennent et donc on en rattrape quelques-unes que l'on remet dans le dépistage. » (E.9)

A noter que l'on peut être **bon dépisteur sans pratiquer la gynécologie**, mais il faut trouver ses solutions (confrères à qui adresser, laboratoire) :

« Euh je l'ai vu l'année dernière sur ma ROSP, puisqu'on est jugé là-dessus. Euh ... Je ne veux pas dire de bêtises mais j'étais entre 67 et 74% et j'ai touché des sous là-dessus. Ouais j'ai touché des sous ! Donc oui c'est un fort pourcentage ! (...) Oui parce que je l'ai délégué à mes anciennes internes qui ont un DIU de gynécologie. Elles sont 3 donc je leur envoie et de temps en temps au labo. » (E.3)

Mais plusieurs **problématiques communes** reviennent dans différents entretiens :

- Difficulté de **mélanger la gynécologie à la médecine générale** :

« Et c'est des demi-heures qui se terminent en quart d'heure parce que derrière, j'ai toute la med gé à gérer ! C'est ça qui est compliqué ! Mélanger la gynéco et la med gé, c'est très compliqué ! L'idéal, ça serait que tu aies une journée où tu fais que ça tu vois ? Et où tu n'es pas parasité par le reste. En sachant en plus que, quand tu fais de la gynéco et que tu es med gé, tu peux être sûre que tu vas te taper un truc en plus, genre le certificat de sport, genre j'ai mal à la gorge... enfin, tous les trucs que les gynécos n'ont pas ! (...) Ça c'est sûr qu'on est énormément parasité. C'est l'écueil... c'est le principal écueil, c'est compliqué quoi ! Après

c'est comme ça ! Il faut l'accepter. Après sinon, tu ne fais plus de médecine générale mais bon, à la base, on est quand même médecin généraliste. » (E.10)

- Faire de la gynécologie c'est **entrer dans l'intimité** des gens :

« Mais il faut aimer ça quand même parce que c'est spécial. Tu rentres vachement dans l'intimité des gens. Moi j'ai été vraiment surprise ! Les filles, elles te révèlent vraiment beaucoup, beaucoup de choses ! Donc il faut être prêt quoi ! A parler sexualité, tout ça ! Enfin il faut être à l'aise avec tout ça ! Et c'est pas donné à tout le monde ! » (E.10)

Limite du dépistage individuel : pratiques médecins-dépendantes

La pratique de ce dépistage individuel demande aux médecins :

- **De s'y intéresser.**
- **De se former sur la théorie mais aussi la pratique (et d'entretenir le tout).**
- **D'avoir le temps ou de le prendre.**
- **De s'organiser, avec mise en place de rappels et/ou de consultations dédiées.**

Les femmes trouvent un réel intérêt à la pratique de ce dépistage par les médecins généralistes.

Il est possible d'être un bon dépisteur sans forcément pratiquer la gynécologie, mais un carnet de bonnes adresses semble indispensable.

Enfin, certaines problématiques reviennent régulièrement :

- **Difficulté à mélanger la gynécologie et la médecine générale en pratique.**
- **Faire des consultations de gynécologie peut impliquer d'entrer dans l'intimité des patientes.**

3.3.3.6. Parcours de soin défaillant

Ce parcours de soin présente plusieurs faiblesses.

Du côté des **médecins généralistes**, il n'y a, selon eux, **pas de lien avec le gynécologue** qui prend en charge la patiente et ils **ne reçoivent pas de résultats** de frottis ou autres examens. Ils ne se sentent donc pas particulièrement impliqués dans la prise en charge :

« Si tu n'en parles pas ou si les patientes ne t'en parlent pas, tu ne sais pas comment ça se passe, car très souvent tu n'as pas les résultats anapath donc tu ne sais pas qu'il a été fait, donc oui ça se fait un peu en parallèle de nous. On n'est pas impliqué dedans. » (E.15)

« *Quand elles le font ailleurs, on note aussi, qui est le référent, donc après, celles-là par contre je ne... je sais qui est le référent, je le note une fois, mais après je ne retourne pas forcément leur demander « il vous a fait le frottis et vous allez le revoir ? » (...) Pas plus tard que ce matin, une patiente, pourtant j'ai dans son dossier le nom du gynécologue mais, sauf que ce n'est pas très grave, mais elle m'a dit « je n'y suis pas allée depuis trois ans et donc je n'ai pas fait de frottis depuis 5 ans. » » (E.8)*

Par la suite, cela entraîne des **difficultés à récupérer les résultats** et fait perdre beaucoup de temps, avec des patientes qui ne savent pas toujours quel examen a été réalisé :

« *Souvent, on part à la pêche avec les laboratoires, savoir si ça a été fait, si ça n'a pas été fait, elles ne sont pas capables de savoir si c'était un prélèvement bactérien ! » (E.20)*

« *Après, si ce n'est pas moi qui les suis, tu ne sais pas en fait ! Tu n'as pas le moyen de savoir... parce qu'en fait, en plus de ça, elles confondent souvent frottis et prélèvement vaginal donc bon... » (E.10)*

Ils parlent également d'une **difficulté à se renseigner sur les prises en charge** :

« *Après, il y a quelque chose de surprenant quand même, que j'avais appris au DU, c'est que quand tu avais eu un frottis avec HPV positif, colposcopie et laser ou conisation, tu faisais un frottis tous les ans à vie. Et ça j'ai l'impression que finalement, c'est pas trop ce qu'il faut faire donc pour ça par exemple, je t'avoue que je ne sais pas où me renseigner, par rapport à ça ! Moi là, je ne sais pas donc je t'avoue que je continue à faire. » (E.10)*

Concernant les **gynécologues**, il y a une diminution très importante des effectifs avec des départs en retraite qui ne sont pas remplacés, ce qui entraîne un allongement des délais pour une consultation de gynécologie :

« *Elles ne vont même pas voir le gynéco... d'abord, c'est des rendez-vous que l'on obtient avec un délai très long donc voilà. » (E.2)*

« *(...) Ils ont un rendez-vous dans le mois alors qu'avec le gynéco c'est dans 6 à 8 mois... » (E.10)*

Enfin, pour les **patientes**, il existe également un **manque d'information** car elles **ne reçoivent pas de manière systématique le résultat de leur frottis** :

« *Ah oui parce que souvent, elles ne reçoivent les résultats que si elles ont payé le labo. Parce que, vu que c'est le gynéco qui fait, elles payent le gynéco, mais elles n'ont pas payé le labo. Donc souvent, ils envoient la feuille de soin avec le truc et qu'elles recevront les résultats sous réserve de paiement. » (E.13)*

Limite du dépistage individuel : parcours de soin défaillant

D'après les médecins généralistes interrogés, il est défaillant à plusieurs niveaux :

- **Du côté des médecins généralistes : pas de réception des résultats d'examens effectués par le gynécologue. De fait, ils ne se sentent pas particulièrement impliqués dans la prise en charge des patientes dans le cadre de ce dépistage.**
- **Du côté des gynécologues : diminution de leur nombre entraînant un allongement des délais de prise en charge ; pas de communication avec le médecin généraliste.**
- **Du côté des patientes : manque d'information car ne reçoivent pas toujours leurs résultats et ne sont pas toujours capables de savoir exactement les examens réalisés et ce qu'ils ont donné.**

3.3.4. Relation entre médecins interrogés et leurs confrères dans le domaine de la gynécologie

Il est nécessaire d'avoir un **bon réseau** une fois que l'on est installé. Cela permet de :

- **Pouvoir adresser les patientes plus facilement** aux spécialistes ou aux confrères :

« Après oui pour faire du dépistage pur et dur, on a quand même des réseaux qui peuvent être efficaces (...) Donc oui, même par exemple pour nous qui sommes à la campagne, on a le luxe d'avoir un bon réseau, dont plein de sages-femmes partout et qui aiment bien faire ça, donc y'a pas d'obstacle au dépistage si ces médecins veulent être de bons dépisteurs, ils envoient à leur réseau, qu'il soit au cabinet ou dans les villages d'à côté. Ou aller au labo directement aussi. » (E.11)

- **Avoir un retour de la consultation gynécologique et des examens réalisés.** Certains médecins relatent cette **difficulté à récupérer les résultats d'examen** de leurs patientes qui ne leur sont pas envoyés de façon systématique :

« Mais voilà les quelques-uns que j'ai reçus, je suis sûr que c'est parce que les patientes ont dit « s'il vous plait, envoyez-le à mon médecin traitant » (...) Donc déjà de recevoir le résultat c'est quand même mieux, parce que si elle va chez le gynéco, on n'est pas au courant » (E.13)

- **Travailler en harmonie** pour une meilleure prise en charge globale :

« (...) Que le rôle du médecin généraliste soit un petit peu plus en harmonie avec les spécialistes qui prennent ces patientes, pour qu'on puisse travailler un petit peu de concert et leur envoyer, bien les conseiller etc... Même si ce n'est pas nous qui derrière les prenons en charge. Je trouve

ça important. Peut-être que cette épidémie va resserrer un peu le corps médical parce qu'il était distendu et ça n'a pas l'air de s'arranger pour l'instant euh... mais il y a euh... voilà ! Je crois qu'il faut rétablir un lien comme il y avait avant. Vous ne l'avez pas connu mais il y a 20-25 ans, on marchait de concert avec les différents spécialistes. On se connaissait euh... on avait des contacts et on pouvait faire beaucoup de choses alors que maintenant, on a l'impression qu'on découpe (...). » (E.2)

Le manque de gynécologues médicaux revient très souvent au cours des différents entretiens :

« Quand on a passé l'internat, on a l'impression qu'il y a de grosses promos de gynécos mais finalement on se demande bien où est-ce qu'ils passent parce qu'ici, il y a très peu de gynéco. Quand on veut adresser une patiente à un gynéco de l'hôpital il y a des délais impressionnants, c'est 8 ou 9 mois d'attente (...). » (E.1)

Cependant, il existe des **inégalités importantes selon le lieu d'exercice**, avec des zones plus déficitaires que d'autres :

« C'est vraiment intéressant parce que oui quand même y'a un gros manque d'accès aux gynécos quoi... ! Surtout chez nous ouais... ! » (E.19)

« (...) Après je crois que, le fait de bosser en rural quand il n'y a pas grand monde autour, on a quand même envie de s'occuper de nos patients, de s'en occuper complètement. Je crois que c'est comme ça qu'ils en ont fait ici euh... ils voulaient s'occuper des patients de A à Z et de pouvoir leur offrir ça aussi. » (E.9)

Cela entraîne **plusieurs conséquences** sur le suivi gynécologique des femmes :

- **Augmentation du délai pour avoir un rendez-vous chez le gynécologue :**

« (...) Je ne parle pas trop des gynécos parce que les gynécos en fait, c'est impossible de les avoir. Ici, loco-régionalement, c'est un an de délai donc c'est difficile de proposer un dépistage à quelqu'un sachant que dans un an et beh ils se le chient. Moi par exemple, je ne sais pas ce que je vais faire dans un an quoi ! (...). » (E.3)

- **Oubli du rendez-vous** car délai trop important :

« (...) On a d'autant plus de réussite d'avoir un examen si on l'a rapidement. Si on le fait trainer c'est là où ça merde. Il y a les oublis, les machins donc euh... (...). » (E.3)

La plupart des médecins ont dû **trouver des solutions** afin de pallier le manque de gynécologues médicaux :

- **Médecins généralistes avec DU de gynécologie :**

« (...) Je vois bien mes collègues, elles m'adressent toutes leur gynéco tout ça, c'est vraiment un apport ! Elles me demandent mon avis parce que... après il faut quand même être à jour des connaissances, ce n'est pas forcément évident ! » (E.10)

« (...) Dans la pratique collaborative, on a une collègue qui a le DU de suivi de la femme. Du coup, on oriente facilement nos patientes vers cette collègue pour des suivis gynécos (...). » (E.8)

- **Sages-femmes :**

« Alors après, maintenant, il y a les sages-femmes qui font les frottis aussi ! Et comme on a de plus en plus de sages-femmes libérales, il faudrait aussi s'appuyer sur elles. (...) Elles vont pouvoir aider les médecins à faire tous les frottis. Parce qu'il y en a pas mal maintenant qui vont voir une sage-femme, même alors qu'elles ne sont pas enceintes. » (E.4)

« Moi, j'adresse beaucoup vers les sages-femmes. C'est là que j'oriente le plus maintenant. Parce que les gynécos, je pense qu'on doit avoir un rendez-vous au mois de mai si on appelle maintenant... (...) Donc sages-femmes ! » (E.16)

- **Laboratoires, avec ses limites :**

« C'est à dire qu'au labo, s'il y a un gros truc au col, ils ne le verront pas. Enfin après au frottis on verra l'HPV mais... c'est mieux que rien de toute façon ! » (E.10)

Relation entre médecins interrogés et leurs confrères dans le domaine de la gynécologie

- **Importance d'avoir un bon réseau une fois installé afin de pouvoir adresser plus facilement les patientes.**
- **Importance de la communication entre le médecin traitant et le praticien effectuant le suivi gynécologique afin d'avoir un retour sur les examens effectués.**
- **Importance du travail en harmonie pour une meilleure prise en charge globale des patientes.**
- **Actuellement, le manque crucial de gynécologues médicaux, d'autant plus marqué dans certains territoires, entraîne une augmentation du délai pour avoir un rendez-vous ainsi que la probabilité de ne pas s'y présenter.**
- **Nécessité de trouver des solutions afin de pallier ce manque de gynécologues médicaux : médecins généralistes avec un DU de gynécologie, sages-femmes, laboratoires.**

3.4. Dépistages organisés déjà en place : le dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal

Avant de nous lancer dans l'analyse des attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le nouveau programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, nous pensions intéressant de comprendre quels rapports ces mêmes médecins entretenaient avec les moyens de dépistage déjà en place, pour peut-être ensuite essayer de mettre en miroir leur ressenti sur celui du cancer du col de l'utérus.

3.4.1. Ressentis et pratiques du dépistage du cancer du sein par les médecins généralistes interrogés

D'après les médecins interviewés, le dépistage du cancer du sein semble être un **moyen de prévention plutôt bien accepté** par leur patientèle :

« (...) Je pense qu'il y a plus de femmes qui vont faire les mammos depuis qu'elles reçoivent le bon à la maison, parce qu'avant bah...si elles allaient pas chez le gynéco, bah elles ne le savaient pas ! Alors que là, le fait de recevoir le bon, c'est une incitation à le faire. » (E.4)

A la lecture des entretiens, le dépistage du cancer du sein est considéré comme un **sujet essentiel à aborder** au cours d'une consultation de médecine générale :

« Alors je dirais presque euh, alors je suis un petit peu, alors je dirais, ni rigide ni scolaire mais euh, pour mon patient alors j'ai mon dossier et puis je vois à chaque fois quand est-ce que ça a été fait la dernière mammo, le dernier test, et du coup à chaque fois en tout cas, j'en touche un mot ! » (E.20)

L'abord du dépistage du cancer du sein est même comparé au suivi des pathologies chroniques les plus courantes :

« Et après systématiquement quand vous revoyez les gens, vous revenez sur les items et tout s'affiche à l'ordinateur donc je sais quand elles doivent faire la mammo ou le frottis. Et après les patientes euh ... quand elles viennent en consultation je leur dis « tient aujourd'hui on fait la révision. Est-ce que vous avez reçu l'Agideca ? » (...) Il n'y a pas une consultation où ce n'est pas évoqué quand on regarde dans l'ordinateur, quand il est bien foutu. C'est pareil pour le diabète et les maladies chroniques. C'est pam pam pam, c'est du descendant ! » (E.3)

Plusieurs explications sont apportées par les médecins pour justifier cette vigilance accrue à ce que les patientes réalisent leurs mammographies :

- Des **expériences personnelles marquantes** ont touché de près certains médecins :

« Je pense toujours à les proposer, surtout le sein, parce que malheureusement, j'ai perdu ma femme d'un cancer du sein il y a 10 ans maintenant (...) Donc, c'est quelque chose qui me touche tout particulièrement (...). » (E.2)

- Le **caractère fréquent de la pathologie cancéreuse** entre également en jeu :

« On est très sensibilisé pour le cancer du côlon quand on perd des patients de ce cancer-là, pareil pour le cancer du sein, c'est affectivement très perturbant et on a tous été confronté à ça, ce qui nous amène à être très très vigilants donc on appuie sur ces dépistages. » (E.18)

- Une **pratique régulière de la gynécologie**, le plus souvent corrélée au **sex féminin du médecin**, semble contribuer à ce que les praticiens soient d'autant plus vigilants pour ce dépistage :

« Ben, dans le cadre d'une consultation de gynécologie, la mammographie ben oui j'y pense d'autant plus. De toute façon, j'énumère déjà les antécédents de cancer donc au niveau familial, et puis à partir de 50 ans, oui je parle de la mammographie donc, puis il y a l'examen de la poitrine, donc de toute façon... mais ça, c'est quelque chose à laquelle je pense systématiquement. » (E.6)

- La **réception systématique des résultats de mammographie** positionne le médecin généraliste comme acteur du dépistage et ce dernier y serait donc plus attentif :

« (...) *C'est plus facile maintenant parce qu'ils nous les envoient par informatique, que ce soit l'hémocult mais aussi les mammos, du coup comme on les rentre dans les dossiers, on peut voir plus facilement si y'a eu mammo ou pas, et donc du coup si on n'en voit pas, ça nous permet de le dire pendant une consult lambda, pour autre chose.* » (E.13)

- Enfin, l'**âge de la patientèle** consultant pour ce dépistage (c'est-à-dire, une patientèle âgée de plus de 50 ans) semblerait faciliter le suivi, celle-ci étant amenée à consulter plus facilement et visiblement plus régulièrement qu'une patientèle plus jeune :

« *Après c'est aussi différent parce que là, c'est un âge où on les voit plus. Ils commencent à avoir des pathologies chroniques et du coup, on les voit et voilà ! Je trouve ça plus simple à partir de 50 ans que le 25-50 ans là chez la femme... c'est rare qu'elles aient des maladies chroniques et qu'elles viennent. Alors qu'à 50 ans il peut y avoir une petite hypertension qui fait qu'elles viennent tous les 3 mois enfin voilà... c'est plus simple.* » (E.9)

Malgré cela, des **limites au dépistage organisé du cancer du sein** sont observées. Les principaux freins à la participation optimale du médecin généraliste dans ce programme sont identifiés par les médecins interrogés :

- Le médecin généraliste peut **ne pas se sentir acteur principal** de ce dépistage, notamment lorsque la patiente est suivie par l'un de ses confrères dans le domaine de la gynécologie :

« (...) *Le sein, le problème, c'est que nous ça nous échappe un petit peu parce que, si on n'est pas le gynéco, on a juste le mot de l'Agideca qui dit qu'il n'y a pas d'anomalie mais on n'a pas le résultat de la mammographie. Si la femme elle t'amène pas la mammographie, en fait, tu n'as pas la lecture de la mammographie ! Donc ça t'échappe un peu !* » (E.10)

« *Et pour la mammographie, j'y pense si c'est moi qui fais le suivi gynéco euh... j'avoue que sinon, je ne pense pas forcément à leur demander si elles ont fait leur mammographie euh... via leur gynécologue.* » (E.4)

- La **décision finale de la patiente** concernant son propre suivi semble être supérieure aux efforts engagés par les médecins et à leurs souhaits de les faire adhérer au dépistage du cancer du sein :

« (...) *Déjà la mammographie, comment les personnes sont sollicitées et combien de lettres Pyradec sont mises de côté et quand on les sollicite, on les resollicite, et on voit pas venir !* » (E.18)

« *Et la mammo moi je le rabâche en permanence donc euh... bon bin pareil j'ai deux types de patientes quoi : j'ai les très à jour et les réfractaires complet ! Voilà ! Donc maintenant, c'est*

une question que je pose « est-ce que vous faites le dépistage par mammo ? » et puis voilà, je sais vite qui n'a pas envie d'en entendre parler et qui le fait ! » (E.19)

- Un **manque de temps et parfois même d'investissement** quant au fait d'aborder le dépistage du cancer du sein dans sa globalité semble également ressortir :

« Je le fais mais honnêtement, j'y accorde pas beaucoup de temps, c'est-à-dire qu'après, c'est un peu comme je le disais, quand tu crées le dossier oui tu y accordes plus de temps parce que tu poses toutes les questions. Après, quand tu en reparles, effectivement ça ne prend pas beaucoup de temps dans la consult, c'est 2-3 minutes (...). » (E.15)

- Enfin, la barrière de la **pudeur dans la relation médecin-patiente** freinerait certains médecins dans leur souhait d'une prise en charge plus complète de leurs patientes :

« Mais spontanément, moi je n'examine jamais... euh, je propose le test, mais je ne fais pas l'examen. On devrait faire les deux peut-être aussi... » (E.17)

3.4.2. Ressentis et pratiques du dépistage du cancer colo-rectal par les médecins généralistes interrogés

Le dépistage du cancer colo-rectal partage certains points communs avec le dépistage du cancer du sein.

A l'interrogatoire des médecins généralistes, le dépistage du cancer colo-rectal est lui aussi perçu comme une **stratégie de prévention secondaire plutôt bien acceptée** par la patientèle, et ce quel que soit son sexe :

« Nous, le dépistage du cancer colo-rectal, je trouve que là quand même depuis euh, moi depuis que je me suis installée, je trouve que les gens y ont adhéré vraiment ! Surtout avec les hemocults de 2^{ème} génération qui sont quand même beaucoup plus pratiques ! Ça, on en distribue à tour de bras hein ! C'est quelque chose quasi quotidiennement donc ça, je trouve que c'est très bien ! » (E.19)

Un petit bémol est toutefois souligné sur le **temps de latence** plus ou moins marqué quant à la réalisation du test à domicile :

« Non puis les gens globalement, enfin le colo-rectal c'est chiant à faire. (Rires). C'est le cas de le dire ! Mais donc bon, ils ont toujours un petit peu de retard mais quand même, ils le font ! » (E.10)

Les médecins généralistes interrogés affirment également **aborder très régulièrement le sujet du dépistage du cancer colo-rectal**, avec la particularité de se définir souvent comme **acteurs principaux** de ce dépistage, élément nouveau et absent pour le cancer du sein :

« *Parce qu'en fait déjà, on est mis à contribution pour donner le kit, l'expliquer et tout ça, donc déjà, on est acteur complet.* » (E.13)

« *Alors que le cancer du côlon comme c'est systématiquement donné par le médecin généraliste euh... on y pense peut-être un peu plus... je ne sais pas !* » (E.4)

D'autres explications justifiant et illustrant la vigilance adoptée par les médecins généralistes à l'égard du dépistage du cancer colo-rectal s'entrecoupent avec celles du cancer du sein précédemment citées :

- Le **caractère fréquent de la pathologie cancéreuse** avec des **expériences marquantes**,
- La **réception systématique des résultats du fit-test**,
- L'**âge de la patientèle** amenant à consulter plus régulièrement qu'une patientèle plus jeune.

Enfin, comme pour le dépistage du cancer du sein, des **limites à l'obtention d'un dépistage de qualité** sont pointées du doigt par les médecins. Elles peuvent être distinguées en deux grandes catégories :

- Le **caractère patient-dépendant** de la réalisation du test, certains patients n'y étant pas favorables :

« *Quand ils ont reçu le courrier en général c'est qu'ils ont compris ce que c'était, parce que souvent, ils le mettent à la poubelle, et qu'ils se posent la question de le faire ! Ou qu'ils l'ont déjà fait ! Donc effectivement, quand ils ont le papier, c'est déjà 50% qui est fait quoi ! Ah beh sinon quand je commence à leur sortir la poche bleue oulala (rit) !* » (E.20)

« *Oui, oui, moi je pose la question oui, enfin je propose. Après bon... le patient dispose (sourit) !* » (E.17)

- Le **caractère pratique-dépendante du médecin** avec pour certains, un **manque de temps voire d'intérêt** pour le dépistage du cancer colo-rectal est aussi retrouvé :

« *Ah non je ne regarde pas, ce sont les gens qui demandent. Ah ouais... clairement. Après je ne me cherche pas d'excuses hein, mais on est pris dans le truc et...* » (E.14)

« *Après, pour le dépistage du cancer colo-rectal, je me note si je leur ai donné le kit ou pas mais j'avoue que euh... spontanément, j'avoue que la consultation va être trop courte pour pouvoir penser à ça. Je ne vais pas spontanément penser à leur demander s'ils sont à jour pour ça ou pas. Ça, j'avoue que beaucoup moins que pour le cancer du sein.* » (E.1)

Dépistages organisés déjà en place : le dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal

D'après les médecins généralistes interrogés, nous pouvons retenir les principaux points suivants :

- Dépistages plutôt bien acceptés par la patientèle, quel que soit son sexe.
- Le dépistage est un sujet essentiel à aborder au cours d'une consultation de médecine générale.
- Vigilance du médecin généraliste dans la surveillance de ces dépistages influencée par ses *expériences personnelles*, le *caractère fréquent* de ces cancers, la *réception quasi systématique des résultats* (de mammographie / du fit-test) et l'*âge des patient(e)s* facilitant les rencontres et consultations régulières.
- La pratique de la gynécologie et le sexe féminin du médecin semble influencer sur l'importance accordée au dépistage du cancer du sein (> cancer colo-rectal).
- Les médecins se sentent davantage acteurs et impliqués dans le dépistage du cancer colo-rectal par le biais de la remise du kit de dépistage (VS réception simple des résultats pour le sein).
- Les limites communes retrouvées sont le caractère patient-dépendant au dépistage et le temps / l'implication fluctuante du médecin généraliste dans ce domaine.
- Pour le dépistage du cancer du sein, la pudeur dans la relation médecin-patiente a été également retenue.

3.5. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Nous allons maintenant nous intéresser au lancement du nouveau programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et à l'accueil que les médecins généralistes ont pu lui faire en pratique.

3.5.1. Limites du lancement

La première notion soulignée par les différents médecins interrogés est leur **quasi-indifférence à la réception de la lettre d'information** annonçant l'arrivée de ce nouveau programme de dépistage. Cette lettre, envoyée dans chaque cabinet dans le courant de l'été 2020, n'a pas été lue ou bien de façon incomplète :

« *J'ai pas encore lu les documents, comme souvent, ça traîne sur le bureau.* » (E.17)

« *I2 : Donc comme on en avait un peu parlé, tu as reçu un courrier cet été... est-ce que tu l'as lu ?*

M 14 : Ah ouais je pense que je l'ai lu mais... ouf, en diagonale !! » (E.14)

Cette absence d'intérêt vis-à-vis de ce premier document est justifiée de diverses manières dont voici quelques exemples :

- **Lecture trop chronophage**, qui plus est, au vu de la période actuelle (Covid-19) :

« *Après, je ne sais pas si on va recevoir des kits. J'ai pas... j'ai lu vraiment en travers. Il y a 3 pages et puis j'ai... je crois que c'est sur internet et parce que quand j'ai voulu ouvrir le fichier il y avait 9 pages et j'ai dit non ! (Rires) On se tape déjà les 56 pages de la DGAS tous les 15 jours donc... pour le COVID !* » (E.8)

- **Incompréhension** avec la notion de *rappel général sur les dépistages organisés préexistants* :

« *Non mais en vrai je l'ai vu, et je pensais que c'était pour le côlon, et j'ai vraiment pas bien regardé le contenu.* » (E.13)

Ou encore, dans le même registre, la croyance qu'il s'agissait uniquement d'un *bref rappel sur le cancer du col de l'utérus* :

« *Mais oui, trop longue !! Enfin moi je l'ai vue je me suis dit, ils nous font un rappel sur le col de l'utérus et juste pour nous dire, n'oubliez pas quand même de demander à vos patientes si elles ont fait le frottis !* » (E.16)

Un autre point souligné par les médecins est le réel **manque d'information** autour de ce dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Les médecins l'expriment de différentes façons :

- **Le manque de promotion au dépistage** semble prédominer :

« *Je n'ai pas fait gaffe, même ailleurs dans les journaux que l'on reçoit ou des choses comme ça... alors je dis pas que je les lis tous, mais ouais j'ai pas fait gaffe que ça allait sortir quoi (...) A l'époque, on avait eu des soirées, euh, je crois qu'on avait eu des trucs de formation entre guillemets, voilà comment ça marche le truc, qu'est-ce qu'on va recevoir, qu'est-ce que l'on a dans le kit, voilà ils nous avaient fait des trucs comme ça. Donc, c'est sûr que là on était plus impliqué je pense.* » (E.13)

- **L'insuffisance d'informations pratiques** a elle aussi été soulevée :

« (...) *Donc je l'ai appelé pour savoir quel matériel je devais utiliser. Parce qu'en fait je ne savais pas, pour le cancer colo-rectal, on a du matériel spécifique, je ne savais pas quel euh... eh beh elle ne savait pas quoi me dire non plus ! Donc j'étais bien avancée ! (Sourit) Et donc j'ai dit à la dame « eh beh revenez la prochaine fois, on reprend un rendez-vous spécifiquement pour ça, pour le frottis ! » » (E.18)*

- Le **caractère insuffisant du relai d'information et de références bibliographiques** sur le sujet semble lui aussi entrer en jeu et limiter l'adhésion complète de certains médecins :

« *Oui je trouve que ça va faire loin... en 5 ans si elle ne répond pas à l'invitation... donc là, dans les 5 prochaines années bien sûr que l'on va avoir une augmentation du pourcentage, mais après si ça passe à tous les 5 ans je pense qu'on va reperdre l'efficacité du dépistage ! Honnêtement ! » (E.4)*

« *Donc, en général, les femmes, elles font des gros yeux, elles sont un peu inquiètes. Je leur explique et pour l'instant, je n'ai pas eu à faire tous les 5 ans... mais... ça me fait un peu peur à moi aussi finalement de me dire qu'il y a autant de temps entre les prélèvements. Donc je ne sais pas, je reste tous les 3 ans pour l'instant. » (E.6)*

Enfin, une **incohérence dans le timing choisi** pour la promotion du dépistage organisé du CCU par rapport à celle de la vaccination contre le papillomavirus a été un élément également mis en avant :

« (...) *Je trouve ça pas très logique, de s'axer sur le dépistage à fond aujourd'hui qu'on avait déjà par le frottis et qui on sait est efficace s'il est fait à grande échelle, et de promouvoir en même temps la vaccination. J'aurais plutôt fait l'inverse, ça paraît plus logique d'avoir quelque chose d'assez fiable en dépistage primaire. On sait qu'il faut faire les deux, mais du coup, pour les médecins qui ne font pas trop de gynéco, ils vont être un peu perdus. Je trouve dommage de s'y attaquer que maintenant, alors que ça existe depuis des années. » (E.11)*

Limites du lancement du dépistage organisé du CCU

Plusieurs éléments rapportés par les médecins interrogés entrent en compte :

- **Négligence vis-à-vis du courrier informatif adressé à chaque médecin.**
- **Médecins en manque ET en demande d'informations, plus concrètes et pratiques, afin de se sentir impliqués et en confiance quant aux nouvelles modalités de dépistage.**
- **Incohérence de la stratégie du dépistage organisé versus celle menée pour la vaccination HPV en parallèle ; suspicion de confusion de la part des médecins n'étant pas à l'aise dans ce secteur d'activité.**

3.5.2. Points positifs rapportés par les médecins interrogés

A la lecture et l'analyse des divers entretiens, nous remarquons que la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus à l'échelle nationale a reçu un accueil plutôt positif de la part des médecins généralistes.

Plusieurs éléments de réponse sont intéressants à soulever :

Tout d'abord, les médecins généralistes manifestent leur approbation quant aux **nouvelles mesures pratiques** mises en place via l'organisation du dépistage :

- **La recherche du virus HPV en dépistage primaire** est considérée comme un élément nouveau et totalement justifié par les médecins généralistes :

« Ça me paraît bien ! On sait que le HPV est le facteur de risque le plus important pour le développement du cancer du col et que l'accentuation des frottis sur des cas HPV positifs c'est logique et puis que le fait de les espacer en l'absence de pathologie et en l'absence d'HPV, ça me semble bien. » (E.5)

Pour certains médecins, la recherche du HPV entraînerait même un « effet boule de neige », sensibilisant peut-être davantage l'ensemble des médecins à la vaccination HPV :

« (...) Et après peut-être se dire que s'ils ont beaucoup de frottis positifs, ça serait peut-être bien de vacciner leurs gamines contre le papillomavirus quoi ! Parce que franchement moi je me suis vraiment rendue compte de la quantité d'HPV qu'il y avait quand je me suis mise à faire les frottis ! Et si tu n'as pas les résultats, tu ne sais pas qu'il y a autant d'HPV. Et donc tu es peut-être moins sensibilisé à la vaccination des ados. Voilà, effet boule de neige ! » (E.10)

- Pour les médecins ayant reçu leurs premières patientes invitées par courrier à se mettre à jour de leur frottis, la **simplicité du protocole** a été soulignée et appréciée :

« J'ai fait mon premier frottis du dépistage organisé hier et c'est très facile, c'est très simple ! Enfin c'est très facile, le frottis c'est la même chose mais le collage des étiquettes tout ça c'est pas compliqué ! J'étais contente ! » (E.10)

- La **réception systématique des résultats de frottis par les médecins traitants** est également évoquée et interprétée comme un élément fort du programme, indispensable selon eux pour majorer leur implication et instaurer un suivi de qualité :

« Oui je pense que ça peut changer ! Ne serait-ce que tout bêtement par le fait de recevoir les résultats... même si on ne sait pas quand ils le font, mais au moins, quand tu reçois un résultat, tu vois pour les mammos c'est un peu comme ça, même si c'est pas systématique au moins on sait que c'est fait, et donc tu peux en reparler. Derrière tu en reparles, tu sais que ça a été fait à telle date, donc tu sais s'il y a une anomalie ou pas, et du coup ça t'implique quand même dans la suite voilà. » (E.15)

« C'est vrai que si c'est codifié, si elles reçoivent chacune leur lettre et que ça les incite, et en plus si nous on reçoit un retour sachant qu'elles l'ont fait ou pas, parce que souvent on part à la pêche avec les laboratoires, savoir si ça a été fait, si ça n'a pas été fait, elles ne sont pas capables de savoir si c'était un prélèvement bactérien voilà donc euh du coup euh, oui si nous on le reçoit c'est bien ! » (E.20)

Les médecins sont également tout à fait **enjoués quant à l'envoi des lettres d'invitation au domicile des patientes**. Le principal argument avancé est un **recrutement** de ces dernières très certainement plus conséquent :

« Ça va peut-être appuyer euh... voilà, le fait que les femmes reçoivent chez elles la convocation, ça va certainement plus les motiver à prendre rendez-vous et à faire les démarches. » (E.1)

La mise en route de ce dépistage est parfois même **comparée aux bénéfiques des dépistages organisés précédents**, les médecins espérant un engagement plus fort de la part des patientes par le biais de ces lettres :

« Même pour les patientes tu vois, le fait que ça soit officiel avec l'entête du courrier et les étiquettes, c'est très nominatif tu vois. Pyradec ça marche très très bien. S'ils le font pas ils reçoivent généralement une relance dans l'année qui suit, et ouais en général tu reçois un rappel, deux rappels, tu le fais à un moment. C'est différent des petits courriers informatifs. » (E.15)

« Je pense que le dépistage organisé va faire comme pour le sein ou le côlon c'est-à-dire qu'au début, ça va être un petit peu long à se mettre en place et puis, par exemple, on voit le côlon... maintenant les gens, dans la grande majorité des cas, quand ils reçoivent la lettre ils viennent

chercher la trousse pour le faire hein ! Ils viennent le faire. Pareil pour le cancer du sein, je reçois le compte-rendu et il y en a quand même beaucoup qui le passent. Et je pense que pour le cancer du col, c'est une bonne chose et que petit à petit ça va se mettre en place. » (E.2)

Enfin, toujours dans cette même idée d'une amélioration de la participation des patientes au dépistage, **toutes les tranches d'âge** semblent être concernées. Effectivement, certains médecins insistent davantage sur le fait que la patientèle la plus jeune, qui d'habitude n'aurait pas tendance à consulter car ne se considérant pas malade, serait alors davantage sensibilisée par la lettre. D'autres médecins font le même constat pour les patientes d'âge mûr, notamment en période post-ménopausique, pour lesquelles le dépistage ne paraît plus être une priorité de santé :

« J'attendais impatientement le dépistage organisé parce que je trouvais ça super dommage de ne pas restimuler les patientes par courrier parce que c'est quand même des périodes de leur vie où elles ne consultent pas forcément beaucoup pour elles donc voilà. Il y a toute une période de leur vie où elles vont consulter pour leurs enfants, elles vont consulter quand elles ont un souci, mais elles ne vont pas beaucoup faire de la prévention parce qu'elles vont bien et qu'elles ne sont pas malades et que du coup, c'était difficile de leur y faire penser ou de trouver le bon moment. » (E.9)

« Euh... et après donc, ça permet d'aller récupérer notamment celles-là mais après toutes celles qui pourraient... même voilà les plus âgées où il faut pas se dire pour celles-là, tant pis ! Je pense que l'on récupérerait beaucoup plus de patientes de toute manière. » (E.13)

Au-delà de leurs espérances quant à une participation croissante de leurs patientes dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les **médecins généralistes pensent être eux aussi davantage impliqués**. Leur contribution au dépistage est analysée sous différentes formes :

- L'organisation du dépistage permettrait d'obtenir une **discussion plus fréquente autour du sujet**, les patientes étant davantage sensibilisées par les lettres et les médecins davantage sollicités par leur patientèle. La promotion au dépistage de la part des médecins n'en serait que plus importante :

« Ça va me donner un moyen de levier supplémentaire auprès des patientes pour m'assurer que les choses sont bien faites ! Je pourrais les interroger : « vous avez bien reçu le papier ? Pourquoi vous ne l'avez pas reçu ? Qu'est-ce que vous en avez fait ? » » (E.5)

« Euh... ça va rajouter en fait euh, une petite option à notre pratique, donc on a bien intégré le Pyradec pour le sein. Je pense qu'avec le temps on intègre ça et c'est plus facile de demander à une femme « tient, vous avez fait la mammo tous les deux ans ? », le côlon ça commence à rentrer, peut-être que ça ça rentrera aussi... donc on aura une sorte de vigilance automatique si tu veux. » (E.14)

- Estimant que les patientes seront plus en demande de suivi et à fortiori de mise à jour de leur frottis, les médecins pensent à **intensifier leur pratique** si tel était le cas, ou pour les moins à l'aise, à se documenter sur les modalités de formation aux frottis :

« *Peut-être que ça me fera faire un petit peu plus de gynéco, éventuellement. Oui, je pense que j'ai baissé ma pratique par le partage du fonctionnement donc oui, ça ramènera peut-être à faire un peu plus de pratique.* » (E.8)

« *Alors oui si vraiment je devais le faire, mais du coup dans ce cas-là j'essaierai de faire un DU de gynéco, si vraiment y'avait un besoin. Si vraiment y'a la demande ça sera bien de le faire mais ce n'est pas ça qui serait un frein.* » (E.15)

- Enfin, les médecins généralistes estiment que le dépistage organisé du cancer du col doit être considéré comme un **renforcement des mesures préexistantes**, aboutissant à un programme plus efficient :

➔ **Rendre service à la population ainsi qu'à leurs confrères** : « *Je pense que c'est aussi pour rendre service à la population mais c'est comme tout, comme d'autres pratiques, que ce soit ça ou la pratique d'urgence ou la pratique de bobologie, on fait beaucoup de choses ici. D'abord, parce qu'on est organisé, parce qu'on a envie de le faire et parce qu'on sait que ça rend service à la population et aux hôpitaux.* » (E.8)

➔ **Pallier les délais de rendez-vous avec les spécialistes estimés trop longs** : « *Peut-être qu'elles vont en parler un peu plus en consultation, peut-être que ça va pousser les médecins généralistes à le faire, vu les délais de rendez-vous avec les gynécologues, je ne sais pas, peut-être...* » (E.6)

➔ **Intervenir à un stade de lésions pré-cancéreuses le plus souvent possible** serait également l'un des principaux objectifs avancés : « *Moi j'ai pu trouver ces derniers temps, je ne sais pas, une fois par an, des lésions pré-cancéreuses ou un cancer du côlon sur un dépistage positif chez des patients qui n'avaient pas de symptôme. Donc, si on part du principe de la prévention, pour moi, le cancer du col et le dépistage ça va dans le même sens !* » (E.5)

En parallèle de cette implication croissante de la part de chacun des principaux protagonistes, les médecins généralistes révèlent toutefois être soulagés par cette **mise en réseau des soins** autour du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus :

- Le courrier adressé aux patientes, appuyant sur l'importance du dépistage, prend encore là aussi tout son sens selon eux. Les médecins ont alors le **ressenti de ne plus être seuls à avoir la responsabilité de sa promotion** :

« *Mais je suis très contente que cela soit en organisé parce que moi, ça va m'enlever une certaine responsabilité vis-à-vis de ça, parce que de toute façon, de manière systématique, toutes les femmes vont le recevoir.* » (E.1)

- La **praticité des différents lieux de réalisation du frottis** et le fait d'en informer la patiente, via la lettre, est également appréciée :

« I1 : *Et est-ce que vous, par rapport à la mise en place de ce dépistage organisé du cancer du col, au fait que maintenant les femmes vont recevoir les bons et ne seront même plus obligées de passer par un médecin... (me coupe la parole)*

M4 : *Moi ça ne me gêne pas et ça va peut-être nous décharger et décharger les gynécos ! (...)
Après je pense que plus on va multiplier les lieux d'accueil pour les frottis et plus on va augmenter le dépistage donc euh... pourquoi pas ! » (E.4)*

Points positifs à l'organisation du dépistage exprimés par les médecins généralistes

- **Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été globalement bien accueilli par l'ensemble de la profession.**
- **Les médecins généralistes sont satisfaits de voir apparaître la mise en place de certaines mesures pratiques ayant pour objectifs premiers d'améliorer le suivi des patientes :**
 - **Recherche HPV en dépistage primaire,**
 - **Simplicité du protocole avec étiquettes nominatives,**
 - **Réception systématique des résultats de frottis par les médecins traitants.**
- **Les médecins généralistes pensent que l'envoi des lettres d'invitation au domicile des patientes est une mesure essentielle de ce nouveau protocole et permettrait un recrutement plus important des patientes et ce, quel que soit leur âge.**
- **Les médecins généralistes pensent devenir plus actifs dans la promotion au dépistage, sont pour certains, prêts à intensifier leurs pratiques et ainsi renforcer le suivi des patientes autour de ce dépistage.**
- **La mise en réseau des soins, par l'intervention par exemple des laboratoires pour la réalisation des frottis, leur enlève une certaine responsabilité et ils le soulignent.**

3.5.3. Obstacles persistants à la mise en place des bonnes pratiques

Au fil de nos entretiens, nous avons fait le constat que des obstacles à la mise en place du dépistage organisé au sein des cabinets médicaux existaient. Ceux-ci pouvaient se recouper entre les différentes interviews. Nous avons fait le choix de rapporter ici les 6 plus grands freins exprimés par les praticiens.

3.5.3.1. Intimité de la relation médecin-patiente

Le premier obstacle à l'instauration des bonnes pratiques que nous avons pu identifier, est celui de l'intimité de la relation entre le médecin et sa patiente. Les médecins généralistes évoquent une **pudeur majoritairement ressentie de la part de la patiente** :

« Mais je pense que s'il y a peu de dépistage, le frein ce n'est pas de la part du médecin. C'est... vous trouverez toujours un médecin qui n'en fera pas pour X ou Y raison mais je pense qu'à 90%, c'est le fait de ces jeunes femmes qui ne veulent pas. » (E.2)

Au sein de ce même obstacle, nous pouvons extraire deux grands axes :

- **Frein lié à l'examen** à proprement parler, avec pour les médecins généralistes interrogés, une impression que l'invitation au dépistage ne permettra pas de soumettre à l'examen les patientes les plus réfractaires. Ce frein peut être lié à une « simple » crainte de l'examen gynécologique mais aussi à des croyances religieuses ou des empreintes culturelles opposées à ce dernier :

« Les craintes de la patiente de l'examen gynécologique quoi ! C'est toujours ça ! Je pense que le premier frein, c'est celui-là ! C'est la peur euh, ouais d'aller chez le gynéco et la crainte des douleurs de l'examen gynécologique qui ne se passe pas bien ! Les représentations négatives autour de cet acte-là quoi ! » (E.20)

« Je pense que celles qui sont déjà de base réfractaires à la gynéco, ça je ne pense pas que le dépistage organisé change quoi que ce soit ; à la gynéco et à l'examen en règle générale, qui ont eu des soucis avant ou un blocage... pour ces patientes, je pense que l'on va pouvoir envoyer plein de courriers, ça ne changera pas. » (E.11)

On remarque également l'opinion de certains médecins quant au potentiel refus des femmes les plus réticentes de se faire examiner, également au sein des laboratoires :

« Oui, c'est le biologiste normalement donc euh... maintenant que les biologistes sont dans des grands groupes euh... ce n'est pas forcément toujours le même et comme elles ne le connaissent pas, je ne sais pas si elles vont forcément adhérer ! Ça va dépendre des femmes je pense (...) Moi je pense que toutes celles qui ont peur du spéculum, ça m'étonnerait qu'elles aillent au labo celles-ci ! Parce qu'au laboratoire, ils ne vont pas y passer une demi-heure (rires) ! » (E.4)

- **Frein lié à la relation médecin traitant-patiente** avec le ressenti des médecins généralistes interrogés que les patientes préfèrent être examinées par un autre praticien :

« Je le vois quand je leur propose, je vois très bien qu'elles sont gênées à l'idée de le faire ici ! Ça dépend vraiment des femmes et du rapport qu'on a et voilà. C'est pour ça que je les laisse complètement libres de le faire ailleurs si besoin. Mais oui ça c'est vrai que ça peut jouer ! » (E.20)

Nous remarquons que ce sont majoritairement des **médecins généralistes de sexe masculin** qui émettent des difficultés :

« Je pense qu'il y a des patientes que ça gêne que je les examine... enfin, c'est pas je le pense, je le sais. Et des fois où j'ai voulu faire un examen gynéco ou un toucher rectal simple à une patiente avec rectorragies, niet !! Ah ouais... mais pas de problème hein, je me suis incliné évidemment. Mais ouais bien sûr que ça peut être un frein, le fait que moi je sois un homme, il peut y avoir un blocage de la patiente, c'est normal. » (E.14)

On note qu'en parallèle de ces remarques, des médecins de sexe féminin ont un ressenti similaire lors de la prise en charge de patients du sexe opposé, et spontanément évoquent que la relation médecin-patient peut parfois s'avérer complexe :

« Moi, je suis très à l'aise pour proposer des frottis et tout ça, mais je ne suis pas du tout à l'aise pour suivre des patients chroniques, que je suis depuis des années et que donc je connais très bien, pour leur faire un toucher rectal dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate ! Alors je comprendrais, qu'à l'inverse, qu'il y ait peut-être des médecins hommes qui suivent des patientes qui ont une relation peut-être familiale, enfin familière, dans une situation comme ça et qu'ils soient pas à l'aise de leur proposer un frottis ! » (E.18)

Enfin, parmi les médecins généralistes interrogés, quelques-uns illustrent cette réticence de la part des patientes à ce qu'un médecin du sexe opposé intervienne dans leur suivi gynéco, par le fait d'une **féminisation de la profession** :

« Euh... avant il n'y avait pas de problème. Il y avait beaucoup plus d'hommes médecins donc les femmes venaient et ça faisait partie de notre métier. Maintenant elles ont le choix, donc elles préfèrent aller voir une femme plutôt qu'un homme, dans la grande majorité. » (E.2)

Frein : intimité de la relation médecin-patient

- **D'après les médecins généralistes, l'origine de cet obstacle provient de la patiente dans la grande majorité des cas.**
- **Frein premièrement lié à l'examen, avec toute la réticence que peuvent émettre les patientes les plus réfractaires au spéculum.**
- **Frein lié également à la proximité induite par la relation médecin traitant-patient, d'autant plus exprimé lorsque le médecin généraliste est de sexe masculin.**

3.5.3.2. Formation initiale insuffisante

Selon le médecin généraliste interrogé, son doute quant à sa légitimité d'action dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est défini sous différentes formes :

- Le premier doute est celui concernant ses **capacités techniques à réaliser un frottis**, que cela soit :

→ Par **manque de formation pratique au cours des études médicales**, même chez les plus jeunes médecins interrogés :

« Moi je ne fais pas de frottis parce que je n'ai pas eu la chance d'avoir un internat où j'ai fait de la gynéco. Je ne suis passée dans aucun stage où j'aurais pu faire de la gynéco. Je n'ai fait aucun examen gynécologique de tout mon internat. Je suis passée 6 mois en pédiatrie mais je n'ai pas eu de gynéco et pourtant pendant mon externat, je suis passée 3 fois en gynéco et donc j'adorais ça et puis je me suis dit que forcément dans ma pratique de médecine générale j'en ferai mais là du coup, ce qui m'a freiné par rapport à tout ça, c'est que je n'ai pas eu la chance de passer en stage en gynécologie, donc je ne me sens pas légitime de faire des gestes comme ça. » (E.1)

→ En raison de la **raréfaction de la pratique**, par une demande qu'ils considèrent comme plus faible :

« Moi j'en fais moins et j'en ai fait plus que j'en fais ce jour et quand tu en fais moins, tu rentres dans une routine différente, et techniquement, c'est pas que tu sais plus faire mais t'es moins à l'aise. » (E.14)

- Un second frein identifié par les médecins repose sur leurs **capacités limitées à l'interprétation des frottis** :

« Oui mais après l'interprétation, qui va s'en occuper ? Le médecin ? Mais si le médecin n'est pas formé ? » (E.10)

« Le deuxième frein c'est l'interprétation du frottis ! La connaissance d'un LSIL, d'un HSIL, d'un ASC-US... Qu'est-ce que tu fais... Voilà c'est tout ! » (E.10)

- Leur troisième et dernière crainte concerne leurs **capacités d'explication du nouveau protocole** aux patientes, afin de les faire adhérer au nouveau schéma de prise en charge :

« Il faut que nous, nous expliquions suffisamment clairement le but et le motif de ces dépistages pour qu'ils soient acceptés par les femmes parce qu'on sait tous que la nouveauté fait peur. » (E.2)

« Mais après le seul écueil sur lequel il faudra réfléchir, c'est qu'elles sont habituées à faire cet examen tous les 3 ans et là, on va leur dire finalement maintenant, c'est tous les 5 ans, donc il va y avoir une petite explication... une petite explication intelligente à leur expliquer de pourquoi maintenant il faut le faire qu'au bout de 5 ans. Parce que les gens, ils sont un peu tordus ! Ils vont dire « Ah... c'est peut-être pour faire des économies et pas parce que c'est mieux pour notre santé ». Ça fait des années qu'on leur a expliqué que c'était tous les 3 ans et

déjà, ça a été extrêmement compliqué de leur expliquer que le frottis ce n'était plus tous les ans, donc ça va être plus compliqué qu'on passe de tous les 3 ans à tous les 5 ans, donc il va bien falloir expliquer pourquoi. Donc ça va être un petit peu de travail de communication. » (E.3)

Frein : formation initiale insuffisante

- **Geste du frottis non maîtrisé, par manque de formation initiale ou de formation continue. La raréfaction de la demande / de la pratique entre en jeu.**
- **Doute des médecins généralistes sur leurs connaissances globales autour du cancer du col de l'utérus, sur leurs capacités d'interprétation du frottis et d'explication du nouveau protocole auprès de leur patientèle, rendant peut-être leur adhésion au dépistage plus fragile.**

3.5.3.3. Manque de temps et organisation inadéquate

Le manque de temps et un frein organisationnel sont deux notions qui ont été abordées au cours des entretiens.

Tout d'abord, la réalisation du frottis est un **acte qui prend du temps**. Les médecins généralistes les moins pratiquants le considèrent même comme chronophage et les plus aguerris y consacrent systématiquement une plage horaire plus importante :

« (...) Enfin c'est quand même un spéculum que l'on met, c'est quand même un examen gynéco donc on peut pas le faire en un quart d'heure et on peut pas aussi l'amener comme une prise de tension ! Donc oui, ça demande du temps, et bon effectivement ça dépend de sa patientèle, ça dépend aussi de ses journées et euh, je peux concevoir que nous, on a beh une activité complètement différente de certains cabinets qui sont sur saturés sur des consultations dans la journée... » (E.18)

Les médecins font également le constat que leur patientèle, en demande de suivi (de frottis), le formule le plus souvent au cours d'une consultation non dédiée, **consultation à motifs multiples**, ne permettant pas selon eux une prise en charge aisée, et la reprogrammation de l'acte entraîne parfois des pertues de vue :

« Vraiment, je trouve que la gynéco c'est un truc à part où on parle de la contraception, on parle des rapports, savoir si ça va, la sécheresse tout ça, et souvent en fait, elles viennent pour la gynéco + un motif médical et je ne vais pas les mettre dehors parce que euh... je vais pas leur dire « ah bah non, là c'est que gynéco ». Donc voilà. Au début, je m'étais dit, je ne ferai

que des consultations gynéco pour mes patientes, mais pff ça ne rentre pas dans un planning, je trouve ça complexe ! » (E.16)

« Si elles arrivent avec leurs 4 motifs plus celui-là, elles reviendront pour faire le frottis. Je n'aurais pas le temps de le faire là... à moins qu'elles ne viennent que pour ça, et là oui, on le fera tout de suite le frottis, ce n'est pas forcément très long non plus, mais si elles viennent en plus, comme elles font souvent avec 15 papiers différents, là il va falloir qu'elles reviennent, et oui là, si elles ne sont pas très motivées peut-être que toutes ne reviendront pas. La reprogrammation va peut-être créer un problème. » (E.11)

La programmation de consultations dédiées uniquement à la réalisation du frottis ne semble pas possible en termes de temps pour certains médecins. Pour ceux les réalisant au cabinet, l'augmentation en nombre de frottis semble là-aussi difficile à mettre en œuvre :

« (...) Enfin je ne sais pas mais, on a tellement de travail entre guillemets, les minutes elles sont tellement comptées et je pense que c'est un acte où il faut prendre du temps, et je ne suis pas sûr de vouloir le mettre en place. Pour être très honnête. » (E.14)

« II : Vous n'arrivez pas forcément à prendre le temps de faire tout ça ?

M4 : Non pas forcément ! Alors que ça fait partie des choses que l'on doit faire. Donc moi, je leur dis que si c'est pour un frottis, elles doivent me le dire pour que je mette plus de temps. Quand je n'avais pas Doctolib, je mettais 2 créneaux. Je bloquais la plage suivante sur mon agenda ! Mais euh... si on doit être amené à faire X frottis par jour, je ne vais pas pouvoir avoir cette possibilité-là ! C'est plus possible ! » (E.4)

Ce manque de disponibilité s'explique, selon certains praticiens, par **une demande croissante des patients associée à une offre de soins pas toujours adaptée** :

« C'est pareil partout et vous verrez ça surtout dans toutes les campagnes. On a un de nos médecins qui est parti, pas forcément à la retraite mais en pré-retraite (...) Il a laissé au moins 1500 personnes sur le carreau médical donc forcément, nous qui étions déjà en suractivité donc pour accueillir ça, ce n'est pas facile ! Et puis, on est moins nombreux, donc c'est compliqué (...) Mais on se heurtera de plus en plus dans nos campagnes, à partir du moment où on a un nombre de médecins qui baisse... on se heurtera de plus en plus à la difficulté qu'auront les médecins à avoir des consultations longues, que ce soit de la pédiatrie même euh... comme elle doit logiquement être bien faite, en prenant son temps, des consultations de gériatrie qui peuvent aussi prendre du temps ou des consultations de gynéco qui doivent prendre du temps ou même de la psychiatrie euh... qui doit prendre du temps ! A partir du moment où vous avez des consultations qui doivent prendre du temps et que vous n'avez pas le temps, bah vous rétrécissez ou vous ne faites plus ! » (E.5)

Pour d'autres médecins, c'est la **question financière** qui entre en jeu, expliquant le peu de temps passé par consultation :

« Automatiquement, on fait une médecine moyenne parce que, pour faire une bonne médecine, il faut du temps et si les mecs veulent gagner leurs vies correctement, il faut qu'ils fassent du nombre, qu'ils passent du patient. Ça c'est une politique que je n'ai jamais compris ! » (E.7)

Enfin, au-delà de la question pratique, le **temps semble même manquer pour aborder les questions de prévention** et les médecins en font le constat :

« Quand on voit tous les motifs de consult des patients en médecine générale parce qu'une consultation de médecine générale c'est 15 minutes donc les gens quand ils arrivent avec 4-5 demandes euh... forcément euh... on a peut-être moins de temps pour parler dépistage, vaccination, prévention alors qu'en soit, c'est censé être un de nos rôles premiers. » (E.1)

Frein : manque de temps et organisation inadéquate

- **Acte du frottis considéré comme chronophage, limitant sa pratique.**
- **Promotion au dépistage parfois même oubliée du fait d'une consultation chronométrée.**
- **Demande de suivi très souvent dissimulée au sein d'autres motifs de consultation, entraînant une prise en charge de qualité moyenne ; la programmation de consultations dédiées ne semblant toutefois que très peu réalisable, en raison d'emplois du temps considérés comme saturés.**
- **L'une des explications apportées à ce frein temporel est le déséquilibre entre demande et offre de soin, avec la nécessité de consultations de courte durée pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population.**
- **La problématique financière et la rentabilité d'une consultation ont aussi été soulevées.**

3.5.3.4. Implication et investissement des médecins fluctuants

L'implication inégale des médecins généralistes pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus peut finalement être définie comme le fait que ces derniers ne lui laissent pas toujours une place première dans leur pratique quotidienne et ce, pour de multiples raisons que l'on détaille dans chacun des obstacles que nous avons identifiés.

Ainsi, en plus des freins au dépistage abordés dans les autres paragraphes, d'autres aspects peuvent s'ajouter :

- L'impression de **ne pas se sentir compétent(e)** pour la gestion de l'ensemble des problématiques annexes au frottis :

« Après, pour les jeunes, par rapport à la pilule ou à autre chose, peut-être pas forcément, parce que voilà, il y a peut-être d'autres choses qu'elles préfèrent voir, mais voilà après si elles n'ont pas de problème, juste pour faire le frottis dans la tranche d'âge peut-être de 30 ans ou après avoir fait des grossesses et tout ça, ou elles n'ont plus d'enfants ou elles ne veulent plus rien, donc oui si on peut le faire comme ça... » (E.13)

- La **moindre affinité pour la gynécologie** en général et le fait de privilégier des consultations longues pour d'autres disciplines est une notion que l'on retrouve dans les entretiens :

« Il y a quand même beaucoup de médecins généralistes bon... il ne faut pas stigmatiser mais hommes quand même qui n'en ont rien à faire de la gynéco et qui envoient les patientes chez les gynécos pour une mycose quoi ! » (E.19)

« Moi j'adore la pédiatrie ! Je continue de vacciner et de suivre tous mes nourrissons de la naissance jusqu'au bout mais je sais que ça prend plus de temps, je prends toujours plus de temps dans mon planning mais... ici il y a 2 pédiatres plus de la PMI donc je pourrais si je ne gardais pas cet intérêt, si je n'avais pas continué cette pratique dire : « Bah moi je peux m'occuper de la pathologie aiguë mais pour le suivi je n'arrive plus à faire les choses bien comme il faut, gérer les vaccins, faire de la prévention » ... je pourrais être dans cette dynamique-là de dire que je n'ai plus le temps mais bon, je le garde ! Je l'ai abandonné sur la partie gynéco à cause de mon environnement spécialisé qui est suffisamment dense pour moi, pour pouvoir gérer ça. » (E.5)

- Enfin, des médecins généralistes **ne se considèrent pas comme acteur principal** dans le domaine de la gynécologie, notion souvent évoquée par les **médecins exerçant en milieu urbain** :

« Nous, on a quand même le privilège d'être à côté d'une clinique dans laquelle il y a une maternité, dans laquelle il y a des gynécos et maintenant on a 2 gynécos de ville alors qu'avant on n'en avait qu'un, donc forcément euh... sur un secteur comme le nôtre, je ne vois pas l'intérêt à le faire. » (E.5)

« Alors, du fait de euh, du suivi gynéco possible, en tout cas en milieu urbain, j'suis pas sûr que ça change grand-chose pour moi. Voilà. Pour le secteur rural, peut-être, sans doute (sourit). Mais chez nous, je ne suis pas sûr, voilà. » (E.12)

- Les **modalités du dépistage** sont aussi considérées par les médecins qui ne réalisent pas les frottis, comme les positionnant au second plan dans le suivi de leurs patientes :

« Cela ne passe pas par nous en fait si tu veux, donc autant on est quand même plus impliqué dans le cancer du côlon tout bêtement parce qu'on remet les kits de dépistage, en fait, la mammo des fois beh clairement on est un peu squeezé aussi parce qu'ils reçoivent leur prescription et vont directement faire les mammos, donc on voit le résultat mais on ne sait même pas à la base que les patientes ont été faire leur mammo... et le frottis c'est pareil, si tu n'en parles pas ou si les patientes ne t'en parlent pas, tu ne sais pas comment ça se passe (...) Après c'est peut-être parce qu'on n'en fait pas non plus, effectivement... » (E.15)

Frein : implication et investissement fluctuants des médecins

- **Frein lié à de multiples obstacles, propres à chaque médecin ; obstacles intriqués et décrits dans les autres paragraphes.**
- **L'impression de ne pas se sentir suffisamment compétent dans le domaine de la gynécologie, une moindre affinité pour la discipline et le fait de ne pas se considérer comme acteur premier en la matière sont d'autres raisons pour lesquelles certains médecins généralistes ne souhaitent pas s'y investir davantage.**

3.5.3.5. Frein matériel

Certains médecins ont évoqué qu'un **manque de matériel** pouvait freiner leur implication dans la réalisation de frottis, matériel concernant aussi bien l'examen gynécologique que le dispositif utilisé pour le prélèvement :

« Oui c'est vrai que là moi, j'ai une vieille table d'examen par exemple, et je vais changer mais je ne vais peut-être pas en prendre une de gynéco... » (E.13)

« Le problème alors c'est vrai que, bon c'est un faux problème mais, parfois on a du mal à s'approvisionner en milieux liquides et oui, les labos sont sympas mais c'est vrai que parfois faut les relancer plusieurs fois pour leur demander... je ne pense pas que l'on puisse les acheter nous-même, je crois que j'avais regardé et ce n'était pas simple ! » (E.20)

Frein : matériel

- **Le manque de matériel pour la pratique de la gynécologie fait défaut à certains médecins généralistes.**
- **La difficulté de réapprovisionnement en dispositifs pour la réalisation de frottis est le second point soulevé.**

3.5.3.6. Précarité du réseau

Les médecins généralistes interrogés, tout particulièrement ceux ne pratiquant pas jusqu'à ce jour le frottis, expriment une **inquiétude à propos de la faible densité de gynécologues**, confrères qu'ils estiment être d'un soutien indispensable pour la prise en charge de leurs patientes. Nous faisons le constat que tous les secteurs d'activité sont concernés, ruraux comme urbains :

« Quand on a passé l'internat, on a l'impression qu'il y a de grosses promos de gynéco mais finalement, on se demande bien où est-ce qu'ils passent parce que ici il y a très peu de gynécos. Quand on veut adresser une patiente à un gynéco de l'hôpital, il y a des délais impressionnants, c'est 8 ou 9 mois d'attente quoi donc les frottis ou les choses comme ça c'est compliqué et ça ça peut freiner des démarches de patientes. » (E.1)

Frein : précarité du réseau

- **Le manque de gynécologues est exposé comme un frein limitant une prise en charge conjointe entre médecins généralistes et spécialistes.**

3.5.4. Leviers rapportés par les médecins généralistes pour accentuer leur implication dans le dépistage organisé du CCU

A la création de notre guide d'entretien, nous avons pris le parti de faire émerger des solutions aux obstacles précédents cités. Nous avons laissé les médecins tout à fait libres de s'exprimer sur ce sujet. Nous en faisons ici le rapport.

3.5.4.1. Amélioration de la formation

Pour améliorer la formation des médecins généralistes au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, ceux qui ont été interrogés considèrent comme important d'approfondir leurs connaissances de deux façons :

- Tout d'abord, améliorer la **formation théorique** autour du cancer du col, en comprendre l'importance en termes de santé publique, ou encore connaître les grands principes du frottis et de la conduite à tenir en fonction des résultats obtenus :

« Peut-être nous sensibiliser plus au nombre de cas, enfin en santé publique, vous me demandiez tout à l'heure et c'est vrai que moi, je n'ai aucune idée du nombre de cas par an du cancer du col de l'utérus et des décès par cancer du col de l'utérus en France et tout ça... » (E.18)

« Ce qu'on pourrait faire de mieux, c'est déjà améliorer l'information, vraiment. C'est sûr qu'on est pas bien formé, et encore que moi, j'en sors il n'y a pas très très longtemps quand même. Les vieux médecins, je pense que ça leur passe bien au-dessus (...) La gynéco c'est un peu le truc un peu roue de secours si tu veux. Autant tu vois, on a des formations presque tous les ans sur les mises à jour en cardio, mises à jour pédiatrie, machin truc, la gynéco on n'a

jamais quasiment de formation dessus, sauf si c'est ton choix et que tu veux en faire (...) Que ça fasse partie des formations un peu systématiques, qu'on ait des mises à jour, des nouvelles recos etc... mais ça n'existe pas. Après tu vois, il n'y a pas de délégués qui passent par exemple, mais ça serait bien peut-être que régulièrement qu'on ait des délégués de la CPAM ou je ne sais pas mais qui passent pour te dire que bin voilà, on lance telle campagne et juste qu'ils se déplacent tu vois, qu'ils viennent au cabinet ! Voilà ça te prend un quart heure, on te dit ça, au moins t'es impliqué. Je pense que ça serait pas mal. » (E.15)

- L'amélioration de la **formation pratique** est également une demande formulée par les médecins, afin de se sentir un peu plus acteurs dans le dépistage. Les modalités de formation pourraient, selon eux, être améliorées dès le début de leur cursus, à la faculté, mais aussi par la suite, au cours de leur exercice :

« Donc je crois que c'est ça l'idée, c'est simplement de l'éducation au niveau de la fac. C'est dans ce qui va arriver pour tous les étudiants qui arrivent, de leur expliquer qu'effectivement, il faut que la médecine générale reprenne sa place un petit peu en gynécologie de base quoi ! » (E.3)

« Je pense que ça serait bien que tout le monde soit reformé au frottis surtout ! Parce qu'en fait, quand tu commences à faire ta pratique de médecine générale, que tu commences à remplacer ou que tu t'installes, si tu n'es pas intéressé par la gynéco ou que tu n'as pas fait un DU, tu sais vite ne plus faire un frottis quoi ! Donc, c'est surtout une formation au geste technique en lui-même ! Puis bien sûr, aux bases de l'examen gynécologique qui peut être important dans ce genre de dépistage, c'est surtout ça moi à mon avis ! Parce qu'en fait les médecins généralistes, ils ne font plus de frottis parce qu'ils ne savent plus les faire... ! » (E.19)

Levier : amélioration de la formation

- **L'amélioration de la formation théorique et pratique semble aller de pair afin que les médecins généralistes se sentent davantage acteurs du dépistage organisé du CCU.**

3.5.4.2. Réorganisation de la pratique

La mise en place de **consultations dédiées au dépistage** a été l'une des options de soins rapportée par les médecins généralistes. Ce format de consultations peut être prédéfini, de façon **annuelle** ou bien **hebdomadaire**, par la création de créneaux dédiés à la consultation de gynécologie :

« Il faudrait en fait qu'il y ait une consultation annuelle, que de prévention. » (E.10)

« Il faudrait que ça soit une consultation dédiée en fait ! A ça ! Euh, de manière à pas non plus perdre trop de temps à prendre en charge d'autres problèmes, plus faire le frottis. » (E.12)

L'idée de la création d'un **répertoire de médecins pratiquant la gynécologie** et donc le frottis a été émise, ce qui permettrait de faciliter la promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes non pratiquants, en s'affranchissant du frein d'un réseau de soin parfois précaire :

« Il faudrait qu'il y ait une mise en réseau parce qu'il y a quand même pas mal de médecins généralistes qui font de la gynéco. Tu vois qu'il y ait un répertoire de médecins généralistes qui font des frottis et de la gynéco médicale. Parce que finalement, quand tu cherches un gynéco, tu cherches dans gynéco, mais comment tu sais quel médecin généraliste fait de la gynéco ? Tu ne sais pas en fait ! Donc il faudrait un répertoire. Il faudrait qu'on s'organise, je ne sais pas, avec le conseil de l'ordre... parce que ton DU, tu peux le déclarer au conseil de l'ordre pour le faire reconnaître, donc il y a moyen qu'ils aient la liste de médecins qui ont le DU, donc à ce moment-là, tu as ta liste et tu as tes correspondants, comme tu les as avec les spécialistes bah voilà ! Je pense que c'est ce qu'il faut faire ! » (E.10)

En parallèle de la création d'une liste de praticiens exerçant la gynécologie, certains médecins généralistes ont le souhait d'avoir, de façon plus simple et pratique, une **liste des patientes à jour et non à jour pour le frottis**, afin d'appuyer plus facilement sur le dépistage auprès de ces dernières :

« En tant que médecin traitant, avoir un listing de patientes concernées par le dépistage, et savoir celles qui l'ont fait / pas fait. » (E.13)

Pour finir, certains médecins ne voient pas d'autre issue qu'une **réorganisation complète du système de soins** afin de réaliser une médecine de qualité et d'exercer sa médecine librement et sans contrainte. On note que ceci passerait notamment par une **augmentation du numéris clausus** :

« (...) C'est une réorganisation du système de soins tout ça. Il faut qu'il y ait des médecins en France, ouais ça c'est sûr, il faut qu'il y ait plus de médecins et pas de roumains, ouvrir les vannes à la fac, ça c'est sûr. » (E.14)

Levier : réorganisation de la pratique

Selon les médecins généralistes, la promotion ainsi que la pratique du dépistage du CCU au sein de leur cabinet pourraient être améliorées par :

- **La création de créneaux de consultations dédiées.**
- **La création d'un répertoire de médecins de proximité pratiquant la gynécologie, permettant ainsi un travail coordonné.**
- **La création, pour chacun, d'une liste de patientes à jour et non à jour du frottis, afin de repérer plus facilement les patientes en retard et ainsi réaliser une promotion du dépistage plus ciblée.**
- **Une réorganisation complète du système de soins, avec une offre de soins digne de ce nom, c'est-à-dire une augmentation du nombre de praticiens.**

3.5.4.3. Informations et suivi des résultats systématiques

Le premier point soulevé est l'**apport d'éléments d'information directement dans le courrier d'invitation adressé aux patientes**, afin de peut-être les faire adhérer au dépistage, dès la lecture de la lettre. Cela faciliterait ensuite la discussion au cabinet ou tout du moins peut-être la rendre plus construite autour d'interrogations persistantes du côté des patientes :

« Et est-ce que ce travail de communication, il ne faudrait pas l'envoyer avec les tests ? Pour bien leur expliquer pourquoi aujourd'hui, ça passe de 3 ans à 5 ans. » (E.3)

Le **travail de pair avec des internes au cabinet** (de niveau 1 ou en SASPAS) est un élément fort dans le suivi systématique des dépistages, dont celui du cancer du col de l'utérus. La prise en charge, plus complète, avec des regards multiples, permettrait de sensibiliser davantage le médecin généraliste autour du sujet en cas d'oubli :

« Ça, c'est peut-être aussi un biais avantageux, les internes, étant donné la pratique qu'ils font ici que ce soit en prat ou en SASPAS. On leur demande de prendre la globalité du patient en charge, ce qui fait que dans la consultation, on ne leur dit pas simplement de venir répondre aux attentes du patient mais aussi de vérifier également autour de ça, les dépistages, les mises à jour ou autres. Donc, du coup, ça réalimente un petit peu le dossier patient et ça permet de le tenir à jour. » (E.8)

Enfin, la **réception systématique d'un double des relances adressées aux patientes** a été l'une des solutions apportées par les médecins généralistes pour, à leur tour, mettre l'accent sur la nécessité de la réalisation du frottis :

« (...) Qu'on sache que si, au bout par exemple de la première relance, elle ne l'a toujours pas fait, qu'on ait un double ! Donc ouais peut-être pas d'emblée, mais qu'on ait la relance, parce

que si on l'a, on pourra appuyer le truc aussi ! Et essayer de voir pourquoi elle veut pas le faire. » (E.13)

Levier : informations et suivi des résultats systématiques

- **Renforcement de la promotion du dépistage par l'amélioration de l'information écrite apportée via les lettres d'invitation au domicile des patientes, permettant ainsi une adhésion plus évidente au dépistage.**
- **Accroissement de la vigilance du médecin généraliste vis-à-vis de la promotion du dépistage lorsque celui-ci travaille en compagnie d'internes au cabinet.**
- **Repérage plus facile des patientes non à jour du frottis en recevant une copie de leur lettre de relance.**

3.5.4.4. Révision de la rémunération

Le manque de reconnaissance financière, ainsi que la nécessité d'une revalorisation complète de la consultation, ont été spontanément évoqués par une partie des médecins interrogés ; manque de considération pour l'ensemble de leur pratique et d'autant plus lorsque les consultations demandent plus de temps :

« Il faut aussi rémunérer la consultation de gynécologie. Ils en feront si vous la rémunérez ! (...) Les médecins allemands, vous le savez ? sont payés, deux fois mieux payés que les médecins français. » (E.7)

L'hypothèse de l'**intégration dans le forfait ROSP** a également été l'une des solutions émises :

« M8 : Oui s'ils veulent le rémunérer de façon intelligente, ils ont qu'à le mettre dans le forfait, dans notre forfait annuel là.

II : La ROSP ?

M8 : La ROSP merci. » (E.8)

Levier : révision de la rémunération

- **Revalorisation financière globale de la consultation de gynécologie puisqu'il s'agit d'une consultation longue et engageant des frais en matériel.**
- **Souhait d'une intégration du dépistage du CCU dans le forfait ROSP pour valoriser les efforts accomplis par les médecins généralistes dans le domaine.**

3.5.4.5. Modification du matériel utilisé et/ou de la méthode de prélèvement

Le premier argument avancé pour ce thème est la mise à disposition des patientes d'un matériel permettant l'**auto-prélèvement**. En effet, selon les médecins interrogés, l'auto-prélèvement serait l'une des solutions majeures afin de s'affranchir de beaucoup d'obstacles dont celui de l'intimité de la relation médecin-patiente, mais aussi du manque de formation initiale des médecins et du frein temps.

« J'avais lu dans des articles qu'il y avait des propositions de dépistage par auto-prélèvement, qui existent a priori depuis pas mal de temps ailleurs (rit) et je pense que ça serait probablement une solution pour celles qui ne veulent pas aller voir de gynéco etc... ça permettrait de couvrir beaucoup plus largement en fait. » (E.15)

« Sur de l'auto-prélèvement on fera peut-être plus de geste et on sera dans l'explication et dans la coordination. » (E.9)

Certains médecins apprécieraient de leur côté une **simplification dans l'approvisionnement du matériel** utilisé pour la réalisation du frottis :

« Beh justement, si on avait la possibilité comme on le fait pour les streptatests, de commander du coup tout le matériel à la sécu, ça serait bien ! Ça serait plus facile que d'aller embêter les laboratoires ! » (E.20)

Levier : modification du matériel utilisé / de la méthode de prélèvement

- **Place de l'auto-prélèvement à reconsidérer dans le protocole du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : levée de nombreux freins selon les médecins, dont celui de l'intimité de la relation médecin-patiente, du manque de formation aux frottis ainsi que du frein temps.**
- **Attente d'une simplification d'approvisionnement en milieux liquides pour la réalisation des frottis.**

3.5.4.6. Accentuation de la promotion du dépistage

L'un des derniers leviers soulevés pour accentuer la participation des médecins généralistes au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus passerait enfin par toute une **modification du protocole de promotion du dépistage**. Pour cela, deux exemples ont été choisis :

- Tout d'abord, l'idée d'une **promotion à grande échelle**, auprès du grand public, semble être une condition nécessaire pour « vulgariser » la prise en charge du cancer du col utérin, et ainsi faciliter le suivi des patientes par les professionnels de santé :

« Il faudrait que ça soit beaucoup plus fait et beaucoup mieux fait en tout cas et clairement, peut-être même en dehors du dépistage hein, je pense que le problème ça serait même avant, à l'école, déjà de parler du papillomavirus, parce que clairement il n'y a absolument aucune information sur ça, de parler du vaccin, de parler du cancer, mais même euh au collège quoi,

en parlant un peu d'éducation sexuelle, quelque chose qui n'existe absolument pas ou alors une petite demi-heure et encore ! (...) Le dépistage c'est bien mais on y arrive trop tard voilà, et si on avait fait de la prévention bien avant en fait, même si le dépistage c'est de la prévention, ça aurait peut-être été mieux et on aurait gagné du temps. » (E.15)

« Il faut une grande campagne publicitaire à la télévision et tout ça hein ! Quand on aura remplacé le Covid il faudra peut-être penser à autre chose et faire une grande campagne pour que ça rentre doucement dans la tête parce que ça met toujours du temps. C'est pas la première année qu'on obtient des résultats. » (E.2)

- Côté pratique, certains médecins penseraient occuper une place plus centrale autour de la promotion du dépistage s'ils **remettaient eux-mêmes le courrier avec les étiquettes nominatives**, moment qui leur semble important et privilégié pour parler dépistage :

« Oui, il faudrait qu'on reçoive des papiers nous aussi, vous savez comme le dépistage du cancer colo-rectal. Les résultats de la dame c'est bien, mais leur dire « ah ça fait deux ans » parce que certaines, elles passent à la trappe des dépistages, quand même, leur dire « ça fait combien de temps que vous n'avez pas vu le gynéco ? Et le frottis ? Ah ça fait deux ans, et bien écoutez, tenez, je vous donne le papier pour aller faire le dépistage, et c'est gratuit ». Peut-être que ça les inciterait davantage... donc voilà comme une invitation pour le dépistage du cancer colo-rectal. Et on leur expliquerait en même temps à quoi ça sert... » (E.16)

Levier : accentuation de la promotion du dépistage

- **La promotion du dépistage du CCU à plus grande échelle faciliterait le travail des médecins généralistes et rendrait sa pratique courante et mieux acceptée par la patientèle.**
- **Le fait d'aborder la sexualité, le papillomavirus et les risques de cancer dès le plus jeune âge semble être une solution pour l'amélioration de l'adhésion des patientes au dépistage.**
- **La remise d'un courrier d'information nominatif aux patientes par les médecins généralistes est également proposée afin d'accentuer leur rôle dans le suivi de leur patientèle. Un parallèle est fait avec la remise des kits pour le cancer colo-rectal.**

Ci-après, nous avons essayé de regrouper l'ensemble de nos propos dans un schéma récapitulatif.

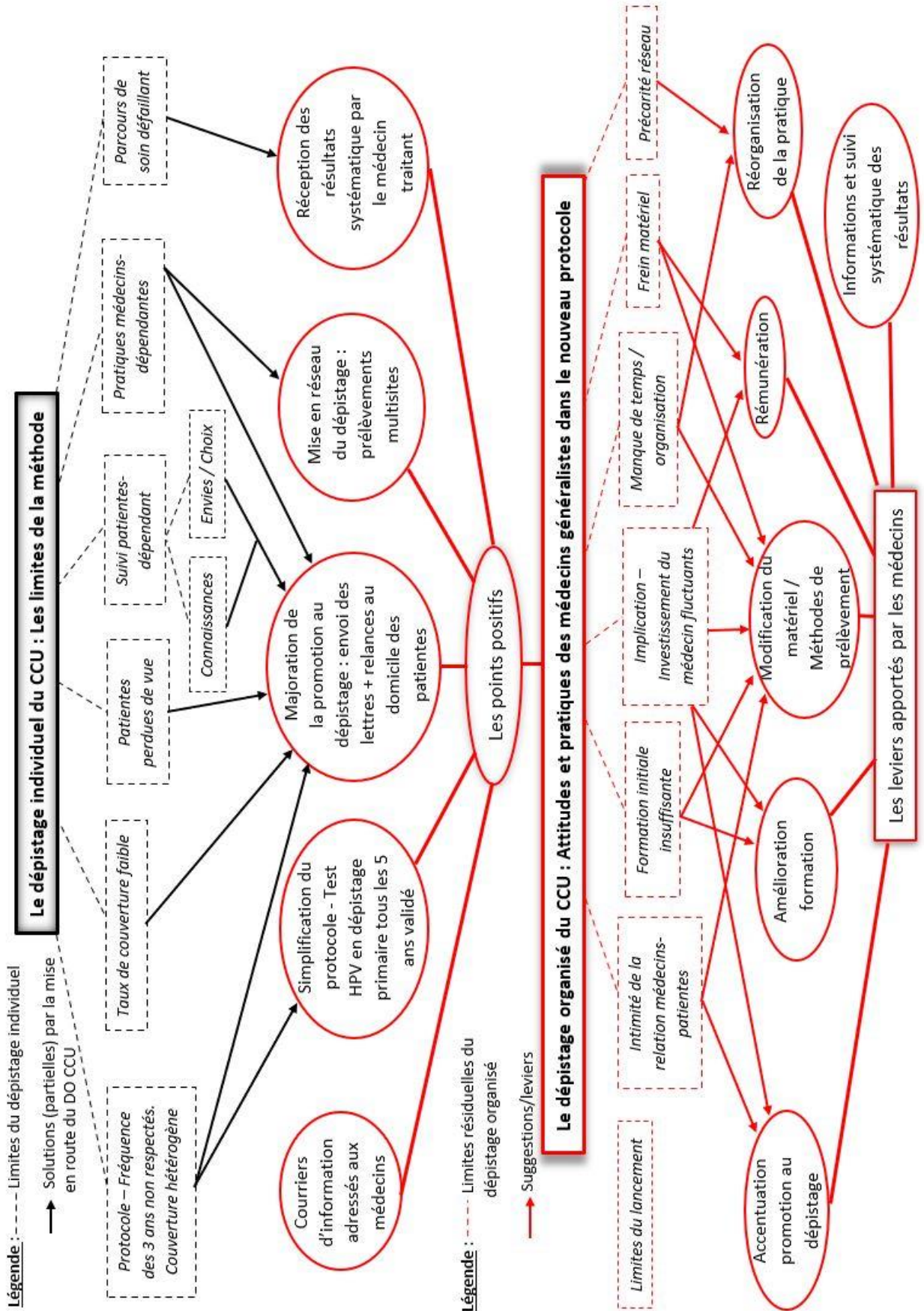
- Nous faisons le constat que plusieurs limites du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus ont trouvé réponse via la mise en place du dépistage organisé.

Les limites du dépistage individuel figurent dans les [encadrés] en pointillés noirs, tandis que *les points positifs* à la mise en place du dépistage organisé sont insérés dans les bulles de couleur rouge ; nous avons relié ces deux premiers éléments par une flèche pleine noire →

- Malgré les points positifs du dépistage organisé relevés par les médecins généralistes, il persiste des obstacles, des freins à sa mise en place pratique au cabinet.

Les limites résiduelles du dépistage organisé, nous les avons identifiées et fait figurer dans notre schéma de synthèse dans les [encadrés] en pointillés de couleur rouge. Il nous a enfin semblé intéressant de comprendre quels leviers permettaient de résoudre ces obstacles persistants, *leviers* que nous avons présentés eux aussi dans une bulle rouge ; ces deux derniers éléments sont reliés par une flèche pleine rouge →

Dans la partie discussion de notre thèse, nous aborderons les éléments et liens qu'il nous semble important d'approfondir.



4. DISCUSSION

4.1. Validité externe : analyse et implication des résultats

4.1.1. Attitudes des médecins généralistes face à la mise en place du dépistage organisé du CCU

Notre travail de recherche avait pour **objectif principal** d'évaluer les attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne.

Les objectifs secondaires de notre étude consistaient à établir l'état des connaissances des médecins généralistes quant à la mise en place de ce nouveau programme de dépistage, si celui-ci permettait une harmonisation de leurs pratiques, de rapporter les obstacles persistants à la mise en place des bonnes pratiques en médecine générale et enfin d'émettre d'éventuelles recommandations sur la meilleure façon d'impliquer les médecins traitants dans la mise en œuvre de ces nouvelles procédures.

Nous avons choisi de reprendre ces différents critères, point par point, en analysant les réponses apportées par les médecins, de façon à les mettre en lien et à essayer de comparer certaines d'entre elles avec ce que l'on peut retrouver dans la littérature.

4.1.1.1. Connaissances des médecins sur la mise en place du nouveau programme de dépistage

A la lecture et l'analyse des différentes réponses apportées par les médecins, il est raisonnable de dire que **la lettre d'information adressée aux médecins généralistes** courant été 2020, annonçant les principales mesures de la mise en place du dépistage organisé, **n'a pas connu un grand succès**. Les médecins étaient, pour la plupart, incapables de nous fournir ses grandes lignes et nous expliquaient ne pas avoir tenu compte de ce premier courrier pour diverses raisons, dont le manque d'attention.

Nous pouvons tout de même nuancer nos propos : sur les 20 médecins interviewés, 7 d'entre eux étaient en mesure de nous dire que les patientes qui n'étaient pas à jour de leur frottis allaient recevoir à domicile une lettre d'invitation et connaissaient les grands principes de la recherche du HPV en première intention.

Ces 7 médecins sont de sexe féminin, 6 pratiquent le frottis fréquemment, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, et 3 ont un DIU de gynécologie (sur les 5 médecins déclarant ce diplôme).

→ Le sexe féminin du médecin et sa pratique fréquente du frottis sont, dans notre étude, les deux principaux critères rattachés à une réelle connaissance de la mise en place du nouveau protocole de dépistage.

Le **manque de promotion à plus grande échelle** du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été l'une des grandes limites soulevées par les médecins. A plus petite échelle, le **peu**

de relais d'informations pratiques et bibliographiques pour les faire adhérer au nouveau protocole en était une autre.

Il est intéressant de constater qu'un défaut de connaissances, non pas pour le dépistage mais pour le cancer du col de l'utérus, a aussi été exprimé par la *grande majorité des médecins* en début d'entretien. Le cancer du col de l'utérus est considéré comme un cancer de la femme jeune et évitable, mais peu fréquent. Les médecins nous avouaient être d'autant plus sensibles à son dépistage lorsqu'ils étaient imprégnés d'histoires personnelles, comme ils pouvaient l'être pour le cancer du sein et colo-rectal.

L'ensemble de ces critères (*cancer peu rencontré / sensibilité moindre pour son dépistage car peu d'expériences vécues* et *manque de connaissances en termes de chiffres de santé publique*) renforce l'idée de la nécessité d'une promotion renforcée autour de ce dépistage pour une meilleure adhésion de l'ensemble des professionnels.

Ces mêmes limites ont été retrouvées dans diverses études, dont celle menée par C. Legroux en 2016, qui évaluait les attentes et motivations des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits au DU ou DIU de gynécologie proposés à Bordeaux (42). L'intérêt pour ces diplômes était d'autant plus grand que la formation initiale était décrite comme insuffisante et le rôle à jouer du médecin généraliste dans le domaine de la prévention était, selon les médecins interrogés, perçu comme très important.

De même, dans leur thèse qualitative élaborée en 2018, A. Rouziers et B. Marill ont interrogé des médecins généralistes en région Occitanie avec pour objectif de leur faire soulever d'éventuels leviers pour améliorer la participation des patientes au dépistage du cancer du col de l'utérus (43). Spontanément, via une discussion par focus groupe, de nombreux médecins ont soulevé le manque de formation des professionnels de santé sur le cancer du col de l'utérus, quelques-uns étant fortement surpris par les chiffres énoncés « 1000 morts par an, c'est énorme ! ». Un manque de communication publique sur le sujet a également été relevé, comme dans notre étude, et l'un d'entre eux évoquait avec une pointe d'ironie, que cela s'expliquait peut-être par le fait que le cancer du col de l'utérus était « sûrement moins photogénique que le cancer du sein ».

4.1.1.2. Les points positifs de la mise en place du dépistage organisé du CCU rapportés par les médecins généralistes

Nous avons construit notre guide d'entretien de sorte d'interroger, dans un premier temps, les médecins sur leurs conceptions du dépistage du cancer du col de l'utérus en général, l'intérêt du frottis et la place qu'ils occupaient dans la prise en charge de leurs patientes, avant d'aborder dans un second temps, la mise en place du dépistage organisé.

L'*ensemble des médecins* de notre étude étaient d'accord pour dire que le frottis était un bon moyen de dépistage, lorsqu'il était réalisé à la bonne fréquence, et permettait de déceler des lésions pré-cancéreuses de façon précoce. Les *médecins pratiquant le frottis* soulevaient le fait que leur engagement dans la pratique de la gynécologie permettait d'intégrer dans la boucle de

soin certaines patientes les plus réticentes. Pour les *médecins ne le pratiquant pas* mais s'estimant actifs dans la promotion au dépistage, leurs actions étaient considérées comme missions essentielles et un travail de pair avec leurs confrères ou bien avec les laboratoires permettait un suivi de qualité, lorsque cela était possible.

La promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus et le rôle du médecin traitant ont été étudiés et retranscrits dans de nombreux articles. L'INCa souligne, en septembre 2010, à travers une enquête réalisée auprès de 600 médecins généralistes installés dans toute la France, que 45% des médecins interrogés déclaraient vérifier systématiquement auprès de leurs patientes concernées, la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (44). Ce réflexe était d'autant plus fréquent que le médecin était une femme (55%), de moins de 45 ans (54%) et pratiquant elle-même le frottis (52%). Dans cette même étude, 79% des médecins interrogés affirmaient que le frottis a fait preuve de son efficacité, plaçant les modalités du dépistage du CCU en première position en termes de bénéfice tout dépistage confondu. En parallèle, seuls 49% de ces mêmes médecins se considéraient comme indispensables dans le suivi de ce dépistage, contre plus de 60% dans les suivis des cancers du sein et colo-rectal. Ce rôle plus contrasté vis-à-vis du dépistage du CCU s'explique très certainement par la place du gynécologue et son importance dans la réalisation du frottis.

Dans son travail de thèse réalisé auprès de 343 médecins rattachés à la CPAM des Flandres, M. Pelletier a montré qu'un médecin sur deux déclare pratiquer le frottis (24). Le taux de participation des femmes âgées de 25 à 65 ans est, dans son étude, significativement plus élevé lorsque le médecin généraliste réalise lui-même le frottis.

On constate une nouvelle fois que la pratique du médecin généraliste, et notamment celle du frottis, influe grandement sur le dépistage des patientes.

Il est à noter que les résultats sont un peu plus contrastés dans notre étude : les médecins ayant les **taux de couverture les plus élevés (>70% de la patientèle éligible)** sont les *praticiens femmes*, exerçant *en ville* et *réalisant elles-mêmes les frottis* ainsi qu'un *praticien homme*, en *secteur urbain* et *adressant très facilement à des confrères*. En parallèle, nous faisons le constat de **taux plus faibles (30 à 40% de la patientèle éligible)**, particulièrement dans le *secteur rural*, par manque d'acteurs pour les praticiens ne réalisant pas de frottis, mais aussi en raison d'un frein de la part de la patientèle, pour l'une des médecins particulièrement engagée dans la santé de la femme et pratiquant le frottis.

Les médecins généralistes de notre étude accueillent dans l'ensemble plutôt bien le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Les éléments qu'ils expriment se recourent, et il a été intéressant de constater que certains points positifs à l'organisation du dépistage répondent aux limites du dépistage individuel, qu'eux-mêmes énonçaient.

- L'élément central de l'organisation du dépistage est, selon les médecins généralistes, **l'envoi de la lettre d'invitation au domicile des patientes**, avec en cas de non-réponse, une relance écrite. C'est le point sur lequel s'expriment la *majorité des médecins* et cette nouveauté semblerait répondre à plusieurs limites du dépistage individuel, dont le **caractère patiente-dépendant** ; les patientes étant pour certaines perdues de vue,

d'autres ne faisant pas du dépistage du cancer du col leur priorité (patientes ménopausées, patientes en période du post-partum par exemple) ainsi que celles en manque de connaissances sur le sujet. Toutes seraient davantage sensibilisées par ce biais.

L'envoi de ces lettres permettrait alors une *amélioration du taux de couverture national*, encore faible aujourd'hui.

Du côté des médecins, les plus *négligents et peu axés sur la prévention* pensent *aborder le dépistage du cancer du col de l'utérus un peu plus fréquemment*, du fait certainement de patientes plus demandeuses. Les *médecins pratiquant le frottis* pensent quant à eux *dynamiser leur pratique*, dans les limites du possible. Enfin, une *harmonisation des pratiques*, avec notamment le respect de l'intervalle fixé à 5 ans entre deux frottis serait respecté, bien que pour *certains médecins pratiquant le frottis*, cet intervalle semble long.

L'envoi de ces lettres et leur impact positif sur la participation des patientes au dépistage ont été étudiés au cours de plusieurs essais, avant la décision de l'étendre sur l'ensemble du territoire national (31,32,33). Le ressenti des médecins généralistes de notre étude semble être en harmonie avec ces précédentes enquêtes, le motif de leur engouement étant variable selon leur pratique ou non du frottis.

- La **réception systématique des résultats du frottis par le médecin traitant** est le second point auquel les médecins généralistes accordent de l'importance. Par cette nouvelle mesure, jusqu'alors inexistante, les médecins trouvent une nouvelle place dans le suivi de ce dépistage, celle de chef d'orchestre, à l'instar des autres dépistages organisés. La réception des résultats serait ainsi la matière première indispensable pour un échange de qualité autour du sujet, avec les patientes et le cas échéant, leurs confrères spécialistes.

Ce manque de cohésion dans le suivi des résultats du frottis et le frein que cela représentait jusqu'à ce jour, pour inclure le médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus de ses patientes, n'ont pas été évoqués uniquement dans notre travail de thèse. De nombreux médecins généralistes ont déjà pointé du doigt cette faiblesse dans le dépistage individuel (43,45).

Ce défaut de communication ne paraît pourtant pas justifié. En effet, selon l'article 17.1 de la convention médicale 2016 concernant les spécialistes à accès spécifique, dont la spécialité de gynécologie : « ces médecins veillent en conséquence à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettent, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge par le médecin traitant. » (46). Cependant, cette communication semble réellement précaire et la réception des résultats appréciée par beaucoup.

4.1.2. Le dépistage organisé du CCU en pratique dans un cabinet de médecine générale

Nous avons dès le départ pris position de prendre un temps d'explication, au cours des entretiens, du nouveau schéma de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, pour ensuite ouvrir la discussion avec les médecins généralistes sur les possibles obstacles persistants à la mise en pratique du dépistage organisé au sein des cabinets médicaux, ainsi que de relever d'éventuels leviers à ces derniers.

4.1.2.1. Discussion autour des obstacles résiduels à l'organisation du dépistage

Comme nous le redoutions, malgré le caractère essentiel de l'aspect préventif du dépistage du cancer du col soulevé par les médecins généralistes, les changements apportés par son organisation n'ont pas permis, selon eux, de résoudre toutes les problématiques pratiques, déjà présentes dans le dépistage individuel :

- **La pudeur de la relation médecin-patiente** : pudeur liée à l'*examen* ou à la *relation médecin traitant-patiente* avec une notion de proximité, de familiarité dans les rapports, qui ne se prête pas à l'examen gynécologique.

Profil : les médecins, *tout sexe confondu*, et *pratiquant les frottis*, rapportent que l'utilisation du spéculum peut poser problème aux patientes les plus réfractaires, plus particulièrement les patientes résidant en *secteur rural* dans notre étude. Les *médecins de sexe masculin, ne pratiquant pas le frottis, tout secteur d'activité confondu*, dénoncent, quant à eux, la difficulté rencontrée auprès de certaines patientes pour ne serait-ce qu'aborder le sujet du dépistage et du frottis. L'origine de cet obstacle proviendrait selon eux majoritairement de la patiente et de ses représentations (notamment culturelles et religieuses, décrites par l'un des médecins de notre étude).

Cet élément, nous l'avons retrouvé dans de nombreux articles. La thèse réalisée par H. Adriansen, une étude quantitative ayant pour principal objectif de faire un état des lieux sur la pratique du frottis des médecins généralistes libéraux installés en région Picardie (47), a montré que la pudeur de la relation médecin-patiente n'est pas un motif majoritairement exprimé par les médecins ne pratiquant pas le frottis pour expliquer leur position (12%). A contrario, lorsque ces mêmes médecins sont interrogés sur les motifs de réticences de leurs patientes à réaliser le FCU, la pudeur arrive en troisième position (près de 40%) après le motif de la négligence au suivi gynécologique. Ce motif de pudeur côté patiente, est exprimé dans cette étude par un médecin généraliste sur deux pratiquant le frottis.

Les mêmes résultats sont apparus dans le travail de thèse de A. Sedjai à travers une étude quantitative menée en 2019 auprès de 348 femmes résidentes du bassin marseillais. Celles-ci expliquaient leur refus de participation au dépistage du CCU par pudeur et / ou peur de l'examen en 2^e position (> 30% des cas) (48).

Il en est de même, lors du travail de mémoire de sage-femme de M. Rolland, dont la pudeur de l'examen et des « conditions de prélèvement gênantes » étaient recueillies dans plus de 30% des cas, chez les patientes qui ne sont pas à jour du frottis (23).

- La **formation insuffisante dans le secteur de la gynécologie** : une insuffisance relevée lors du *cursus universitaire* comme lors de la *formation continue* , pour le *côté pratique* comme *théorique* .

Profil : les *médecins les plus jeunes et ne pratiquant pas le frottis* l'expliquent par un manque d'apprentissage des gestes pratiques au cours de leur cursus. *Les plus âgés* rajoutent une notion de *manque de pratique par raréfaction de la demande* .

Dans son travail de thèse, dont l'objectif principal était d'évaluer la fréquence et l'aisance dans la réalisation des gestes cliniques de dépistage et techniques de contraception de gynécologie médicale chez les jeunes médecins généralistes formés à Bordeaux entre 2012 et 2013, CE. Guillaume montrait que le geste du frottis était le moins fréquemment pratiqué, en comparaison à l'examen clinique des seins, au toucher vaginal et à la pose du spéculum, et ce d'autant plus lorsque les médecins avaient été formés pour la gynécologie au cours d'un stage ambulatoire de médecine générale versus au cours d'une formation mixte (49). Dans cette thèse, les deux principales raisons avancées par les médecins pour expliquer leur non-réalisation du frottis étaient le fait qu'ils n'avaient pas l'occasion de réaliser ce geste dans leur pratique quotidienne d'une part, et d'autre part parce qu'ils ne savaient pas le faire. Par ailleurs, les médecins pratiquant le FCU de façon plus aisée, étaient majoritairement ceux titulaires d'une formation complémentaire en gynécologie. Enfin, il ressortait de cette étude une impression globale pour les médecins d'une formation insuffisante dans le domaine de la gynécologie.

Ce travail est intéressant et s'accorde avec notre étude sur la nécessité ressentie par l'ensemble des praticiens, même chez les plus jeunes, de réviser les modalités d'apprentissage. Il explique aussi le fait que pour les médecins les plus âgés, n'ayant pas bénéficiés d'une formation mixte voire d'un internat pour certains, il existe une réelle difficulté à réaliser des gestes techniques.

Ce frein entrainerait donc un moindre investissement des médecins dans le dépistage organisé, par doute sur leurs capacités techniques, mais aussi par crainte de ne pas savoir expliquer ce nouveau protocole à leurs patientes.

- La valeur **temps** et la crainte d'une **limite organisationnelle** constituent des autres freins exprimés par les médecins de notre étude, éléments qui existaient déjà avec l'ancienne formule.

Profil : le caractère *chronophage* du frottis est principalement rapporté par les *médecins ne le pratiquant pas* . Les *médecins le pratiquant* ont surtout la crainte d'une *demande exponentielle qu'ils ne pourraient pas inclure en totalité* dans leurs plannings.

La médecine générale étant une médecine de premier recours, l'*ensemble des médecins* font le constat que très souvent le motif gynécologique, s'il se présente, se **mêle bien souvent à d'autres motifs de consultation** avec, comme conséquence, la difficulté à obtenir des prises en charge complètes et de qualité.

Enfin, une **inquiétude concernant la démographie médicale (en médecine générale) en chute libre** depuis de nombreuses années, est rapportée par les médecins exerçant majoritairement dans les secteurs ruraux.

Ce frein temps et organisationnel a lui aussi été retrouvé dans de nombreux travaux, dont celui de S. Dias (50), où le manque de temps pour la pratique de la gynécologie au cabinet est le second frein recensé (>30%).

Selon un rapport de mars 2012 élaboré par la DREES, en collaboration avec l'ORS et l'URPS (51), les médecins généralistes libéraux français travaillent en moyenne 57 heures par semaine et la durée moyenne d'une consultation est d'un peu moins de 18 minutes. Ce temps de travail hebdomadaire s'avère plus faible lorsque le médecin est une femme (53 VS 59 heures semaine) et jeune (55 VS 58 heures semaine entre les moins et plus de 45 ans). A l'inverse, les médecins en secteur rural semblent moins compter leurs heures (60 heures hebdomadaire en moyenne).

Une autre étude récente, réalisée en 2017 par un site de rendez-vous en ligne, portant sur l'activité de 2480 médecins généralistes, montre que seulement 3% des rendez-vous sont pris pour un motif gynécologique, ce qui laisse à penser que le sujet du dépistage s'ajoute généralement à d'autres motifs de consultation que celui de la gynécologie. Cette même étude établit que sur 50 heures de travail hebdomadaire en moyenne, 31 seulement sont consacrées aux consultations et 19 heures à d'autres tâches annexes dont les tâches administratives (52).

Ces chiffres semblent appuyer le fait d'emplois du temps effectivement complets, avec peut-être la crainte de ne pouvoir répondre à l'ensemble de la demande chez les praticiens femmes ayant un temps de travail en moyenne plus restreint.

- **L'implication fluctuante des médecins généralistes** dans le domaine de la gynécologie, par **moindre affinité** pour la discipline ou **manque de compétences** a aussi été rapportée.

Profil : certains médecins, particulièrement les médecins ne pratiquant pas le frottis et ce quel que soit leur sexe, ou exerçant dans un secteur urbain ou lorsqu'une accessibilité à un gynécologue est aisée, ne se **sentaient pas acteurs premiers** de ce dépistage et admettaient cette limite.

Cet investissement variable des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie et donc du dépistage, nous l'avons également retrouvé dans diverses études dont une étude qualitative menée auprès de 32 praticiens de Nouvelle-Aquitaine en 2017, praticiens spécialisés en gynécologie (médicale / obstétrique, sages-femmes) et médecins généralistes libéraux, qui consistait à analyser et comprendre quel rôle chaque corps de métier pense occuper dans le suivi

gynécologique des patientes (53). Au début des résultats, nous remarquons qu'une partie des médecins généralistes interrogés évoquait le fait que « chacun devait assurer les missions de son rôle », privilégiant ainsi une pratique partielle et occasionnelle de la gynécologie, généralement liée au déficit d'offre sur le territoire. Un autre médecin généraliste utilise l'exemple de la prescription de la contraception comme faisant partie de son domaine de compétence. A aucun moment, une démarche pro-active dans le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est abordée.

Enfin, le **caractère propre de l'envoi de la lettre d'invitation au domicile de la patiente, sans remise de matériel par le médecin traitant**, est un frein à l'implication au dépistage rapporté exclusivement par les médecins ne pratiquant pas le frottis et fait miroir à ce qui a pu être dit pour le suivi du cancer du sein versus le cancer colo-rectal.

- Le manque de **rémunération** pour ce type de consultations, longues, n'a pas fait l'unanimité mais a été soulevé par quelques-uns des médecins interrogés, majoritairement de sexe masculin.

- L'obstacle **matériel** a également été évoqué par les médecins interrogés.
Profil : les médecins ne pratiquant pas le frottis évoquaient plutôt un frein à l'examen gynécologique par **manque de gros matériel** comme par exemple la table d'examen appropriée. Un seul médecin pratiquant le frottis évoquait quant à lui une **difficulté d'approvisionnement en milieux liquides** par les laboratoires, et ce depuis le début de son exercice, pourtant en secteur urbain.

- La **précarité du réseau** est le dernier obstacle évoqué pour une mise en place efficace du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
Profil : l'ensemble des médecins généralistes de notre étude est unanime pour dénoncer le **manque de gynécologues médicaux**, et ce de façon encore plus marquée ces dernières années. Les médecins ne pratiquant pas le frottis sont les premiers à être les plus en difficulté pour travailler en réseau. Certains médecins actifs dans le dépistage de leurs patientes relevaient eux aussi cette crainte et notamment le fait de ne pas pouvoir absorber toutes les demandes dans les années à venir.

Nous abordons un peu plus en détails juste après ce déficit en praticiens et les solutions d'avenir qui pourraient émerger.

4.1.2.2. Discussion autour des leviers soulevés par les médecins généralistes interrogés

Nous avons laissé les médecins généralistes s'exprimer librement sur ce qui pourrait réellement rendre efficace ce dépistage organisé du cancer du col et, encore mieux, accroître leur implication dans sa promotion.

- Le **changement de méthode de prélèvement** n'a pas été la solution la plus fréquemment rapportée par les médecins généralistes de notre échantillon, cependant nous avons fait le choix de l'aborder ici en premier car elle semble répondre à de nombreux freins précédemment décrits : *l'intimité de la relation médecin-patiente levée*, le *manque de technicité pour le geste du frottis*, le *frein temps* et le *frein matériel*. Aussi, *l'implication du médecin traitant*, du fait de la distribution du matériel pour un auto-prélèvement, n'en serait que plus grande.

Le travail de mémoire de M. Rolland, réalisé en 2014 auprès de 173 femmes, a développé cette solution (23) : 70% des patientes non dépistées déclaraient être favorables à l'auto-prélèvement urinaire et vaginal. Parmi elles, on retrouvait 86% des femmes qui identifiaient l'examen gynécologique comme un obstacle.

La méthode de l'auto-prélèvement semble remplir de nombreux critères et nous avons fait le choix de la développer dans un paragraphe ciblé, juste après.

- **L'amélioration de la formation, initiale** par la réforme du parcours du DES de médecine générale, mais aussi **continue** par l'intégration des sujets de gynécologie les plus communs et fréquemment rencontrés au cours des consultations, comme le dépistage, dans les thèmes proposés par les sociétés savantes, est un souhait formulé par les médecins généralistes interrogés.

Profil : *l'amélioration de la formation initiale* a surtout été formulée par les *plus jeunes médecins, ne pratiquant pas le frottis*, alors que *l'accès à une formation continue de qualité* a été abordé par les médecins exerçant majoritairement en *milieu rural*.

Pour rappel, en 2011, un groupe d'experts, tous enseignants de médecine générale, s'est réuni afin d'identifier les principales situations cliniques auxquelles l'interne de médecine générale doit être confronté durant son DES (54). Onze grandes familles de situations cliniques ont été répertoriées et ceci en toute cohérence avec le modèle d'apprentissage par compétence. Dans le domaine de la santé de la femme, il est spécifié que l'interne devra être mis en situation de gérer les dépistages des cancers mammaires et génitaux, en fonction des niveaux de risque de la patiente.

Une nouvelle maquette du DES de médecine générale a donc vu le jour depuis la rentrée universitaire 2017 : un stage de 6 mois en gynécologie est devenu obligatoire, réalisé en 2^{ème} ou 3^{ème} année, c'est-à-dire au cours de la « phase d'approfondissement ». Ce dernier peut être

effectué en milieu hospitalier ou en ambulatoire, chez un praticien ayant une activité majeure en gynécologie ou bien encore en PMI.

- La nécessité d'une **réorganisation du système de soins**, individuellement par l'**aménagement de créneaux de consultation dédiés** ou collectivement par la création par exemple d'un **répertoire de praticiens de proximité**, généralistes ou gynécologues médicaux, pratiquant le geste du frottis, serait une option pour limiter le **frein temps/organisationnel** et la **précarité du réseau** précédemment décrite.

Dans son travail de thèse, qui évalue les motivations de 75 médecins généralistes du département de l'Eure à la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, A. Couturier énonce que plus de la moitié des médecins de son étude pratiquant le frottis, le font lors d'une consultation dédiée à la gynécologie. Ce mode de consultation est perçu comme un facteur incitatif à la pratique du frottis (45).

La réorganisation des plannings évoquée dans notre étude semble aller dans le même sens.

Bien souvent, comme nous l'avons déjà dit, la promotion du dépistage se rajoute à d'autres motifs de consultation.

Aucun médecin de notre étude ne l'a évoqué, mais pourtant une consultation unique de prévention pour les femmes âgées de 25 ans existe, remboursée à 100% par l'assurance maladie depuis 2018 et vise, entre autres, à aborder le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Dernier point intéressant à soulever : dans son communiqué du 29 mai 2019, le comité d'experts de la HAS a récusé l'utilité de consultations périodiques de prévention dédiées, celles-ci devant plutôt s'intégrer dans le parcours de soin des patientes. Il considère que l'élaboration de ce type de consultations n'est pas efficiente et surtout creuse davantage les inégalités d'accès aux soins (55).

Enfin, la réorganisation complète du système de soins, par l'**augmentation du nombre de praticiens**, est la solution indispensable pour donner du temps aux médecins de comprendre et d'adhérer aux démarches préventives. Elle a été évoquée à de nombreuses reprises par les médecins généralistes de notre étude.

- La solution d'une **réévaluation de la rémunération** des médecins généralistes, pour le service rendu sur ce type de consultations, techniques, a été proposée sans trop d'engouement toutefois. Les médecins qui l'ont évoquée ne sont pas sûrs de changer leurs pratiques même si elle était adoptée.

De même, l'étude menée par H. Adriansen n'a pas montré que la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique inciterait à accroître la pratique du frottis par les médecins généralistes (>90% des médecins interrogés) (47), tout comme dans l'étude de CE. Guillaume (49).

- Enfin, les médecins généralistes de notre étude émettent la nécessité d'une **accentuation de la promotion au dépistage, à plus grande échelle**, afin de désacraliser la prise en charge gynécologique autour du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le frottis deviendrait ainsi un acte technique comparable à la mammographie, certes dans le domaine de l'intime mais à connotation plus « commune ». Cela permettrait ainsi d'obtenir, là aussi, une *levée des barrières de la pudeur* et un *investissement plus aisé de la part des médecins généralistes*.

4.1.3. Analyse des comportements : promotion du dépistage et promotion de la vaccination par les médecins généralistes

La promotion de la vaccination était un point que nous abordions avant d'entrer dans l'interrogatoire des médecins, par la question suivante : « Proposez-vous la vaccination HPV ? Rarement, régulièrement, systématiquement ? ». Volontairement, nous ne posons plus d'autres questions autour de la vaccination au cours de nos entretiens semi-dirigés, pour ne pas créer de confusion dans notre objectif d'étude. Il nous paraît toutefois justifié d'aborder ce sujet ici, afin de traiter les réponses obtenues en première partie d'entretien, mais aussi d'analyser les remarques rapportées spontanément par les médecins au fil de nos échanges.

Tout comme le dépistage par frottis cervico-utérin, la vaccination est perçue par *l'ensemble des médecins de notre étude* comme un **moyen de prévention primaire de grande qualité** et elle représente un **enjeu de santé publique**.

Sa **promotion est variable** en pratique : 50% des médecins de notre étude estiment la proposer systématiquement avec une réelle adhésion de leur patientèle. Deux profils de médecins se dessinent dans cette première catégorie : les médecins généralistes *femmes, pratiquant elles-mêmes le frottis*, obtiennent une adhésion complète de leur patientèle, filles comme garçons ; les médecins généralistes, *tout sexe confondu, ne réalisant pas le frottis mais proposant systématiquement la vaccination depuis longtemps* obtiennent, selon eux, un taux de vaccination tout à fait correct, pour leur patientèle féminine majoritairement.

Pour la deuxième moitié des médecins, deux la proposent rarement. Ces deux médecins, de *sexe masculin*, ont deux profils radicalement opposés : l'un d'eux est âgé d'un peu plus de 30 ans, formé en gynécologie et pratiquant le frottis. Les 8 autres médecins estiment la proposer régulièrement avec une acceptation très variable de leur patientèle. On identifie deux profils de patientèle dans cette deuxième catégorie : la patientèle du *secteur rural*, encore frileuse sur la vaccination HPV et la patientèle *urbaine avec des croyances fortes*, patientes originaires d'Afrique du Nord dans notre étude.

→ Au total, dans notre travail de thèse, 90% des médecins généralistes interrogés sont favorables à la vaccination contre le papillomavirus. Le *sexe du médecin* et la *pratique régulière du FCU* au cabinet ne semblent pas interférer dans la promotion de la protection vaccinale des jeunes filles. Les médecins *pratiquant le frottis*, ici de *sexe féminin*, semblent toutefois obtenir une qualité de protection vaccinale supérieure en vaccinant également les jeunes garçons.

De nombreux travaux se sont intéressés à la promotion de la vaccination HPV en médecine générale. Nous en avons sélectionné quelques-uns :

A l'occasion de la 12^{ème} journée nationale d'infectiologie organisée à Toulouse en 2011 (56), une enquête auprès de 500 médecins généralistes tirés au sort en région Ile-de-France, a été réalisée. Son objectif principal était d'évaluer l'acceptabilité du vaccin HPV en médecine générale et de rechercher les déterminants communs retrouvés chez les médecins actifs dans la promotion de la vaccination. Dans cette enquête, il est rappelé que les médecins généralistes sont à l'origine de 85 à 90% des vaccinations, c'est pourquoi il est important de comprendre leurs motivations. On remarque, dans les résultats de cette étude, que l'acceptabilité générale pour le vaccin HPV est bonne (environ 85% des médecins répondus), et que près d'un médecin sur deux estime proposer systématiquement la vaccination contre le papillomavirus (48,6%). Les deux principales raisons avancées sont la conviction de l'efficacité du vaccin et une totale confiance dans les recommandations. Il n'y a pas de lien statistique entre la proposition systématique du vaccin et la pratique ou non du FCU.

Les chiffres de cette première étude sont en accord avec nos résultats.

Le travail de thèse mené par M. Degoue en 2019, consistait en une étude quantitative analysant la pratique de la vaccination HPV en médecine générale. Il a également montré que les médecins interrogés étaient globalement favorables à la vaccination (sur une échelle de 0 à 100, la médiane des opinions « être favorable à la vaccination » et « nécessité du vaccin » était à 90) (57). A la question « Sur un score de 0 à 100, est-ce un vaccin que vous proposez habituellement lors d'une consultation avec une jeune patiente de 11 à 19 ans ? », la médiane des réponses était de 90. Le pourcentage déclaré de jeunes filles vaccinées ne différait pas selon la fréquence des consultations gynécologiques pratiquées par le médecin.

En parallèle, élément que nous retrouvons également dans notre travail, plus de la moitié des médecins de cette étude estimaient que l'adhésion des patientes à ce vaccin était meilleure lorsqu'il était proposé de manière simultanée avec le dTCaP. Pour ces médecins, l'opposition parentale, par la crainte d'effets secondaires, représentait le premier frein à la non-vaccination des jeunes filles.

Concernant la vaccination chez les jeunes garçons, 100% des médecins se disaient favorables à l'extension vaccinale, mais très peu y pensaient (seulement 15% des médecins interrogés l'avaient déjà proposé). On remarque dans cette étude, comme dans notre travail de thèse, que

les médecins pratiquant la gynécologie au cabinet, étaient plus nombreux à proposer cette vaccination pour les jeunes hommes, que les médecins ne pratiquant pas la gynécologie.

Un dernier travail de thèse, réalisé par E. Gineste en 2012, évaluait le rapport entre la pratique de la vaccination et l'amélioration du suivi gynécologique, avec notamment la promotion du dépistage du CCU chez les patientes vaccinées au cabinet de médecine générale (58). Dans cette étude, plus de 90% des médecins déclaraient pratiquer la vaccination HPV ainsi que le FCU. Côté patientes, 90% estimaient avoir été informées de l'existence de la vaccination HPV par leur médecin traitant, 62% déclaraient avoir été informées des modalités de dépistage mais seulement 41% pensaient connaître le moyen de dépistage par frottis. Cette étude montre de nouveau qu'il existe une réelle problématique dans la promotion du dépistage, et que la pratique de la vaccination HPV au cabinet n'est pas systématiquement corrélée à une meilleure approche du dépistage des patientes.

L'analyse successive de ces trois travaux révèle une adhésion claire à la vaccination HPV de la part de l'ensemble des médecins généralistes, ce qui corrobore les résultats de notre thèse. Malgré cet aspect favorable à la promotion de la vaccination, celle-ci reste faible, avec un pourcentage autour de 23% pour les jeunes filles ayant reçu un schéma vaccinal complet (18).

La mise en place de la vaccination non genrée sera peut-être un élément facilitateur pour l'amélioration de la couverture vaccinale globale. Cet élément est d'ailleurs évoqué par plus de 60% des médecins interrogés par M. Degoue (57) et 68% des médecins interrogés lors d'une enquête de perception sur la vaccination HPV menée par l'INCa en 2019 (59).

Enfin, on remarque que la promotion vaccinale et la pratique du dépistage du CCU ne sont pas deux éléments qui vont toujours de pair : beaucoup de médecins sont pro-actifs dans la promotion de la vaccination et pourtant ne pratiquent pas le frottis. Inversement, la pratique du frottis au cabinet n'est pas toujours synonyme d'un meilleur taux de couverture vaccinale. On pourrait peut-être expliquer cela par le fait que ces deux types de pratiques ne se réalisent pas sur les mêmes tranches de vie des patientes. Elles n'engagent pas non plus les mêmes freins, dont le frein technique du frottis, qui peut poser problème lorsqu'il n'est pas maîtrisé.

4.1.4. L'auto-prélèvement : une solution d'avenir ?

Notre thèse a montré que la plupart des médecins généralistes se sentent impliqués dans le dépistage organisé du cancer du sein, même si certains soulignent qu'ils ne sont pas vraiment acteurs puisque les patientes n'ont pas besoin de passer par eux pour effectuer leur mammographie. Or, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, **ils pourraient être acteurs**, par le biais de la réalisation du frottis, mais ils ne sont *pas une majorité à le pratiquer*. Cela montre bien qu'il existe un **réel frein en ce qui concerne la réalisation du frottis**.

Le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus présentait, à l'heure actuelle, plusieurs limites, dont l'une des plus importantes était l'atteinte à l'intimité de la relation médecin-patiente avec notamment l'examen gynécologique. La mise en place du nouveau dépistage organisé permet de s'affranchir de certaines limites de l'ancien dépistage, mais celle de l'examen gynécologique persiste puisque le principe reste le même : la réalisation d'un frottis cervico-utérin lors d'un examen au spéculum.

Depuis plusieurs années, des études sont menées afin de **s'affranchir de cette limite de l'examen** et les résultats sont plutôt encourageants. Il existe deux méthodes étudiées à l'heure actuelle : **l'auto-prélèvement vaginal et urinaire**.

4.1.4.1. L'auto-prélèvement vaginal (APV)

C'est un prélèvement à faire soi-même à l'aide d'un kit. Il consiste à récupérer quelques cellules au niveau du vagin (et non du col de l'utérus comme pour le frottis) à l'aide d'un grand coton-tige, par léger frottement sur les parois vaginales. Il permet la recherche des HPV présents dans le vagin, HPV qui se retrouveront également au niveau du col de l'utérus.

C'est un geste simple, rapide et non douloureux. Lorsqu'il est envoyé à domicile, il suffit de le mettre dans l'enveloppe fournie avec le kit et de le déposer dans une boîte aux lettres dans les 7 jours suivant le recueil (60).

De nombreuses études ont comparé la technique de l'auto-prélèvement à celle du frottis et, dans l'ensemble, aucune différence significative n'a été rapportée. L'auto-prélèvement est très efficace pour la détection des HPV-HR et du CIN2 et 3 (61) avec parfois même une détection supérieure des CIN2+ en comparaison au frottis (62).

Certaines publications ont comparé la performance diagnostique de deux méthodes d'auto-prélèvement vaginal (écouvillon sec et écouvillon avec milieu de transport liquide) à celle du prélèvement classique par frottis. L'APV sec a montré une bonne sensibilité et spécificité. Il est décrit comme une méthode performante pour la détection d'infections cervicales à HPV-HR (63).

D'autres études se sont intéressées à la performance, en termes de participation, et au rapport coût-efficacité de l'envoi au domicile de femmes non dépistées, d'un kit d'auto-prélèvement vaginal (APV) en vue de la recherche de papillomavirus humains à haut risque (HPV-HR). Celle qui s'est déroulée en mars 2012 en Indre-et-Loire rapporte que l'envoi à domicile d'un kit d'APV est plus efficace et coût-efficace qu'une lettre de relance pour augmenter la participation au dépistage du CCU des femmes non dépistées. En effet, la participation était plus élevée dans le groupe « auto-prélèvement » que dans les autres groupes et les ratios différentiels coût-résultat par femme dépistée supplémentaire étaient de 77,80 euros et 63,20 euros pour les groupes " relance " et " auto-prélèvement ", par rapport au groupe " sans intervention " (35).

Le coût largement acceptable du développement et de la mise en place de l'APV, en méthode de dépistage, revient également dans d'autres études européennes et internationales (64,65).

De plus, l'auto-prélèvement vaginal a été largement testé au sein des populations en situation de précarité (par exemple chez les femmes migrantes) et a montré une grande utilité chez ces femmes n'ayant aucun suivi habituellement (66). Il permet de favoriser l'accès au dépistage et d'optimiser l'indication des frottis (67). Cependant, comme pour d'autres études, cela n'a pas montré d'impact sur le dépistage des lésions pré-cancéreuses, car une majorité des femmes ne réalisaient pas le frottis en cas de présence d'HPV-HR à l'APV.

En France, la HAS recommande l'APV chez les femmes à partir de 30 ans non dépistées ou insuffisamment dépistées (28). Actuellement, il est proposé dans certains départements, dans le cadre d'études pilotes, uniquement sur sollicitation par courrier ou SMS.

Dans d'autres pays, c'est déjà une alternative au frottis, utilisée dans le cadre de programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (ex : Pays-Bas).

4.1.4.2. L'auto-prélèvement urinaire (APU)

C'est également un prélèvement à faire soi-même. Il consiste à remplir un flacon avec le premier jet d'urine du matin, de compléter le questionnaire associé, de coller une étiquette sur le pot et d'insérer le tout dans une enveloppe. S'il est envoyé à domicile, ce prélèvement doit être posté rapidement après avoir été effectué.

Dans un premier temps, c'était une méthode de dépistage controversée car le milieu biologique est complexe avec de nombreuses substances inhibitrices. Les données récentes sont cependant rassurantes, avec une méta-analyse en 2014 qui montre que la recherche des HPV par prélèvement urinaire est une alternative acceptable chez les patientes non adhérentes au frottis (68).

Il existe une corrélation entre la charge virale HPV dans les urines et la sévérité des lésions cytologiques (69) ainsi qu'entre les génotypes HPV urinaire et vaginal (70).

De plus, la recherche du HPV pourrait être couplée à la recherche de Chlamydia dans les urines, ce qui permettrait de limiter le coût de ces prélèvements (71).

La thèse de R. Chenouard (37) reprend les deux études menées en France sur le test HPV urinaire. Ce sont des études multicentriques (Angers, Brest, Limoges) qui consistaient à comparer la détection de l'ADN HPV dans le prélèvement vaginal et dans les urines.

Dans ces études, CapU1 (2012) et CapU2 (2014), il était proposé un test HPV urinaire aux femmes ne souhaitant pas bénéficier du dépistage classique par FCU. Cela a entraîné une augmentation de la couverture de dépistage du CCU à 74,3% dans le Maine-et-Loire (contre 54% initialement).

D'autres études ont analysé les modalités de prélèvement et ont comparé un échantillon d'urines standard à des tâches d'urines séchées. La très bonne sensibilité et l'excellente spécificité de cette comparaison sont prometteuses. Cela suggère qu'un test sur des urines séchées pourrait

contourner les barrières socioculturelles et les problèmes d'échantillonnage. Il pourrait donc constituer un outil approprié et efficace pour les programmes de surveillance épidémiologique et de dépistage, en particulier des pays à faible revenu (72).

C'est une méthode alternative pour les femmes refusant le frottis, ayant un faible accès aux soins ou encore à risque (infection VIH). Son principal intérêt par rapport au FCU est la forte adhésion des femmes à ce prélèvement non invasif, facilement réalisable à domicile et ne nécessitant pas une consultation chez le médecin généraliste ou le gynécologue (73).

4.1.4.3. En pratique

Il existe un recul de plusieurs années sur ces deux techniques d'auto-prélèvements qui ont montré une **réelle efficacité** et un **coût satisfaisant**. Elles permettent d'**augmenter le recrutement** en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment en allant chercher les femmes réticentes au frottis et les personnes en situation de précarité.

Toutefois, **cela ne remplacera jamais une consultation de gynécologie**. Il faudra rester vigilant à ce que les femmes ne résument pas cette consultation au frottis. Celle-ci permet, en effet, d'aborder des thèmes tels que la contraception, la prévention, les comportements sexuels à risque, mais permet aussi un examen clinique des seins, de la vulve et du col.

Par conséquent, l'auto-prélèvement est une solution uniquement pour les femmes refusant toute prise en charge car « c'est mieux que rien ».

La remise du kit d'auto-prélèvement (vaginal ou urinaire) par le médecin généraliste pourrait donc être une solution, afin d'**inclure les patientes complètement réticentes à l'examen gynécologique** et pourrait permettre au médecin traitant de se **sentir plus « acteur »** dans ce dépistage.

4.1.5. La réorganisation du système de soins dans la filière de la gynécologie : état des lieux

D'après les données de l'Agence Régionale de Santé de 2017, sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine, la densité des médecins généralistes libéraux est supérieure à la moyenne nationale (103 pour 100 000 habitants contre 94 en France métropolitaine). Néanmoins, certains départements ruraux (Deux-Sèvres, Lot-et-Garonne, Charente, Creuse et Dordogne notamment) présentent des densités nettement inférieures, qui varient de 77 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants à 93. De plus, presque un tiers d'entre eux sont âgés de 60 ans ou plus (30 %) et dans la plupart des départements, ce sont 60 % des généralistes libéraux qui sont âgés de plus de 55 ans (74).

A l'inverse, 4 530 médecins spécialistes libéraux sont en activité en Nouvelle-Aquitaine, avec une densité de 77 pour 100 000 habitants, inférieure de 13 % à celle de la France métropolitaine

avec 89 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants (excepté dans les départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques). La gynécologie est la **deuxième spécialité la plus affectée** par la pénurie de praticiens et environ 40 % d'entre eux sont âgés de 60 ans ou plus.

Pour pallier ce problème de démographie médicale, il a été créé des regroupements de professionnels de santé (au moins 2 médecins et 1 professionnel paramédical) sur un même lieu et organisés autour d'un projet de santé commun, appelés MSP (**Maison de Santé Pluridisciplinaire**). Ces dernières doivent répondre à un cahier des charges national. Elles permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical et de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus, l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité et de transversalité dans les prises en charge des patients, avec en particulier le développement des actions de prévention et d'éducation thérapeutique. En juin 2018, 146 MSP sont en fonctionnement en Nouvelle-Aquitaine et 9 sont en projet (75).

Une autre organisation, les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé**, a été créée en janvier 2016 par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé (76). Elle correspond à un rassemblement de plusieurs acteurs de santé (professionnels de santé mais aussi établissements et services sanitaires et médico-sociaux, établissements d'hospitalisation à domicile, professionnels du social, acteurs de la prévention...), sur un territoire défini, autour d'un projet médical et médico-social commun. Ce projet est initié et piloté par les professionnels de santé eux-mêmes. Le but est de développer un maximum cette organisation de soins afin d'arriver à 1000 CPTS en 2022 (plan « Ma Santé 2022 » (26)) avec, à terme, une couverture totale du territoire.

Actuellement, en Nouvelle-Aquitaine, il existe 2 CPTS opérationnelles et 23 pour lesquelles la lettre d'intention a été validée (77).

Ces CPTS ont plusieurs missions :

- 3 obligatoires :

1/ Améliorer l'accès aux soins en facilitant l'obtention d'un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non programmés de ville,

2/ Organiser des parcours pluri-professionnels autour du patient et plus précisément améliorer la prise en charge et le suivi des patients en proposant des parcours adaptés (éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile notamment),

3/ Développer des actions territoriales de prévention, autrement dit, définir les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé, les plus pertinentes au regard des besoins du territoire.

- 2 optionnelles :

1/ Qualité et pertinence des soins : développer des démarches qualité dans une dimension pluri-professionnelle pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients (groupes d'analyse de pratiques par exemple),

2/ Accompagner les professionnels de santé sur le territoire afin de promouvoir et de faciliter leur installation, notamment dans les zones en tension démographique.

Notre thèse a montré que la **relation entre les médecins généralistes et leurs confrères gynécologues** n'était **pas toujours optimale** avec une communication presque inexistante entre eux, *quels que soient leurs milieux d'exercice*. Cela ne permet pas une prise en charge optimale des patientes, puisque le médecin traitant ne sait pas si les examens ont été réalisés et si c'est le cas, leurs résultats. Cela peut entraîner un sur-dépistage, si le médecin généraliste souhaite refaire le frottis afin d'avoir lui aussi les résultats, ou un sous-dépistage, s'il ne voit pas de résultat de frottis dans le dossier de ses patientes et ne pense pas à le leur rappeler.

La mise en place du dépistage organisé va améliorer, d'une certaine façon, cette communication puisque les résultats du frottis seront adressés, de façon systématique, au praticien réalisant le frottis, au médecin traitant ainsi qu'à la patiente.

De plus, les *professionnels ne pratiquant pas le frottis et exerçant dans des zones sous-denses* en termes de population médicale (notamment de gynécologues) ont dû trouver des solutions afin que leurs patientes aient les mêmes accès aux soins que celles en zones plus denses.

Pour ceux *installés en groupe* (cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire), cela passe souvent par le fait d'adresser les patientes à un autre confrère de la structure qui lui, pratique la gynécologie (médecin généraliste avec un DIU de gynécologique ou sage-femme).

Cependant, il arrive que des *médecins généralistes exercent seuls* ou ne connaissent pas de confrères pratiquant la gynécologie dans leur entourage. Dans ce cas-là, il serait intéressant de pouvoir mettre à leur disposition un répertoire avec les numéros et adresses des médecins effectuant de la gynécologie à proximité de leur cabinet médical.

La réorganisation du système de santé avec la mise en place de CPTS sur tout le territoire français est un projet important. Il devrait **améliorer le parcours de soin** des patientes, puisque les professionnels devront travailler en réseau afin de répondre au mieux à la demande de la population. Cette réorganisation est en train de se mettre doucement en place mais n'est pas assez développée actuellement pour pallier le manque de médecins généralistes pratiquant la gynécologie ou de gynécologues. Il est nécessaire que chaque généraliste trouve ses solutions localement, afin de pouvoir prendre en charge les patientes de façon optimale. Cela passe par la constitution d'un réseau avec des confrères réalisant les frottis. La création d'un répertoire de praticiens de proximité peut être utile dans ce cadre-là.

4.2. Validité interne : Limites et forces de l'étude

4.2.1. Représentativité de la population étudiée

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative auprès de 20 médecins généralistes, installés équitablement dans les départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques.

Nous avons sélectionné les médecins selon des critères préalablement définis, dont les principaux sont : âge, sexe, mode et milieu d'exercice, ainsi que leur pratique de la gynécologie au cabinet.

Pour le *critère âge*, la moyenne d'âge des médecins interrogés dans notre étude est de 47,4 ans. Pour celui du *sexe*, nous avons choisi d'établir un échantillon composé de façon égale entre hommes et femmes, connaissant la féminisation de la profession.

Notre échantillon se veut représentatif des médecins généralistes exerçant en France métropolitaine pour ces deux critères. L'âge moyen des médecins sur le territoire national est de 51 ans, et nous observons un rapport de 48% de médecins de sexe féminin contre 52% de sexe masculin, selon les derniers chiffres fournis par la DREES en 2019 (78). Dans un autre document rendu disponible par le conseil national de l'ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2020, 50,4% des médecins généralistes, avec activité régulière, sont des femmes (79).

A propos du *mode d'exercice*, la majorité des médecins interviewés exercent dans un cabinet de groupe, 10% seulement des médecins de notre étude exercent seuls, contre 39% à l'échelle nationale selon un second rapport de la DREES de 2019 (80). Il est à noter, dans ce même rapport, que le taux d'installation en cabinet de groupe est d'autant plus élevé que le médecin est jeune et de sexe féminin, tendances en accord avec l'échantillon choisi dans notre étude.

Concernant le *milieu d'exercice*, nous avons choisi une répartition équitable des médecins installés entre les secteurs ruraux et urbains. La médecine générale est la spécialité de premier recours la mieux répartie sur le territoire. L'un des chiffres qui l'illustre est donné dans un troisième rapport de la DREES en 2016, qui affirme que 84% de la population française métropolitaine réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et la quasi-totalité de la population accède à un médecin généraliste en moins de 15 minutes (81).

Il faut toutefois être conscient de l'hétérogénéité nationale et régionale de la démographie médicale, avec une attractivité d'installation plus forte autour des plus grandes agglomérations et du secteur du littoral (75).

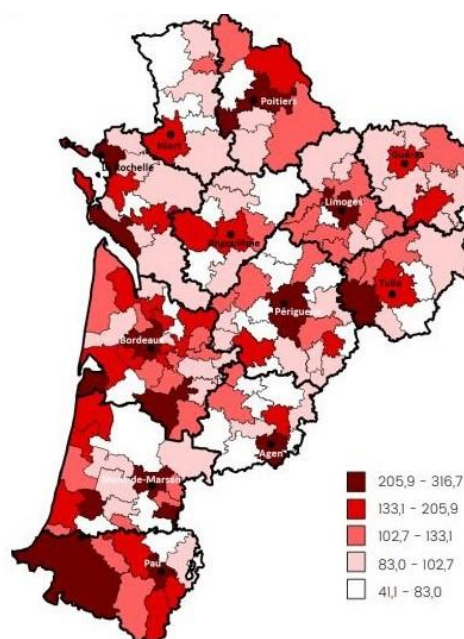


Figure 17 : Densité des médecins généralistes libéraux en 2017, pour 100 000 habitants, en Nouvelle-Aquitaine. Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine, 2018.

Enfin, il nous semblait très important de comprendre la *position adoptée par les médecins généralistes dans le secteur de la gynécologie* pour analyser ensuite leurs attitudes et pratiques dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Notre échantillon est composé de 75% de médecins n'ayant pas de formation à orientation gynécologique. Aussi, 35 % des médecins interrogés ne pratiquent pas le frottis et 25% très rarement (< 1 fois par mois), portant à près de 60% le pourcentage de médecins de notre échantillon n'étant pas acteur principal dans le suivi gynécologique de leurs patientes.

On remarque depuis de nombreuses années maintenant, la chute continue du nombre de gynécologues médicaux sur l'ensemble du territoire national. En effet, en 2019, la métropole comptait 2448 gynécologues médicaux, contre 3600 en 2013. On estime une diminution de 22% en moyenne de cette spécialité médicale à l'horizon 2030 sur l'ensemble du territoire (78).

Le nombre de médecins généralistes pratiquant une activité régulière de gynécologie a été difficile à obtenir. Toutefois, à la lecture de plusieurs travaux de thèse, nous faisons le constat que la pratique du FCU n'est pas aisée en médecine générale et que les chiffres obtenus dans notre étude reflètent certains travaux passés : CE. Guillaume a réalisé en 2018 une étude quantitative s'intéressant aux gestes techniques acquis par de jeunes médecins, installés depuis moins de 2 ans, à l'issue du DES de médecine générale à Bordeaux (49). Un total de 206 médecins, dont 68% de femmes ont été interrogés. 75% déclaraient ne pas avoir de formation complémentaire en gynécologie, comme notre échantillon. 30% du panel de médecins pratiquaient le frottis régulièrement, 53% déclaraient ne pas le pratiquer. Des résultats similaires apparaissent dans la thèse de S. Dias, qui étudie la pratique de la gynécologie-obstétrique des médecins généralistes d'Ile-de-France : 61% ne pratiquaient pas le FCU, 56% des femmes et 28% des hommes le pratiquaient (50).

Enfin, dans son enquête réalisée auprès de 600 médecins généralistes libéraux de France, l'INCa souligne à son tour qu'en moyenne, un médecin généraliste sur deux déclare pratiquer le frottis, voire moins selon certains groupes de médecins (44).

4.2.2. Choix de la méthode

Notre travail présentait un réel intérêt puisqu'il explorait une thématique encore peu étudiée, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mis en place tout récemment. Par conséquent, l'enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés nous a semblé être la méthode la plus adaptée. L'objectif était en effet, d'évaluer les attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne.

L'entretien individuel semi-structuré permet de se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Il est peu limitant quant au recueil des réponses (mais pose tout de même un cadre) et permet de mettre en avant les représentations personnelles des sujets en libérant leur parole, sans qu'elle soit orientée par les représentations de l'investigateur.

Etant donnée la période durant laquelle nous avons mené nos entretiens (épidémie de Covid-19), nous avons préféré avoir une taille d'échantillon définie par avance. Nous sommes donc parties sur un échantillon de 20 médecins généralistes, ce qui représentait 10 entretiens par thésarde. Nous avons fait abstraction de l'idée de saturation des données, qui fournit peu de conseils pratiques pour estimer, avant la collecte des données, la taille des échantillons nécessaire pour mener une recherche de qualité (40).

4.2.3. Biais de sélection et de recrutement

Nous avons opté pour un recrutement en variation maximale, sur les variables que nous estimions pertinentes, en sélectionnant initialement les médecins sur une liste fournie par le Conseil de l'Ordre ou l'Assurance Maladie, puis en peaufinant notre sélection après appel des cabinets afin de demander les informations manquantes. Néanmoins, ces organismes n'étant pas en mesure de nous donner cette liste, nous avons dû changer notre mode de recrutement.

Le premier médecin de chaque département a été recruté par l'intermédiaire d'un médecin tiers. Ce mode de recrutement présente le désavantage d'ajouter à la sollicitation de l'investigateur une demande amicale tierce, pouvant influencer l'échange et les réponses données.

Par la suite, nous avons réalisé un échantillonnage en chaîne, encore appelé échantillonnage en boule de neige, à partir du premier participant. Les médecins recommandés étaient contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour l'entretien.

Le taux de refus de participation est de 31%, ce qui laisse à penser que les médecins inclus dans notre étude ne sont pas forcément les plus sensibles au sujet de ce travail. Les motifs de refus de participation avancés étaient, la plupart du temps, le manque de disponibilité au vu du contexte sanitaire pour se prêter à l'enquête, mais aussi un désintérêt pour le sujet, l'absence d'envie de s'investir dans un travail de thèse ou encore le sentiment de ne pas avoir d'informations pertinentes à apporter.

Il est à noter que la plupart des médecins interrogés n'avaient pas lu la lettre envoyée par le Centre Régional de Coordination des dépistages des cancers de Nouvelle-Aquitaine au mois d'août 2020 (notamment en raison de la crise sanitaire de la Covid-19). Par conséquent, notre étude a peut-être été réalisée un peu trop tôt, car tous les médecins interviewés n'étaient pas au courant de la mise en place de ce dépistage et nous n'avons pas encore assez de recul pour en observer l'effet sur la pratique des médecins et la participation des patientes.

4.2.4. Biais d'investigation

Cette thèse étant une première expérience dans les études qualitatives, tous les entretiens ont été assurés par deux investigatrices inexpérimentées. Cependant, le fait de réaliser chacune onze entretiens (puisque le guide d'entretien a été testé au préalable par chacune d'entre nous) a

permis de gagner en confiance, en fluidité et en capacité de relance.

Malgré la volonté de neutralité et de ne laisser paraître aucun jugement pendant les entretiens, notre inexpérience a pu mener à la suggestion ou à l'orientation des réponses des sujets inclus, secondairement interprétés à tort. Pour limiter ce biais, nous avons réalisé, en amont de notre premier entretien, nos pré-conceptualisations de l'étude (Annexe 2), c'est-à-dire les réponses attendues lors de nos interviews.

4.2.5. Biais de mémorisation

Un biais de mémorisation a pu exister lorsque les médecins évoquaient leurs expériences en termes de dépistage du cancer du col qui remontaient, pour certains, à plusieurs années.

Mais nous avons constaté une bonne adhésion des vingt participants. Si les questions de relance n'étaient pas toujours idéalement exprimées, nous avons l'impression que les participants ont toujours eu la volonté d'enrichir et de développer leurs réponses, montrant leur intérêt pour le sujet. Nombreux sont ceux qui ont laissé transparaître leur curiosité vis-à-vis des résultats de l'étude. Une version numérique de ce travail leur sera adressée.

4.2.6. Biais d'interprétation

Le fait que nous ayons connaissance de l'objectif de l'étude peut se révéler être un biais dans l'analyse et le codage des informations en thèmes et sous-thèmes.

Cependant, une triangulation des résultats par double codage a été réalisée, sur un nombre défini d'entretiens, afin de limiter ce biais. Par la suite, il a été décidé de coder les entretiens effectués par l'autre thésarde, afin d'être les plus neutres possible dans l'interprétation des résultats.

4.2.7. Biais externes

Nous ne rapportons pas de biais externe. Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet ou au domicile des médecins, sans la présence de tiers, afin de limiter le rôle de l'environnement dans les réponses.

5. CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus est l'un des seuls cancers pour lequel l'origine est identifiable dans presque 100% des cas : le portage chronique d'un papillomavirus humain, à haut risque oncogène. Le CCU est donc considéré comme un cancer évitable. Deux moyens de prévention existent, avec pour chacun une efficacité qui n'a plus à faire ses preuves : la vaccination contre le HPV en prévention primaire et le dépistage des lésions (pré-)cancéreuses du col de l'utérus, par frottis cervico-utérin, en prévention secondaire.

Malgré ces deux méthodes, complémentaires, le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers les plus fréquents chez la femme : il occupe la 4^{ème} place des cancers féminins dans le monde, aussi bien en termes d'incidence que de mortalité.

Depuis les années 2000-2005, on observe à l'échelle nationale, un ralentissement des effets bénéfiques de ces deux moyens de prévention. En parallèle, le nombre de lésions pré-cancéreuses ne cesse de croître. Aussi, le CCU est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie 5 ans après le diagnostic en diminution.

Enfin, dernière notion importante à soulever : à l'échelle mondiale, européenne comme nationale, d'importantes disparités en termes de prévention, de dépistage et d'accès aux soins existent et persistent.

Cet ensemble de données a mobilisé les autorités de santé, avec pour objectif principal de réduire ces inégalités de soin. Il naît la décision de mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, sur le territoire national, en remplacement du dépistage individuel.

Cette nouvelle modalité de dépistage, déjà active sur d'autres territoires internationaux et préalablement testée sur 13 départements français, a comme principaux objectifs : de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30% à 10 ans, en atteignant 80% de taux de couverture dans la population cible. De plus, le but est également de poursuivre les efforts en termes de réduction des inégalités de dépistage, en le rendant plus accessible.

Dans les grandes lignes, ce programme national repose sur l'envoi d'une lettre d'invitation au domicile des patientes n'ayant pas réalisé de frottis dans les trois dernières années. Un processus de relances, écrites, est mis en place en l'absence de réponse dans les 9 à 12 mois suivants la première invitation. La méthode de dépistage demeure inchangée, à savoir la réalisation par un professionnel de santé au choix de la patiente, d'un frottis cervico-utérin en milieu liquide.

Par ce nouveau protocole, qui possède quelques points en commun avec le dépistage organisé du cancer du sein, on comprend que la patiente est au cœur de la procédure. Le but est de mettre un point d'honneur dans l'amélioration de son information.

Le choix de notre étude s'est porté sur l'analyse des attitudes et pratiques des médecins généralistes face à la mise en place de ce nouveau protocole de dépistage et ses répercussions en pratique. Beaucoup de travaux s'étant déjà intéressés aux motivations et freins des patientes à l'égard de la prise en charge gynécologique, il nous semblait indispensable de comprendre où se plaçait le médecin généraliste dans ce nouveau schéma de soin.

Les résultats de notre étude révèlent que la mise en place de l'organisation du dépistage du CCU est plutôt bien accueillie par l'ensemble des médecins généralistes. Beaucoup sont ceux qui relèvent tout l'intérêt de l'envoi de la lettre d'information au domicile des patientes pour accentuer la promotion au dépistage. La réception systématique des résultats de leurs frottis au cabinet permet, elle aussi, une amélioration du suivi des patientes et par conséquent, une implication plus importante des médecins généralistes autour du dépistage du CCU.

L'organisation du dépistage n'a malheureusement pas permis de résoudre toutes les problématiques pratiques, que nous retrouvons déjà dans le dépistage individuel.

En effet, selon les médecins généralistes, conserver la technique du frottis est l'obstacle résiduel majeur, et ce pour plusieurs raisons :

→ Pour les patientes : la persistance quasi certaine de la pudeur de la relation médecin-patient ainsi que la crainte de l'examen. Les croyances religieuses et les préjugés qui y sont rattachés peuvent également représenter un obstacle pour la réalisation du geste.

→ De leur côté : principalement le manque de technique en la matière, pour les médecins non-pratiquants, ainsi qu'une carence organisationnelle et un manque de temps.

Bien que le dépistage soit considéré comme l'un des principaux champs d'action des médecins généralistes, la pratique du frottis n'est pas la priorité en médecine générale et on considère à ce jour que celui-ci est, en moyenne, pratiqué par un médecin généraliste sur deux seulement. Pourtant, élément rapporté par la majorité des médecins généralistes, la chute continue du nombre de gynécologues médicaux est de plus en plus concrète. Le médecin traitant étant bien souvent considéré par sa patientèle comme chef d'orchestre principal, des solutions doivent être trouvées pour lui permettre de mener au mieux sa mission dans ce domaine.

Les principales suggestions pour améliorer l'implication des médecins généralistes dans ce nouveau protocole de dépistage seraient de, premièrement, modifier la méthode de prélèvement en réévaluant la place de l'auto-prélèvement et la remise d'un kit pour le faire, avec les avantages et inconvénients de cette méthode.

La réorganisation du système de soins dans la filière de la gynécologie, par la création de pôles de santé de type MSP ou CPTS, semblerait représenter un autre moyen efficace pour renforcer liens et communications entre les différents professionnels. Par cette mesure, les médecins généralistes ne pratiquant pas le frottis, pourraient tout de même participer à sa promotion et adresser sereinement leurs patientes à des professionnels habilités, de proximité.

Une étude qualitative, réalisée dans les 5 prochaines années, afin de faire un premier état des lieux concret des effets positifs de la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, serait intéressante. Elle permettrait notamment d'observer si les obstacles soulevés par les médecins généralistes de notre travail demeurent inchangés, ou bien si leurs positions vis-à-vis de ce dépistage ont évolué.

INDEX : Tableaux et figures

Figure 1 : Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, cervix uteri, females, all ages. Global Cancer Observatory 2020	23
Figure 2 : Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, cervix uteri, females, all ages. Global Cancer Observatory 2020	24
Figure 3 (page 157) : European age-standardized incidence rates of cervical cancer (E-ASR/100 000 women-years) in the 28 member states of the EU (estimates for 2012; direct standardization using the European reference population). Cancer screening in the European Union 2017	24
Figure 4 (page 158) : European age-standardized mortality rates of cervical cancer (E-ASR/100 000 women-years) in the 28 member states of the EU (estimates for 2012; direct standardization using the European reference population). Cancer screening in the European Union 2017	24
Figure 5 (page 159) : Rapports standardisés d'incidence du cancer du col de l'utérus lissés par département de France métropolitaine (2007-2016), et d'incidence observée en Guadeloupe (2008-2014), Martinique (2007-2014) et Guyane (2010-2014) ; la référence est le taux pour la France métropolitaine	25
Figure 6 (page 160) : Col de l'utérus : taux standardisés d'incidence 2007-2016 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95%, par région de France métropolitaine. Rapport d'estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016 – Nouvelle-Aquitaine. Santé Publique France Janvier 2019	26
Figure 7 (page 160) : Col de l'utérus, situation infra-régionale, Nouvelle-Aquitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence lissés (SIR), accompagnés des intervalles de confiance à 95%. Rapport d'estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016 – Nouvelle-Aquitaine. Santé Publique France Janvier 2019	26
Figure 8 : Histoire naturelle de l'infection HPV et du cancer du col de l'utérus	27
Figure 9 : Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans par région et par département, 2015-2017. Bull Epidemiol Hebd Septembre 2017	30
Figure 10 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU. Recommandations HAS 2019	36
Figure 11 : Répartition des médecins interviewés selon leur âge	47
Figure 12 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice	48

Figure 13 : Intervalle de distance entre le cabinet du médecin interrogé et celui du gynécologue le plus proche	48
Figure 14 : Répartition des médecins selon leur pratique du frottis.....	49
Figure 15 : Répartition des médecins selon la proposition de réalisation du frottis par un confrère.....	50
Figure 16 : Durée des entretiens.....	51
Figure 17 : Densité des médecins généralistes libéraux en 2017, pour 100 000 habitants, en Nouvelle-Aquitaine. Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine, 2018.....	127

BIBLIOGRAPHIE

1. Hamers F, Woronoff AS. Cancer du col de l'utérus en France : tendance de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. Bull Epidemiol Hebd. 2019 septembre 17;(22-23):410-16.
2. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus : Organisation et mise en place du programme de dépistage organisé [Internet]. INCa; 2020 [cited 2020 march]. Available from : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
3. Sauvaget C, Weiderpass E. Eradication du cancer du col utérin : une priorité de santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2019 septembre 17;(22-23):408-09.
4. Global Cancer Observatory. Cancer today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2021 january]. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/home>
5. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé Publique France; 2019 [cited 2020 April]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/donnees/#tabs>
6. European Commission. Cancer Screening in the European Union (2017). Report on the implementation of the Council. Recommendation on cancer screening. 2017 May; Brussels.
7. Garnier A, Brindel P. Les programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Europe : état des lieux en 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(13-14-15):222-27.
8. Baldauf JJ, Akladios C, Boisramé T, Faller E, Lecointre L, Fender M. Le dépistage du cancer du col de l'utérus doit continuer. Revue du Praticien. 2020 janvier;(70):109-10.
9. Institut National du Cancer. Vaccination contre les HPV et cancers [Internet]. INCa; 2020 [cited 2020 march]. Available from : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers>
10. De Rycke Y, Tubach F, Lafourcade A, Guillo S, Dalichampt M, Dahlab A et al. Cervical cancer screening coverage, management of squamous intraepithelial lesions and related costs in France. PLOS One. 2013.
11. Barre S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bull Epidemiol Hebd. 2017 janvier 24;(2-3):39-47.
12. Santé Publique France. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 - Nouvelle Aquitaine [Internet]. Santé Publique France; 2019 [cited 2020 April]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/rapport->

[synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-nouvelle-aquitaine](#)

13. Bouuaert C, Cabut C. Place du médecin généraliste dans une stratégie de dépistage du cancer du col utérin. *Revue médicale de Liège*. 1996 janvier;50(12):517-24.
14. Lésions bénignes du col utérin. Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin. Dans: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 4^e eds. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. p. 207-37.
15. Haute Autorité de Santé. Vaccination contre les papillomavirus chez les garçons [Internet]. HAS; 2019 [cited 2020 december]. Available from : [fiche synthese de la recommandation vaccinale vaccination contre les papillomavirus chez les garcons.pdf \(has-sante.fr\)](#)
16. Fourqueron C. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité : freins à la participation, implications sur la prise en charge en médecine générale. Thèse de médecine, Rennes: Université de Rennes; 2016.
17. Satger L. Analyse des facteurs d'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus dans la région Occitanie. Thèse de médecine, Montpellier: Université de Montpellier; 2018.
18. Fonteneau L, Barret AS, Levy-Bruhl D. Evolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France 2008-2018. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019 septembre 17;(22-23):424-30.
19. Gardasil 9. Dans: Dictionnaire Vidal. Issy-les-Moulineaux: Vidal France; 2020.
20. Hamers F, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France 2012-2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019 septembre 17;(22-23):417-23.
21. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. HAS; 2010 [cited 2020 march]. Available from : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
22. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. HAS; 2010 [cited 2020 december]. Available from : [État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Argumentaire \(has-sante.fr\)](#)
23. Rolland M. Analyse des obstacles rencontrés par les femmes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin lors d'une enquête qualitative réalisée à Brest de juin à septembre 2014. Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Brest: Université de Brest; 2015.

24. Pelletier M. Influence de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de la CPAM de Flandre sur le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus de leurs patientes. Thèse de médecine, Lille: Université de Lille 2; 2017.
25. Médecins du monde. Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cited 2020 march]. Available from : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2017/03/17/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus>
26. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2012;4(43):261-68.
27. Legifrance. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cited 2020 march]. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
28. Haute Autorité de Santé. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 [Internet]. HAS; 2019 [cited 2020 march]. Available from : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
29. Australian Institute of Health and Welfare. National Cervical Screening Program monitoring report 2020 [Internet]. AIHW; 2020 [cited 2020 december]. Available from : [National Cervical Screening Program monitoring report 2020, Summary - Australian Institute of Health and Welfare \(aihw.gov.au\)](https://www.aihw.gov.au/national-cervical-screening-program-monitoring-report-2020-summary)
30. Australian Institute of Health and Welfare. Analysis of cancer outcomes and screening behaviour for national cancer screening programs in Australia [Internet]. AIHW; 2018 [cited 2020 december]. Available from : [Analysis of cancer outcomes and screening behaviour for national cancer screening programs in Australia, Summary - Australian Institute of Health and Welfare \(aihw.gov.au\)](https://www.aihw.gov.au/analysis-of-cancer-outcomes-and-screening-behaviour-for-national-cancer-screening-programs-in-australia-summary)
31. Beltzer N, Hamers FF, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(2-3):26-31.
32. Rédaction prescrire. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France : sur invitation. *Rev Prescrire*. 2019;39(428):423.
33. Baldauf JJ, Fender M. Vers un prochain dépistage national du cancer du col de l'utérus ? *Le concours médical*. 2015 février;137(2):113-14.

34. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. HAS; 2019 [cited 2020 march]. Available from : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
35. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H, et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):59-65.
36. Bernard E, Saint-Lary O, Haroubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Revue Santé Publique. 2013;3(25):255-62.
37. Chenouard R. Le test HPV urinaire proposé comme alternative au frottis cervico-utérin. Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2016.
38. Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} édition. Coédition Global Média Santé et CNGE productions; 2018.
39. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007; 19(6):349-57.
40. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough ? : An Experiment with Data Saturation and Variability. Field Methods. 2006;18(1):59-82.
41. Ministère des Solidarités et de la Santé. Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. [cited 2020 march]. Available from : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine>
42. Legroux C. Motivations et attentes des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits aux DU ou DIU de gynécologie proposés à Bordeaux. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
43. Rouziers A, Marill B. Comment améliorer l'adhésion des patientes échappant au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin : propositions des médecins généralistes. Thèse de médecine, Toulouse: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2018.
44. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA septembre 2010 [Internet]. INCa; 2010 [cited 2021 january]. Available from: <http://e-cancer.fr>
45. Couturier A. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale : stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. Thèse de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2018.

46. Legifrance. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Publié au JORF n°0248 du 23 octobre 2016. [Internet]. [cited 2021 january]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608>
47. Adriansen H. Etat des lieux de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de Picardie. Thèse de médecine, Amiens: Université de Picardie Jules Vernes; 2017.
48. Sedjai A. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, participation et parcours de santé des patientes concernées. Thèse de médecine, Marseille: Université des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille; 2019.
49. Guillaume CE. Evaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
50. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot; 2010.
51. DREES. Etudes et résultats. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. DREES ; mars 2012 [cited 2021 january]. Available from : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
52. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. Le quotidien du médecin; mai 2017 [cited 2021 january]. Available from : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
53. Purgues S, Fourneyron E. La prise en charge gynécologique en Nouvelle-Aquitaine. Rapport d'une étude qualitative menée auprès de médecins gynécologues, de médecins généralistes et de sages-femmes. URPS, médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine. Février 2019.
54. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013;108(24):165-69.
55. Haute Autorité de Santé. Avis n°2019.0033/AC/SEESP du 29 mai 2019 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la place des consultations de prévention dans la stratégie nationale de santé [Internet]. HAS; 2019 [cited 2021 january]. Available from : <https://www.has-sante.fr>
56. Le Dû D, Rigal L, Dinh A, Davido B, Perronne C, Gilberg S. Acceptabilité du vaccin contre les papillomavirus humains par les médecins généralistes. 12^{ème} journées nationales d'infectiologie. 2011; Toulouse.

57. Degoue M. Place de la vaccination anti-HPV dans la pratique des médecins généralistes. Thèse de médecine, Grenoble: Université de Grenoble Alpes; 2019.
58. Gineste E. La vaccination contre les papillomavirus et le suivi gynécologique : une enquête par auto-questionnaire chez les médecins généralistes et leurs patientes en Limousin en 2011. Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2012.
59. Institut National du Cancer. Vaccination contre les HPV : enquête de perception auprès des médecins généralistes et des parents [Internet]. INCa; 2019 [cited 2021 january]. Available from : <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Vaccination-contre-les-HPV-enquete-de-perception-aupres-des-medecins-generalistes-et-des-parents>
60. Dépistage des cancers - Centre de coordination - Centre-Val de Loire. Qu'est-ce que l'Auto-Prélèvement Vaginal ? [Internet]. Dépistage des cancers; 2021 [cited 2021 january]. Available from : <https://depistage-cancer.fr/centre/56-37-divers/549-qu-est-ce-que-l-auto-prelevement-vaginal-apv>
61. Bosgraaf RP, Verhoef VM, Massuger LF, Siebers AG, Bulten J, de Kuyper-de Ridder GM, et al. Comparative performance of novel self-sampling methods in detecting high-risk human papillomavirus in 30, 130 women not attending cervical screening. *Int J Cancer*. 2015;136(3):646-55.
62. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *BMJ*. 2018 Dec 5;363:K4823.
63. Haguenoer K, Giraudeau B, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, de Pinieux I, et al. Performance de l'auto-prélèvement vaginal sec pour la détection des infections à papillomavirus à haut risque oncogène dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus: une étude transversale. *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;(13-14-15):248-54.
64. Aarnio R, Östensson E, Olovsson M, Gustavsson I, Gyllensten U. Cost-effectiveness analysis of repeated self-sampling for HPV testing in primary cervical screening: a randomized study. *BMC Cancer*. 2020 July 13;20(1):645.
65. Malone C, Barnabas RV, Buist DSM, Tiro JA, Winer RL. Cost-effectiveness studies of HPV self-sampling: A systematic review. *Prev Med*. 2020 Mar;132:105953.
66. Marshall S, Vahabi M, Lofters A. Acceptability, feasibility and uptake of HPV self-sampling among immigrant minority women: a focused literature review. *J Immigr Minor Health*. 2019 Dec;21(6): 1380-93.
67. Bottero J, Reques L, Rolland C, Lallemand A, Lahmidi N, Hamers FF, et al. Apport de l'Auto-Prélèvement Vaginal (APV) de détection des Papillomavirus (HPV) pour promouvoir le dépistage du Cancer du Col de l'Utérus (CCU) de femmes en situation de précarité en France. Poitiers; 2020.

68. Pathak N, Dodds J, Zamora J, Khan K. Accuracy of urinary human papillomavirus testing for presence of cervical HPV: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;349:g5264.
69. Vorsters A, Micalessi I, Bilcke J, Ieven M, Bogers J, Van Damme P. Detection of human papillomavirus DNA in urine. A review of the literature. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2012 May;31(5):627-40.
70. Ducancelle A, Legrand MC, Pivert A, Veillon P, Le Guillou-Guillemette H, De Brux MA, et al. Interest of human papillomavirus DNA quantification and genotyping in paired cervical and urine samples to detect cervical lesions. *Arch Gynecol Obstet*. 2014 Aug;290(2):299-308.
71. Payan C. Le test urinaire HPV, une alternative au frottis. *Egora*. 2014 décembre;37:17.
72. Frati ER, Martinelli M, Fasoli E, Colzani D, Bianchi S, Binda S et al. HPV testing from dried urine spots as a tool for cervical cancer screening in low-income countries. *Biomed Res Int*. 2015;2015:283036.
73. Ducancelle A, Reiser J, Pivert A, Le Guillou-Guillemette H, Le Duc-Banaszuk AS, Lunel-Fabiani F. Home-based urinary HPV DNA testing in women who do not attend cervical cancer screening clinics. *J Infect*. 2015 Sep;71(3):377-84.
74. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 [Internet]. Agence Régionale de Santé; 2017 [cited 2021 january]. Available from : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/PRS_NA_Diag_regional_09_2017.pdf?fbclid=IwAR2b4ZjJln5CqxwkgfE6Rnf7eXMIbTImB81N8l1aCQdbZXAp6ABYz2lzNfY
75. Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine. Atlas de la Santé [Internet]. ORS; 2018 [cited 2021 january]. Available from : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Offre_sante.pdf
- 76 Legifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. [cited 2021 january]. Available from : https://circulaire.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031916510/2016-01-28
77. CPTS Nouvelle-Aquitaine. Liste des CPTS [Internet]. [cited 2021 january]. Available from : <https://www.cpts-na.org/liste-des-cpts>
78. DREES. Etudes et Statistiques [Internet]. DREES; 2018 [cited 2021 january]. Available from : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
79. Conseil national de l'ordre des médecins. Situation au 1^{er} janvier 2020. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Paris: CNOM; 2020 [cited 2021 january]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

80. DREES. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. Paris: DREES; 2019 [cited 2021 january]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>

81. DREES. La répartition géographique des professionnels de santé de premiers recours [Internet]. DREES; 2016 [cited 2021 january]. Available from : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche6-3.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directionnel

Bonjour, nous sommes deux étudiantes en médecine générale qui, dans le cadre de notre travail de thèse de fin d'étude, souhaiterions faire le point sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et les pratiques des médecins généralistes dans ce secteur d'activité en Gironde et Pyrénées-Atlantiques.

Nous vous remercions d'avoir accepté de nous rencontrer pour participer à cette étude qualitative.

Notre échange va être enregistré. Il sera ensuite retranscrit et les données seront anonymisées. Vous avez la possibilité de l'interrompre si vous le souhaitez. L'enregistrement ne sera conservé que pendant la durée de l'étude. Il sera ensuite détruit.

Cette étude a fait l'objet d'une demande d'autorisation au Comité National de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Caractérisation des médecins interrogés :

- Age (< 40 ans; entre 40 et 50 ans; entre 50 et 60 ans; > 60 ans)
- Sexe
- Mode d'exercice : seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire (MSP)
- Milieu d'exercice : rural ou urbain (en fonction de comment vous le percevez)
- Informatisation ou non (dossiers informatiques, utilisation des alertes de vaccination/dépistage)
- Description de votre patientèle :
Plutôt jeune/âgée ? – proportion homme/femme ? – part de patients chroniques ? – statut social moyen ?
- Distance approximative avec un cabinet de gynécologie
- Pratique de la gynécologie au cabinet :
Pratique du frottis : rare/régulière/fréquente (hebdomadaire) ? – Proposition à la réalisation du frottis par un autre confrère : rare/régulière/fréquente (hebdomadaire) ? – Proposition de la vaccination HPV : rare/régulière/systematique ?
- Possession d'un DIU en gynécologie

- Expérience en tant que maître de stage universitaire
- Lecture de revues médicales
- Participation à des FMC

Représentation du cancer du col de l'utérus pour le médecin généraliste

1) Que pensez-vous du cancer du col de l'utérus (en termes de santé publique) ?

Le dépistage du cancer du col de l'utérus : vision globale et implication auprès de la patientèle

2) Selon vous, comment se déroule un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus ?

2a) *A quelle population s'adresse-t-il ? Par quel moyen ? A quelle fréquence ?*

3) Que pensez-vous personnellement de cette stratégie de dépistage ?

3a) *Efficacité de la méthode suffisante ? Taux de couverture satisfaisant ?*

4) Approximativement dans votre patientèle, pouvez-vous me dire quel est le pourcentage de patientes, éligibles au dépistage du cancer du col utérin, à jour pour ce dernier ?

Le nouveau dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et ses conséquences en pratique

5) En prenant l'exemple des deux dépistages organisés déjà en place que sont le dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal : Quelle est la place de leur suivi dans votre pratique de tous les jours ?

6) Un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été pensé à l'échelle nationale en mai 2018 et va se développer courant 2020. Que pouvez-vous me dire sur le sujet ?

6a) *En connaissez-vous les grandes lignes ? Savez-vous ce qu'il apporte de nouveau par rapport au dépistage individuel ?*

6b) *Vous sentez-vous concerné par ces nouvelles mesures ? Seriez-vous intéressé pour en apprendre davantage ?*

Explications brèves : L'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus consiste à ce que les patientes éligibles à celui-ci et n'ayant pas réalisé de frottis au cours des trois dernières années, se voient adresser à leur domicile une invitation à le faire. Sur le plan régional, des centres de gestion auront ainsi pour principal objectif de repérer ces patientes et de les inciter à se faire dépister. Aussi, il a été décidé que le test HPV remplace l'analyse cytologique classique pour les femmes se faisant dépister après l'âge de 30 ans. En cas de négativité du test, un intervalle de 5 ans avec le suivant semble de rigueur, et non plus 3 ans comme jusqu'à ce jour. Enfin, la HAS souligne l'importance d'adresser à la patiente, à son médecin traitant (et/ou au professionnel de santé s'occupant de son suivi gynécologique) ainsi qu'au centre régional de coordination des dépistages, les résultats du test et ce quels qu'ils soient.

7) En quoi cela pourrait changer les pratiques des médecins généralistes dans ce secteur d'activité dans les années à venir ?

7a) Augmentation de la promotion du dépistage ? Augmentation de la pratique des frottis au cabinet du fait d'un intervalle passé à 5 ans ?

7b) Harmonisation des pratiques comme pour les autres cancers à dépistage organisé avec un aspect « systématique » de la proposition à se faire dépister ?

7c) Moindre recours aux différents spécialistes du fait de la protocolisation du dépistage ?

Obstacles persistants à la mise en place de ce dépistage en cabinet de médecine générale et leviers soulevés

8) Après cet entretien, quels freins voyez-vous à la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au cabinet ?

8a) Manque d'intérêt ?

8b) Manque de moyens : matériels ? information et formation initiale insuffisantes ?

8c) Acte considéré comme chronophage ?

8d) Intimité de la relation avec le médecin de famille ?

9) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'implication des médecins généralistes dans ce dépistage ?

Annexe 2 : Réponses attendues par les investigatrices

Les médecins généralistes pensent que :

- Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique mais il n'est finalement pas énormément retrouvé dans leur patientèle.
- C'est un cancer évitable qui survient chez la femme jeune.
- Sa promotion au dépistage n'est pas assez mise en avant et son taux de couverture est faible.
- Le frottis est un bon examen de dépistage s'il est réalisé correctement et à la bonne fréquence.
- La recherche du HPV pouvait jusque-là manquer car c'est la première cause de cancer du col de l'utérus.
- Les relations avec les gynécologues ne sont pas optimales et le suivi des patientes ne se fait pas bien à l'heure actuelle (par manque d'informations sur les résultats de frottis par exemple).
- Leur rôle est central dans la mise en place et l'organisation de ce dépistage.

Les médecins généralistes émettent des réserves sur :

- Leur changement de pratiques dans le sens acteur du frottis où pour beaucoup, la réalisation du frottis n'est pas exercée à ce jour et donc difficile à mettre en place dans des habitudes d'exercice déjà bien ancrées.
- Le fait d'arriver à libérer du temps et à s'organiser pour effectuer l'acte ou même expliquer cette pathologie, son dépistage et sa prise en charge.
- Leur formation et compétences en gynécologie.
- La persistance d'une intimité de la relation médecin-patiente puisque le geste en lui-même ne va pas changer et reste donc invasif.
- La rémunération de l'acte qui n'est pas assez valorisée.

Les médecins généralistes souhaitent :

- Être formés en gynécologie et plus précisément à la pratique du frottis.
- Recevoir de manière systématique les résultats de leurs patientes.
- Bénéficier d'une rémunération du frottis plus conséquente.

Annexe 3 : Exemple d'entretien

Caractérisation du médecin interrogé :

- Age : 56 ans, donc tranche d'âge comprise entre 50 et 60 ans.
- Sexe : Féminin.
- Mode d'exercice : En cabinet de groupe, nous sommes 3 médecins au total.
- Milieu d'exercice : Milieu rural.
- Informatisation ou non : Nous sommes informatisés, avec le logiciel Axisanté. Alertes vaccination oui, et euh dépistage non, je ne les utilise pas.
- Description de votre patientèle :
Patientèle plutôt jeune. Patientèle oui plutôt jeune, j'ai beaucoup d'enfants et de jeunes (me montre tous les dessins accrochés au mur de ses jeunes patients) – proportion homme/femme : plutôt des femmes, 70% de ma patientèle sont des femmes je dirais – part de patients chroniques : euh oui, mais forcément moins que mes associés, puisque moi je vois beaucoup d'enfants. Ouais je sais pas, je dirais 20% – statut social moyen : je pense qu'une bonne partie de mes patients sont agriculteurs. J'ai pas beaucoup de CMU franchement.
- Distance approximative avec un cabinet de gynécologie : 17 km environ.
- Pratique de la gynécologie au cabinet :
 - *Pratique du frottis : Oui. J'en fais au moins une fois par semaine donc oui régulièrement
 - *Proposition à la réalisation du frottis par un autre confrère : Oui, quand on voit des patientes oui, ça rentre dans la discussion et quand on revoit un peu son état de santé on aborde facilement l'examen gynécologique oui tout à fait. Moi je demande toujours si elles ont un gynécologue, s'il y a quelqu'un qui les suit et après voilà
 - *Proposition de la vaccination HPV : Oui oui oui, je la propose depuis un bon moment. J'ai commencé à vacciner les garçons depuis un bon moment (sourit). Ça aussi ça fait partie des inégalités sociales hein ! Des inégalités flagrantes je dirais ! Donc voilà, les garçons j'ai commencé à les vacciner cet été, bien que ça soit dans le calendrier vaccinal à partir de janvier, mais j'ai commencé les garçons à partir de 11 ans j'ai commencé là oui ! Et les mamans sont au courant, j'en parle pas mal !
- Possession d'un DIU en gynécologie : Non.
- Expérience en tant que maître de stage universitaire : Oui, j'accueille des internes depuis 3 ans.
- Lecture de revues médicales : Euh, très très peu (rit). Après je regarde ce qui se passe sur internet, mais peu de revues effectivement.
- Participation à des FMC : Alors je le fais en e-learning. Parce que j'en avais marre que ça soit centralisé à Bordeaux, et que ça nous fait au minimum 3 heures de route pour y

aller et au minimum 3 heures de route pour revenir. Ça fait trop loin pour nous, enfin moi je... ça fait des années qu'à corps et à cris on réclame des visios euh, parce qu'il y a tout le matériel à l'hôpital d'Oloron notamment, y'aurait de quoi faire depuis des années des visioconférences pour des formations et voilà, rien n'est mis en place ! Moi à la fac j'ai été aux journées de médecine générale il y a plusieurs années, on nous a promis que ça allait être démocratisé et qu'on allait avoir les formations à distance réalisées... eh beh voilà ! Les sociétés hors fac se sont organisées, on est sollicité par plein d'organismes de formation et voilà moi je fais comme ça. Le e-learning je le fais à mon rythme, je le fais chez moi et puis euh, il y a des organismes comme la Revue du Prat et la Chaine qui envoient des documents avec des référentiels, c'est bien fait, et on le fait à notre rythme ! Voilà !

I2 : Allez c'est parti ! Donc une thèse sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ! 9 questions, volontairement très ouvertes. L'objectif était de ne pas pouvoir répondre par oui ou par non. Si vous n'avez pas beaucoup d'éléments à apporter, je rebondirai, ou non. Il n'y a pas de souci ! Vous allez voir ça va être plutôt progressif, volontairement on va commencer à discuter du cancer du col puis après on parlera du dépistage. Donc première question sur le cancer du col : qu'est-ce que vous pensez du cancer du col de l'utérus en termes d'importance de santé publique ?

M18 : Alors euh pfff... c'est une bonne question (rit) ! Euh, je n'ai pas un très bon reflet parce que euh, je ne vois pas dans la patientèle beaucoup de euh, de personnes qui ont été suivies pour un cancer du col. Par contre oui, on voit des atypies, on voit des jeunes filles qui ont des dysplasies, qui ont eu des conisations... mais en pourcentage euh, ouais je pourrais les citer sur les doigts d'une main quoi, enfin des personnes de ma patientèle qui ont eu des conisations quoi. Euh, voilà. Je pense qu'il y a des secteurs où il y a plus de frottis anormaux.

I2 : D'accord, donc le reflet de votre patientèle fait que pour vous c'est, au moins sur le plan quantitatif, petit ?

M18 : Oui très, très peu présent, je trouve.

I2 : D'accord. Et maintenant si je rebondis sur le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, est-ce que tout simplement vous savez me dire comment aujourd'hui il se passe, comment il se déroule, à qui est-ce qu'il est proposé et par quel biais ?

M18 : Beh normalement c'est euh, moi je dis aux jeunes filles c'est à partir de 25 ans ! Donc ne t'inquiète pas, tu es libre de ton corps jusqu'à 25 ans (rit), on ne va pas t'embêter avec un spéculum, parce que je mets en place pas mal de contraceptions chez les jeunes filles et tout ça, donc moi je leur dis ne t'inquiète pas on ne va pas t'imposer ça, enfin t'imposer non mais on ne va pas te proposer un frottis avant l'âge de 25 ans. Après euh, alors après moi je ne le fais pas généralement à 25 ans parce que c'est des jeunes que j'ai suivi depuis l'enfance, et après où je mets en place une contraception et souvent, je pense pour le frottis, elles vont après voir les

gynécos. Voilà. Et après c'est tous les 3 ans pour l'HPV quoi, où on fait la recherche HPV quoi, on fait plus la cellularité à part s'il y a une recherche de HPV qui s'était avérée positive !

I2 : Et jusqu'à quel âge vous suivez vos patientes par frottis ?

M18 : 64 ans !

I2 : Ok très bien ça marche. Et qu'est-ce que vous pensez vous, donc ça c'est ma troisième question, sur ce dépistage individuel là, qu'est-ce que vous pensez en termes de stratégie de dépistage et d'efficacité de la méthode ?

M18 : Comment ça d'efficacité ?

I2 : Et bien là on était sur un modèle de dépistage individuel, qu'est-ce que vous pensez tout simplement de cette méthode en termes de taux de couverture de la patientèle et... (Me coupe la parole)

M18 : Après ça c'est euh, c'est très médecin-dépendant déjà, et en fait quand les dames ne viennent pas voir leur médecin, si elles n'ont jamais eu de suivi gynéco, elles passent complètement à l'as, ça c'est clair ! C'est un suivi individuel, si on a un suivi habituel, si on a déjà pris en compte qu'il fallait se faire suivre chez une gynéco ou chez un médecin généraliste pour ce sujet-là. Mais on a beaucoup de dames qui effectivement échappent à tout ça, dans un milieu agricole ou comme ça, il y a beaucoup de dames qui échappent à ce dépistage, ça c'est sûr.

I2 : D'accord, ok. Involontairement on essayait de faire dire aux médecins peut-être les limites de la stratégie actuelle, donc vous y voyez des limites !

M18 : Ah beh oui, complètement ! Complètement, parce que déjà euh, déjà la mammographie comment les personnes sont sollicitées et combien de lettres Pyradec sont mises de côté et quand on les sollicite, on les resollicite, et on voit pas venir ! Parce que moi je surveille tous les deux ans le test CCR et la mammo, même si j'ai pas d'alerte je regarde tout le temps. Donc oui quand ils sont sollicités déjà à la maison comment il s'est peu produit d'effet, alors quand ils ne sont pas sollicités du tout... ça ne vient pas à l'idée des dames hein, de toute façon, le cancer du col de l'utérus euh, elles ne savent pas du tout de quoi on parle en fait en général. Parce que c'est très flou en fait, qu'est-ce que c'est le col de l'utérus euh, c'est quand même euh (rit), non mais je fais des schémas moi, moi quand je leur explique pourquoi on le fait et où est-ce que ça se situe, et puis qu'est-ce qu'on fait comme geste ! Et qu'est-ce que ça représente quoi ! J'essaie de faire des schémas oui parce que des fois c'est un flou hein, vraiment, même chez la jeune fille je fais des schémas des fois parce que euh, c'est un grand flou quand même !

I2 : Oui, tout à fait, vous avez tout à fait raison ! Ensuite, pour la quatrième question, donc toujours autour de ce dépistage individuel hein avant d'aborder le nouveau mais, est-ce que vous sauriez, là aussi approximativement, me dire dans votre patientèle hein de cette tranche-là de dames éligibles au dépistage, le pourcentage de dames qui sont à jour ?

M18 : A jour euh, fff, pfff sur cette tranche d'âge de dames donc à partir de 25 jusqu'à 64 ans... euh beh il y a toute la tranche 50 euh, parce que il y a des dames qui me disent « depuis la

naissance du dernier je n'ai jamais vu de gynéco » (rit) ! Donc euh... euh, je ne sais pas s'il y a 30% de dames, je dirais que c'est très bas. Franchement. Ouais.

I2 : Ok !

M18 : Et nous les premiers d'ailleurs hein, parce qu'on leur dit « mais vous n'avez pas fait le frottis ? Mais qu'est-ce que c'est ?! » et qu'elles répondent « ah non moi je n'en ferai pas, parce que maintenant je n'ai plus envie d'en faire » et quand on a pas le temps en plus on ne va pas y mettre un quart d'heure pour resolliciter, pour expliquer le pourquoi du machin. Et elles, elles se disent « ah bah, je n'ai connu qu'un mari, il est là depuis 30 ans, je vois pas pourquoi je m'embêterai à faire un frottis ! » Parce que quand on explique que c'est pour rechercher un virus qui se transmet par voie sexuelle, bah pfff, moi c'est pas possible (rit) !

I2 : Ok super, ça marche !! Ensuite, donc on arrive un petit peu plus dans le vif du sujet donc à mi questionnaire ! Euh, pour faire la transition entre donc le dépistage individuel et pour arriver sur le dépistage organisé du cancer du col, on pose une cinquième question autour des dépistages organisés qui existent déjà donc le sein et le côlon ; quelle est leur place dans leur suivi, dans votre médecine de tous les jours ?

M18 : Alors moi j'y mets une grande importance, je sollicite beaucoup !

I2 : Est-ce que vous diriez presque que vous êtes systématique ?

M18 : Ah ouais, ouais, ouais, je regarde euh, oui, chez les patients chroniques que je reçois pour un renouvellement d'hypertension, ou même des personnes que je vois une fois par an pour les certificats de sport ou des consultations de contrôle ou comme ça, les gens viennent chercher souvent des prises de sang, parce qu'ils ont toujours cette représentation de la prise de sang qui dévoile tout, mais euh oui chaque fois moi j'aborde le sujet des dépistages. Voilà oui tout à fait.

I2 : Ok super. D'accord ! Très bien, donc maintenant parlons peu parlons bien, donc un dépistage organisé s'est mis en place pour le cancer du col de l'utérus, donc le troisième en France ! Il s'est développé sur le tard à partir de cet été là, 2020. Est-ce que vous en avez entendu parler ?

M18 : Oui, parce que j'ai reçu une dame et je lui ai fait un frottis avec ce formulaire reçu !

I2 : Vous êtes la première à me le dire !

M18 : Une dame de 64 ans là ! Et d'ailleurs, moi comme je ne savais pas quoi en faire j'ai appelé là sur un numéro !

I2 : Oui les formulaires que j'ai apportés ne sont peut-être pas les officiels mais vous voyez celui-ci de cette lettre d'information vous avez dû le recevoir cet été !

M18 : Oui tout à fait donc je savais que ça allait arriver ! Mais ce n'est pas de celui-là dont je me suis servi, c'était sur celui de la dame, donc j'ai téléphoné au médecin qui s'occupe du dépistage Pyradec à Pau, mais c'est pas la même personne qui s'occupe des tests du cancer colo-rectal ; et donc je l'ai appelée pour savoir quel matériel je devais utiliser. Parce qu'en fait je ne savais pas, pour le cancer colo-rectal on a du matériel spécifique, je ne savais pas quel euh... eh beh elle ne savait pas quoi me dire non plus ! Donc j'étais bien avancée ! (Sourit) Et

donc j'ai dit à la dame « eh beh revenez la prochaine fois, on reprend un rendez-vous spécifiquement pour ça, pour le frottis ! » parce que ça aussi je leur explique aux dames, parce que souvent elles prennent un rendez-vous on parle de l'hypertension, du machin truc, je leur dis « non, non, c'est quand même un temps dédié à la consultation gynéco donc c'est différent » ! Donc la patiente est revenue, et en fait j'avais appelé biopole pour savoir ce qu'il fallait faire !

I2 : Ah et oui, et qu'est-ce qu'on vous a répondu ?

M18 : Il m'a dit non, non le matériel qu'on vous fournit c'est le bon, avec le flacon et les brossettes, et donc c'est celui-là et on fait la recherche HPV dessus. Donc il n'y a pas de souci ! Et si jamais il y a une cellularité à rechercher, on le fait sur le même prélèvement.

I2 : D'accord. Et donc oui pour rebondir, donc ça c'était votre première expérience, et pour rebondir sur cette première lettre d'information quand elle vous est arrivée cet été ; théoriquement il y'a eu cette lettre et un mail, vous l'aviez lu ?

M18 : Oui ! Oui je l'ai lu qu'il y avait un dépistage organisé.

I2 : D'accord donc ça vous étiez au courant. Et du coup est-ce que vous sauriez m'en dire très rapidement les grandes lignes ? Et qu'est-ce que ça change, il était individuel donc à la demande des patientes, qu'est-ce que ça... (Me coupe la parole)

M18 : Et bin moi je me suis dit que peut-être que j'allais voir arriver plus de personnes effectivement, ou après euh plus de personnes iraient voir les gynécos quoi. Après moi ce que je regrette par rapport aux gynécos, c'est qu'on n'a pas de comptes-rendus... on n'est pas... alors le Dr H. oui, de temps en temps, de temps en temps on est en correspondance sur les frottis, mais c'est pas souvent quoi qu'on reçoit, enfin on sait pas on est obligé de demander nous aux dames s'ils elles ont fait un frottis, et quand, on n'a pas de courrier de spécialistes et de suivi. Alors voilà, de temps en temps on les a mais c'est vraiment aléatoire. Et ça ça serait important ! Donc voilà, mais ouais je me suis dit que ça allait toucher plus de personnes ça c'est sûr. Mais après c'est à nous de l'expliquer parce que euh, ce frottis-là, y'a beaucoup de gens déjà le cancer du sein c'est quelque chose qui fait peur, et quand les personnes ont connaissance de personnes qui ont un cancer du sein voilà, et y'en a beaucoup qui ne le passent pas, et donc voilà ça pour beaucoup c'est, c'est du flou artistique, donc elles ne voient pas pourquoi elles le font. Moi je pense que c'est une très très bonne chose et qu'il faut expliquer pourquoi on le fait, mais c'est une très très bonne chose pour sensibiliser.

I2 : Oui tout à fait ! Donc pour vous en décrire les grandes lignes, c'est ce que vous m'avez dit hein, sur cette tranche d'âge-là de patientes de 25 à 65 ans, elles seront sollicitées à la maison par ce genre de lettre qu'elle vous a montré, avec théoriquement des étiquettes à la fin, est-ce que c'était ça ?

M18 : Oui c'est ça, oui, oui !

I2 : Ok ! Donc voilà c'est le même matériel, c'est le même geste, et on étiquette pour faire voir que voilà cette patiente je l'ai récupérée via le dépistage organisé. Uniquement les dames non à jour reçoivent ces lettres, toutes ne sont donc pas sensibilisées hein, celles qui avaient l'habitude de presque trop le faire ne recevront jamais cette lettre, voilà donc sur un listing des

remboursements de frottis, qui l'a eu dans les trois dernières années et si on ne l'a pas fait alors on lui adresse une lettre. Ils ont en effet commencé par sensibiliser les plus anciennes patientes qui vont ensuite disparaître des relances ! Les plus jeunes seront sollicitées par la suite. Concernant les résultats, tous les résultats seront adressés à la patiente, là aussi elle ne le recevait pas systématiquement son résultat d'anapath donc là elle le recevra, celui qui a pratiqué le frottis, et le médecin traitant qui a son tour rentre dans la boucle. Donc quand on passera par ce biais-là du dépistage organisé, il recevra lui aussi le résultat. Alors ensuite je ne sais pas si vous vous le saviez, mais une dame se présentant avec cette lettre et ses étiquettes, théoriquement n'avance pas les frais de frottis !

M18 : Ah oui non ça je ne savais pas !

I2 : Donc la consultation classique par contre, mais la partie frottis théoriquement vous vous devez la coter mais c'est du 100%. C'est la sécu qui prend en charge.

M18 : Oula d'accord, je sais pas comment on fait ça ! En vrai c'est pas prévu ça, on peut pas faire un tiers payant sur une seule partie... bon ! Ok !

I2 : En effet c'est à étudier !! Aussi pour vous dire, et ça vous me l'avez déjà dit spontanément mais je vous le redis ; en effet c'est passé en recherche HPV systématique, à partir de l'âge de 30 ans, donc pas pour les premiers, mais de 30 à 65 ça sera une recherche HPV en premier et si anomalie et positivité, recherche et analyse cytologique !

M18 : Oui voilà tout à fait.

I2 : Et la dernière subtilité et vous ne le savez peut-être pas, autant avant quand on faisait un frottis on faisait analyse cellulaire, si atypie ou ASCUS on recherchait le HPV, et donc effectivement comme cette recherche de HPV n'était pas systématique on faisait un rythme de tous les trois ans ; et puisque là on le cherche et comme vous dites si on a pas changé d'habitudes ou de pratiques, alors on passe à tous les 5 ans.

M18 : Oui, voilà, c'est ce que j'avais vu !

I2 : Voilà, ce sont donc les dernières recommandations. Et pour la partie praticiens, donc théoriquement tous les médecins généralistes, au moins de la Nouvelle-Aquitaine, ont reçu ce courrier. C'est une première lettre d'information hein, une petite, mais ç'en est une ! Après il devrait pouvoir y avoir une organisation de soirées pour expliquer le lancement de ce dépistage auprès des médecins généralistes, sûrement courant d'année prochaine. En même temps sûrement faire aussi des rappels de gynéco, des rappels de frottis ; il devrait normalement y avoir une partie en présentiel et une partie en e-learning. Voilà en gros les grandes lignes. Donc on arrive en fin de questionnaire, maintenant que j'ai un tout petit peu expliqué ce nouveau protocole de dépistage organisé, en quoi cela pourrait changer vos pratiques de médecin généraliste dans les mois ou années à venir ?

M18 : Beh je me dis s'il y a plus de personnes qui reçoivent ce papier, peut-être qu'il y en aura plus spontanément qui vont nous en parler... et on fera plus de frottis ici, moi je pense ! En tout cas j'espère, parce qu'il y a des dames qui n'ont pas l'habitude d'aller à Oloron pour voir des médecins, ou qui n'aiment pas changer, parce que c'est quand même compliqué pour des personnes beh là on s'attache à des personnes de 64-65 ans, bon il y a des personnes qui n'ont

pas l'habitude du tout de ces examens-là quoi ! Donc ça peut les rassurer aussi que leur médecin traitant puisse en faire quoi. Et ça elles ne le savent pas, ça y'a beaucoup de dames qui ne savent pas. Elles me disent « mais y'a plus de gynécos, moi je ne sais pas où aller à Oloron » et tout ça, et moi je leur dis « et bien si ça vous arrange, moi je peux faire le frottis et tout ça, on va le faire ! » et elles sont ravies quoi ! Parce qu'elles n'ont pas à refaire connaissance avec un autre euh, praticien qu'elles ne connaissent pas, et puis il y a beaucoup de pudeur, et donc il y en a beaucoup qui sont rassurées que leur médecin le fasse, mais vraiment il y en a très peu qui le savent hein que leur médecin traitant peut faire des frottis. Après il y en a peut-être qui s'impliquent moins pour les faire mais... mais y'en a vraiment très peu qui savent.

I2 : Et est-ce que vous pensez aussi, donc là dans la pratique vous imaginez peut-être être amenée à en faire plus, et même dans votre abord à la promotion au dépistage est-ce que vous pensez que vous prêterez plus attention ?

M18 : Ah beh oui, tout à fait oui. On s'est mis à Doctolib depuis avant-hier et dans les motifs de consultation on a mis frottis hein, on a mis consultation pédiatrique, on a mis petite chirurgie, mais oui on a mis frottis au même titre que le reste.

I2 : Ok, et ça c'est une question personnelle mais dans l'organisation, vous vous organisez comment ? Vous vous y attribuez une demi-journée ? Ou ça se mélange dans le reste de vos consultations ?

M18 : Non non, voilà moi je mets un créneau d'une demi-heure sur le planning mais je l'intègre au reste des consults, moi j'aime bien varier voilà. Dans mes demi-journées je varie (sourit) !

I2 : Ok super !

M18 : Donc voilà moi ça me va très bien s'il y a plus de demandes !

I2 : Super, c'est positif c'est super !

M18 : Et bien oui, c'est dans la polyvalence de ce que l'on peut faire donc c'est bien (sourit).

I2 : Ok super ! C'est très intéressant de rencontrer des pratiques différentes, c'est très riche pour nous ! Donc maintenant que l'on a discuté un petit peu de tout ça, la partie négative, si vous en trouvez, est-ce que même après avoir expliqué que voilà qu'il y a des choses qui se passent et qui paraissent positives, est-ce que vous pensez que quand même il persistera des freins à la mise en place de ce dépistage, dans un cabinet lambda de médecine générale ?

M18 : D'accord donc en général ? De quel côté ?

I2 : Oui voilà de votre côté plutôt en tant que praticien !

M18 : Beh oui oui euh, ça rejoint ce que vous venez de dire euh, je pense qu'il y a des activités qui sont beaucoup plus euh, beh des médecins qui n'ont pas la pratique tout simplement, qui disent « beh moi je n'en ai jamais fait, je ne suis pas à l'aise avec ça hein ! » et ça peut aussi tout à fait se concevoir hein ! Peut-être pas à l'aise aussi avec une technique qu'on ne maîtrise pas et après beh, ça demande du temps aussi. Dans un cabinet médical si on veut pas être euh, enfin c'est quand même un spéculum que l'on met, c'est quand même un examen gynéco donc on peut pas le faire en un quart d'heure et on peut pas aussi l'amener comme une prise de

tension ! Donc oui ça demande du temps, et bon effectivement ça dépend de sa patientèle, ça dépend aussi de ses journées et euh, je peux concevoir que nous on a beh une activité complètement différente de certains cabinets qui sont sur saturés sur des consultations dans la journée...

I2 : Vous avez-vous une grosse patientèle ? Je vous coupe hein, mais comme vous en parliez !

M18 : Oui on a une grosse patientèle, oui, mais sûrement moins, enfin oui on a une grosse patientèle... enfin c'est différent, on a beaucoup de visites nous, par rapport au cabinet d'Oloron, et après on a sûrement moins de consultations oui ! Mais bon oui, on a 30 à 35 actes par jour je dirais. Bon voilà, je pense qu'on laisse du temps pour les consultations, voilà.

I2 : Ok. C'est votre gestion à vous. Donc oui voilà pour résumer ça serait le manque de technique, et de temps.

M18 : Oui je pense que certains peuvent appréhender le fait qu'ils n'en ont pas fait et qu'ils n'en feront pas et... ils peuvent décider que c'est un pan qu'ils n'aiment pas aussi, enfin moi il y a des pans de la médecine que je n'aime pas, que je n'aime pas et que je ne sais pas faire et parce que je n'aime pas ! Toute la diététique qu'il y a autour du diabète, tout l'accompagnement, vous me feriez une thèse sur l'accompagnement de la diététique chez un diabétique, je... non mais ouais je n'aime pas ! Et en plus je n'aime pas y passer du temps parce que je n'y entends rien et c'est une partie que je n'aime pas, il faut l'avouer. Y'a donc des médecins qui peuvent ne pas aimer faire des frottis, tout simplement ! Parce que ça ne les intéresse pas ! Et on a le droit ! Et on a le droit aussi, c'est pas parce qu'on est médecin généraliste que, on est largement polyvalent je trouve, on nous demande un avis sur tout alors que des fois on est comme les autres hein, on a des limites ! Donc on peut aussi dans notre polyvalence, avoir des champs d'activité qui nous plaisent et qui nous déplaisent hein. Moi je pense.

I2 : Oui tout à fait.

M18 : Et pour moi ils ne sont pas moins bons médecins pour autant ! Je pense que c'est aussi honnête de connaître ses limites.

I2 : Nous on s'était mis des petites sous questions au cas où le médecin ne rebondisse pas beaucoup mais on se disait aussi dans l'intimité de la relation, même vécue par certains médecins, par rapport à vous, ce n'est pas un blocage chez vous ?

M18 : Alors ça je vais rebondir là-dessus, c'est que moi je suis très à l'aise pour proposer des frottis et tout ça, mais je ne suis pas du tout à l'aise pour suivre des patients chroniques, que je suis depuis des années et que donc je connais très bien, pour leur faire un toucher rectal dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate ! Alors je comprendrais, qu'à l'inverse, qu'il y ait peut-être des médecins hommes qui suivent des patientes qui ont une relation peut-être familiale, enfin familière, dans une situation comme ça et qu'ils soient pas à l'aise de leur proposer un frottis ! Et ça moi je suis euh, je pense que ça met un frein aussi à des médecins généralistes hommes... bien qu'il y ait des médecins gynécos hommes et tout ça, mais les gynécos hommes ne suivent pas la dame dans son parcours de vie et peut-être dans des relations extra-professionnelles, au travers d'activités sportives ou même associatives. Nous ici on

connait tout le monde, on se connait très bien, c'est un microcosme quand même et euh voilà. Donc oui pour répondre à votre question, oui ça peut être un frein !

I2 : Tout à fait ! Allez dernière question et après je vous laisse tranquille, est-ce que vous auriez vous après tout ça, des suggestions pour améliorer l'implication du médecin généraliste dans ce nouveau dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ?

M18 : (Blanc) euh, je ne sais pas euh, peut-être nous sensibiliser plus au nombre de cas, enfin en santé publique vous me demandiez tout à l'heure et c'est vrai que moi je n'ai aucune idée du nombre de cas par an du cancer du col de l'utérus et des décès par cancer du col de l'utérus en France et tout ça... ouais voilà donc c'est vrai que euh... on accompagne tellement de patients sur des cancers du sein, des cancers du côlon, sur des préoccupations comme ça... et encore une fois moi je n'ai pas de connaissances où ça se passe pas bien donc euh, voilà. On est très sensibilisé pour le cancer du côlon quand on perd des patients de ce cancer-là, pareil pour le cancer du sein, c'est affectivement très perturbant et on a tous été confrontés à ça ce qui nous amène à être très très vigilants donc on appuie sur ces dépistages. Alors autant pour le cancer du col de l'utérus, on peut l'estimer moindre nous à notre niveau parce qu'on n'a pas accompagné aussi des personnes qui en sont touchées ou pour lesquelles ça s'est fini mal voilà, on n'a pas été imprégné d'histoires douloureuses par rapport à ça donc on se sent moins sensibilisé par rapport à ce dépistage-là.

I2 : D'accord, donc oui peut-être plus d'informations autour de ça... ?

M18 : Ouais, voilà, c'est peut-être plus par rapport à ça ouais. On est moins touché, voilà ! Mais ça c'est un point de vue personnel !

I2 : D'accord... on clôture sur ça !?

M18 : Oui, je n'ai pas d'autres idées !

I2 : Très bien, merci pour ce temps accordé !

■ FIN

Annexe 4 : Données d'anonymisation

Médecin	Durée de l'entretien (ht: mm:ss)	Age (ans)	Sexe	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Description de la patientèle	Distance avec cabinet de gynéco (km)	Pratique du frottis	Réalisation du frottis par un confrère	Proposition à la vaccination HPV	DIU de gynécologie	Maitre de stage universitaire	Participation à des FMC
Médecin 1	0:19:43	29	Féminin	Cabinet de groupe	Urbain	Tendance âgée - HIF: 50/50 - Peu de CMU	5	Jamais	Systématique	Systématique	Non	Non	Oui
Médecin 2	0:24:47	74	Masculin	MSP (salarié)	Rural	Tendance jeune - HIF: 50/50 - 50% de CMU	15	Rare	Fréquent	Systématique	Non	Non	Non
Médecin 3	0:22:06	60	Masculin	Cabinet de groupe	Urbain	Tendance âgée - HIF: 45/55 - <3% de CMU	1	Jamais	Systématique	Systématique	Non	Oui	Oui
Médecin 4	0:29:32	60	Féminin	Cabinet de groupe	Urbain	Tendance jeune - HIF: 45/55 - Très peu de CMU	0,5	Fréquent	Rare	Systématique	Non	Non	Parfois
Médecin 5	0:25:14	53	Masculin	Cabinet de groupe	Rural	Tendance jeune - HIF: 50/50 - 10% de CMU	0,2	Jamais	Systématique	Systématique	Non	Non	Oui
Médecin 6	0:25:07	35	Féminin	Cabinet de groupe	Urbain	Tendance jeune - HIF: 30/70 - Peu de CMU	5	Fréquent	Rare	Systématique	Oui	Non	Oui
Médecin 7	0:45:08	69	Masculin	Cabinet de groupe	Urbain	Tout type d'âge - HIF: 40/60 - Pas de CMU (activité secteur 2)	0,5	Jamais	Systématique	Systématique	Non	Non	Oui
Médecin 8	0:22:34	49	Masculin	MSP	Rural	Tout type d'âge - HIF: 50/50 - <5% de CMU	15	Régulier	Fréquent	Systématique	Non	Oui	Oui
Médecin 9	0:19:59	35	Féminin	MSP	Rural	Tendance jeune - HIF: 50/50 - Peu de CMU	15	Fréquent	Rare	Fréquent	Oui	Oui	Oui
Médecin 10	0:27:42	49	Féminin	Cabinet de groupe	Urbain	Tendance jeune - HIF: 50/50 - <3% de CMU	0,5	Fréquent	Rare	Systématique	Oui même 2	Oui	Oui
Médecin 11	0:32:29	33	Masculin	Cabinet de groupe	Rural	Tout type d'âge - HIF: 50/50 - Peu de CMU	20	Fréquent	Rare	Rare	Oui	Oui	Oui
Médecin 12	0:37:04	34	Masculin	Cabinet de groupe	Urbain	Tout type d'âge - HIF: 50/50 - Peu de CMU	10	Rare	Fréquent	Fréquent	Oui	Non	Oui
Médecin 13	1:05:43	48	Masculin	Seul	Rural	Tendance âgée - HIF: 40/60 - Peu de CMU	0,8	Jamais	Fréquent	Fréquent	Non	Oui	Oui
Médecin 14	0:44:32	54	Masculin	Cabinet de groupe	Rural	Tout type d'âge - HIF: 50/50 - Peu de CMU	30	Rare	Rare	Systématique	Non	Oui	Oui
Médecin 15	0:36:29	33	Féminin	Cabinet de groupe	Rural	Tout type d'âge - HIF: 40/60 - 5% de CMU	1	Jamais	Systématique	Systématique	Non	Non	Oui
Médecin 16	0:26:56	35	Féminin	Seul	Urbain	Tout type d'âge - HIF: 50/50 - 7% de CMU	1	Rare	Systématique	Fréquent	Non	Non	Non
Médecin 17	0:41:45	61	Masculin	Cabinet de groupe	Urbain	Tendance âgée - HIF: 45/55 - 7% de CMU	15	Jamais	Fréquent	Rare	Non	Non	Oui
Médecin 18	0:33:59	56	Féminin	Cabinet de groupe	Rural	Tendance jeune - HIF: 30/70 - Peu de CMU	17	Fréquent	Fréquent	Systématique	Non	Oui	Oui
Médecin 19	0:28:28	35	Féminin	Cabinet de groupe	Rural	Tendance âgée - HIF: 40/60 - Très peu de CMU	30	Rare	Fréquent	Fréquent	Non	Non	Oui
Médecin 20	0:21:34	46	Féminin	Cabinet de groupe	Urbain	Tendance jeune - HIF: 40/60 - 35% de CMU	0,5	Fréquent	Systématique	Rare	Non	Non	Oui

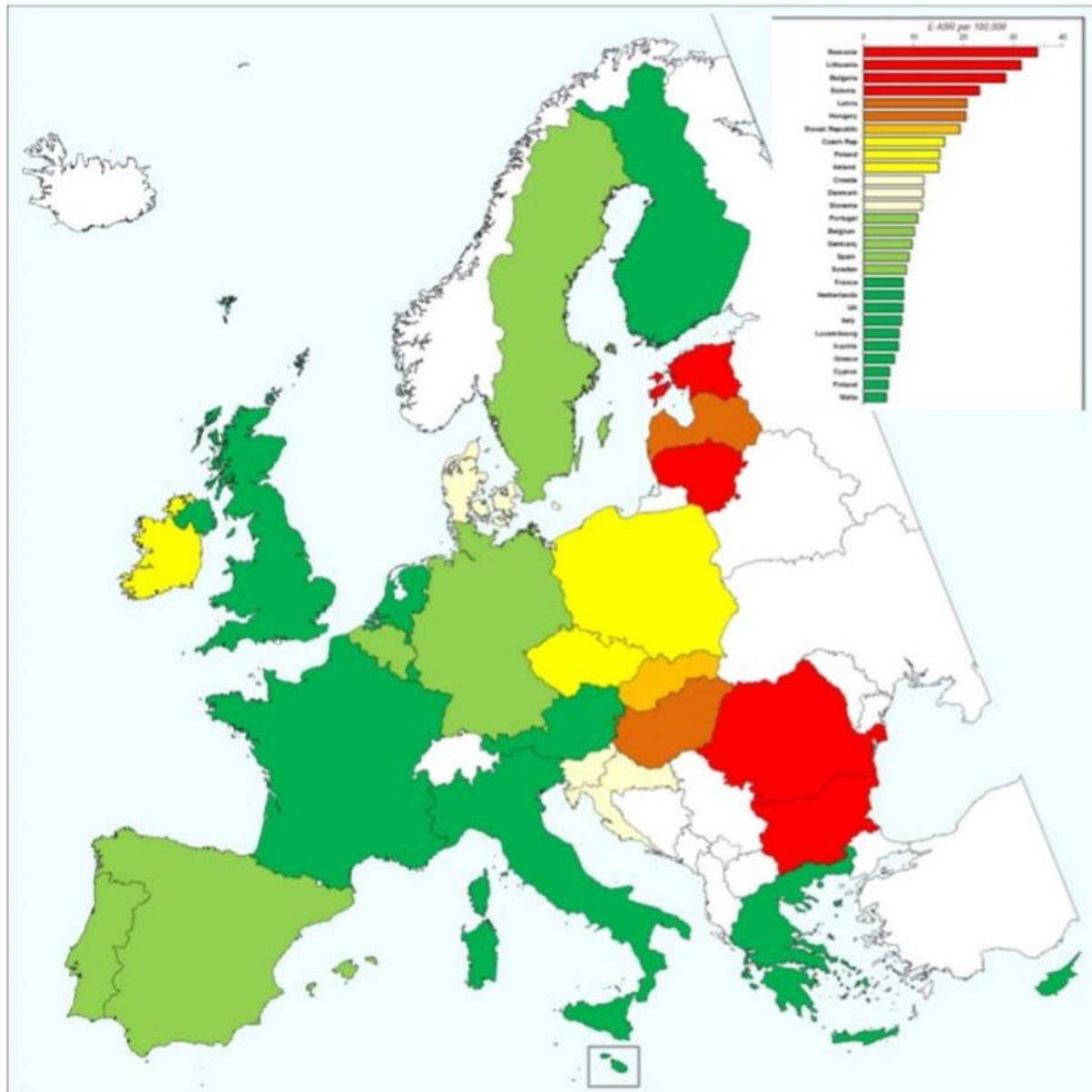
Annexe 5 : Figures complémentaires

Figure 3 : European age-standardized incidence rates of cervical cancer (E-ASR/100 000 women-years) in the 28 member states of the EU (estimates for 2012 ; direct standardization using the European reference population). Cancer screening in the European Union 2017.

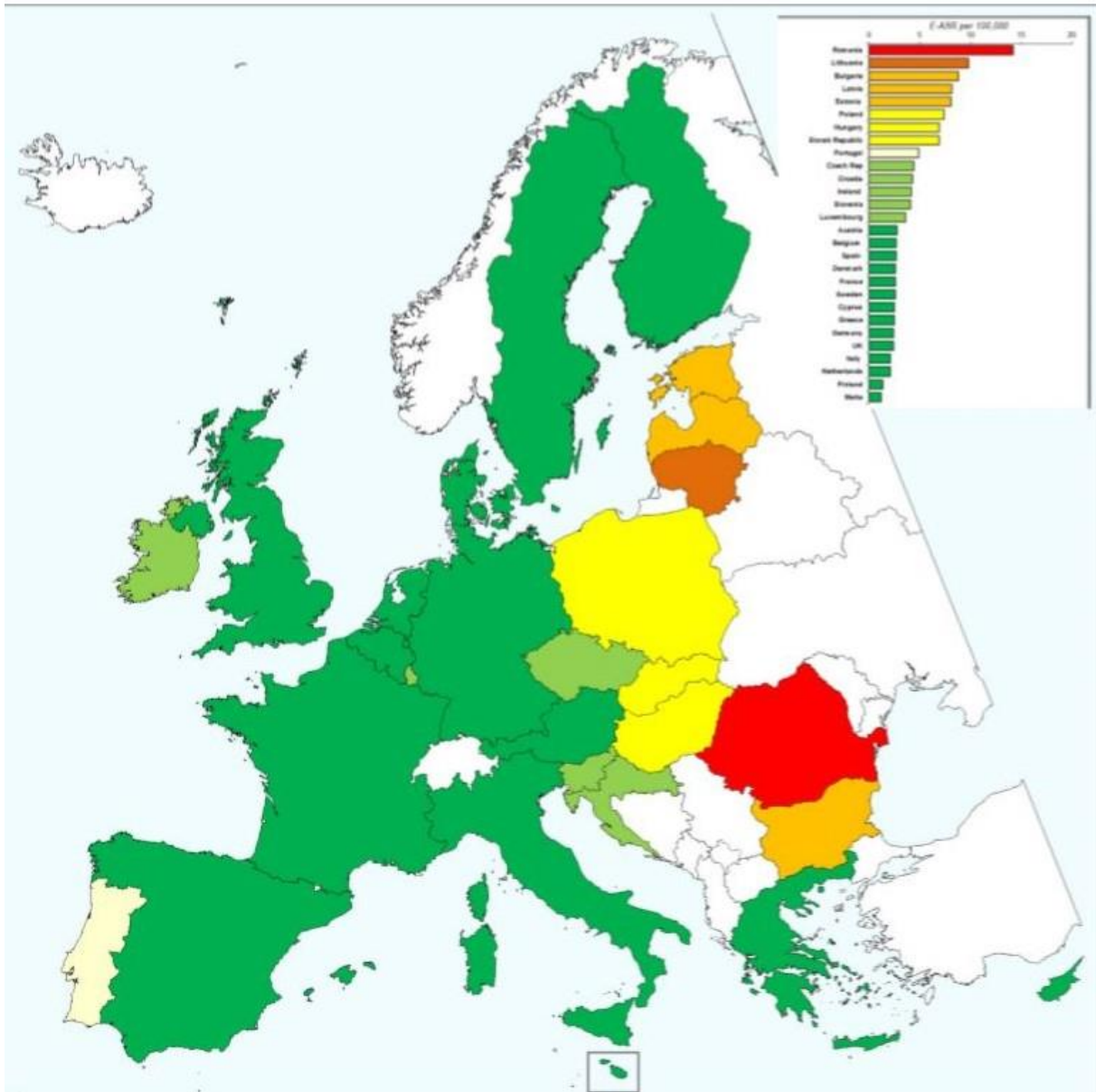


Figure 4 : European age-standardized mortality rates of cervical cancer (E-ASR/100 000 women-years) in the 28 member states of the EU (estimates for 2012; direct standardization using the European reference population). Cancer screening in the European Union 2017.

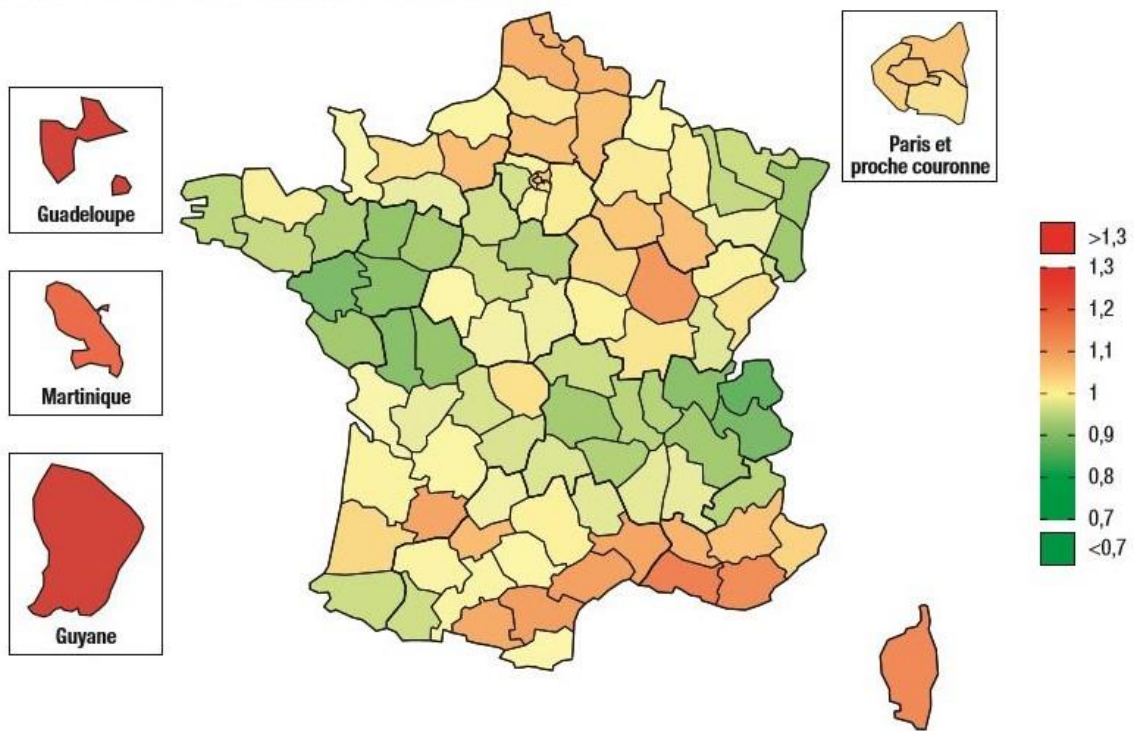
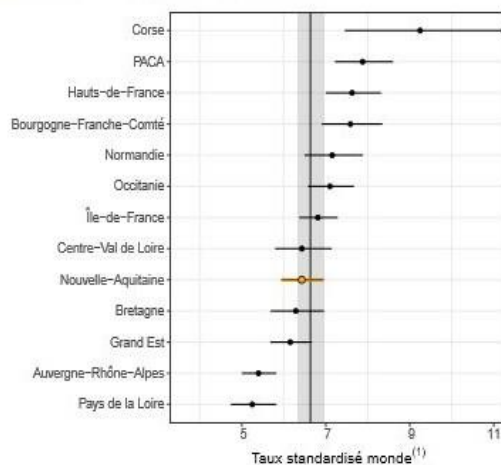


Figure 5 : Rapports standardisés d'incidence du cancer du col de l'utérus lissés par département de France métropolitaine (2007-2016), et d'incidence observée en Guadeloupe (2008-2014), Martinique (2007-2014) et Guyane (2010-2014); la référence est le taux pour la France métropolitaine.



Notes : La région Nouvelle-Aquitaine est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

Figure 6 : Col de l'utérus : taux standardisés d'incidence 2007-2016 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95%, par région de France métropolitaine. Rapport d'estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016 – Nouvelle-Aquitaine. Santé Publique France Janvier 2019.

	Incidence 2007-2016		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾
Charente-16	20[16;25]	7,4[5,9;9,5]	0,98[0,84;1,13]
Charente-Maritime-17	36[30;43]	6,9[5,7;8,5]	1,00[0,87;1,14]
Corrèze-19	12[9;16]	6,7[5,0;9,1]	0,95[0,81;1,10]
Creuse-23	10[7;14]	9,6[6,8;14,0]	1,06[0,90;1,25]
Dordogne-24	24[20;30]	6,7[5,4;8,5]	1,01[0,88;1,16]
Gironde-33	75[65;88]	6,6[5,6;7,7]	1,02[0,90;1,15]
Landes-40	24[19;29]	7,3[5,9;9,2]	1,07[0,92;1,25]
Lot-et-Garonne-47	24[19;29]	8,4[6,8;10,7]	1,15[0,99;1,32]
Pyrénées-Atlantiques-64	31[26;38]	5,6[4,6;7,0]	0,93[0,79;1,08]
Deux-Sèvres-79	13[10;17]	4,2[3,2;5,7]	0,83[0,70;0,97]
Vienne-86	15[12;19]	4,3[3,3;5,6]	0,85[0,72;0,99]
Haute-Vienne-87	18[14;23]	6,1[4,8;7,9]	0,95[0,82;1,09]

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

Figure 7 : Col de l'utérus, situation infra-régionale, Nouvelle-Aquitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence lissés (SIR), accompagnés des intervalles de confiance à 95%. Rapport d'estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016 – Nouvelle-Aquitaine. Santé Publique France Janvier 2019.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 leurs 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 sont 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.

Résumé en français

Introduction : Le cancer du col de l'utérus est un cancer que l'on peut considérer comme « évitable » de par la vaccination et le dépistage par frottis. Le ralentissement des effets bénéfiques de ces mesures préventives jusque-là existantes, et un taux de couverture national relativement stable et faible des patientes éligibles au FCU, ont fait émerger un nouveau dépistage organisé, qui a été mis en place en région Nouvelle-Aquitaine durant l'été 2020.

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer les attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux des départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 20 médecins généralistes libéraux de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques.

Résultats : Malgré le fait que la plupart des médecins généralistes n'aient pas lu la lettre d'information au moment de notre étude, ils semblent plutôt bien accueillir ce dépistage. Ils relèvent une très probable majoration de la promotion au dépistage par l'envoi des lettres et relances au domicile des patientes, une simplification du protocole, une mise en réseau du dépistage et une implication plus importante de leur part, via la réception systématique des résultats d'examen de leurs patientes. Cependant, il persiste plusieurs obstacles (intimité de la relation médecin-patiente, formation insuffisante, manque de temps ou organisation compliquée, implication et investissement fluctuants des médecins, absence de matériel et précarité du réseau) pour lesquels des leviers ont été proposés (apport de l'auto-prélèvement, accentuation de la promotion au dépistage, amélioration de la formation dès l'internat, réorganisation de la pratique, majoration de la rémunération).

Conclusion : La mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est bien acceptée par les médecins généralistes de la région Nouvelle-Aquitaine. Toutefois, principalement par le maintien de la méthode du frottis, beaucoup ne s'estimeront pas plus « acteurs » dans ce dépistage. Cela nécessiterait certainement la mise en place de nouvelles mesures pratiques.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : cancer du col de l'utérus, dépistage organisé, médecine générale, prévention

UFR des sciences médicales

Université de Bordeaux

146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex

Titre en anglais : Assessment of behaviours and practices of private general practitioners on establishing the cervical cancer organised screening and its impact on their daily practice

Résumé en anglais

Introduction: Cervical cancer can be considered « avoidable » through vaccination and vaginal smears. The slowdown of beneficial effects of these prevention measures and a stable and low national coverage rate for patients eligible for pap smears have led to a new organised screening in Nouvelle-Aquitaine through the summer of 2020. The main objective of our study was to evaluate the behaviours and practices of private general practitioners in the departments of Gironde and Pyrénées-Atlantiques on the implementation of the cervical cancer organised screening and its impact on their daily practice.

Methods: We performed a qualitative study through individual and semi-guided interviews on 20 private general practitioners in Gironde and Pyrénées-Atlantiques.

Results: Even though most general practitioners had not read the letter of information at the time of the study, they seemed to welcome the screening fairly well. They sense a probable increase in screening promotion by sending letters and reminders at the patient's home, by simplifying the process, by networking about screening and being more actively involved, and by systematically receiving their patient's test results. However, there still are some obstacles: doctor-patient closeness, insufficient training, lack of time or complicated planning, fluctuating involvement and commitment from doctors, lack of equipment and weakness of the network. Some tools were suggested to face these obstacles: self-induced swab, promote screening, better training since internship, reorganisation of the practice, increase in salary.

Conclusion: The implementation of cervical cancer organised screening is well accepted by the general practitioners in Nouvelle-Aquitaine. However, a lot of practitioners do not feel like they will take a bigger part in the screening by only keeping the pap smears in place. It will be necessary to implement new practical measures.

Discipline : General medicine

Key words: cervical cancer, organised screening, general medicine, prevention