



HAL
open science

**Vécu et perceptions des femmes de 25 à 65 ans
concernant le frottis cervico utérin réalisé par le
médecin généraliste. Une étude qualitative par
entretiens individuels dans le bassin montluçonnais**

Pauline Garcia

► **To cite this version:**

Pauline Garcia. Vécu et perceptions des femmes de 25 à 65 ans concernant le frottis cervico utérin réalisé par le médecin généraliste. Une étude qualitative par entretiens individuels dans le bassin montluçonnais. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03528340

HAL Id: dumas-03528340

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03528340v1>

Submitted on 17 Jan 2022

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

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

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GARCIA, Pauline Marie Nathalie

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2021

VÉCU ET PERCEPTIONS DES FEMMES DE 25 À 65 ANS CONCERNANT LE FROTTIS
CERVICO UTÉRIN RÉALISÉ PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE. UNE ÉTUDE
QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS DANS LE BASSIN
MONTLUÇONNAIS.

Directeur de thèse : Madame DAVID Linda, Docteur, Médecin Généraliste à Marcillat-en-Combraille

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury par ordre alphabétique :

Madame LAUVERGNAT Marie Alice, Médecin Généraliste à Evaux les Bains

Madame MORAILLON BOUGEROLLE Maud, Gynécologue Médicale, CH Montluçon

Madame ROUGE Laure, Maître de Conférences, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

GARCIA, Pauline Marie Nathalie

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2021

VÉCU ET PERCEPTIONS DES FEMMES DE 25 À 65 ANS CONCERNANT LE FROTTIS
CERVICO UTÉRIN RÉALISÉ PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE. UNE ÉTUDE
QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS DANS LE BASSIN
MONTLUÇONNAIS.

Directeur de thèse : Madame DAVID Linda, Docteur, Médecin Généraliste à Marcillat-en-Combraille

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury par ordre alphabétique :

Madame LAUVERGNAT Marie Alice, Médecin Généraliste à Evaux les Bains

Madame MORAILLON BOUGEROLLE Maud, Gynécologue Médicale, CH Montluçon

Madame ROUGE Laure, Maître de Conférences, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE**

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO**
Philippe
: **ESCHALIER** Alain

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL**

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-
Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE**
Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et

PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER

Mathias **PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT** : **BERNARD**

Vianney **VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION** : **FOGLI** Anne

VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE :

HENRARD Pierre **VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA**

FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE

: **PEYRARD**

Françoise

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles -
BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean -
CATILINA
Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe
- CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques -
DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX
Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme
GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme
LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul -
MAGE Gérard - MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel -
PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean -
REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre
- SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain -
TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy
- VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude
- ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE
Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie
Cytogénétique	
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-
Vasculaire	
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et
Traumatologie	
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie
Médicale	
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	Endocrinologie et Maladies
M. TAUVERON Igor	
Métaboliques	
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio- Vasculaire
	Gynécologie-Obstétrique
M. GALLOT Denis	Urologie
M. GUY Laurent	Hygiène Hospitalière
M. TRAORE Ousmane	Médecine Interne
M. ANDRE Marc	Bactériologie, Virologie
M. BONNET Richard	

M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique	
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Général

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de
la Santé Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du
	Développement et de la
	Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et
Stomatologie	
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M CLEMENT Gilles
M VORILHON Philippe

Médecine Générale
Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît
M. TANGUY Gilles

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia

Bactériologie Virologie
Nutrition
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mle GOUMY Carole
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie

Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M COLL Guillaume	Neurochirurgie
M GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
M AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M BIDET Yannick	Oncogénétique
M DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M PIZON Frank	Santé Publique
M SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

A Monsieur le Pr Vorilhon, merci de me faire l'honneur d'être le président du jury de ma thèse et pour votre dévouement pour faire rayonner notre discipline. **A Mesdames le Dr Rouge et le Dr Vaillant Roussel**, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de vos remarques constructives qui m'ont permis d'avancer sur ce sujet. **A Maud**, c'était pour moi une évidence de te convier à ce jury de thèse. Merci pour ton implication pour les internes en stage dans le service. **A Marie**, merci de m'avoir formée et de m'avoir appris tant de choses en stage. Ta bienveillance et ta dévotion envers tes patients sont une source d'inspiration. J'arrête maintenant de dire que tu es ma « chef » ! **A Linda**, merci d'avoir fait de la médecine générale une évidence pour moi. J'ai découvert ce métier avec toi, tu as accepté de me suivre et de me guider pour cette thèse et je suis très fière de poser ma plaque à vos côtés d'ici peu. Avec toi un maître de stage ou un directeur de thèse c'est bien plus qu'un conseiller, c'est avant tout un ami, un soutien et une source de motivation sans faille. Encore mille mercis pour tout !

A ma famille, Maman et Papa, Vali et Adé, mes tantes et oncles, cousins, cousines, Mémé, merci de votre soutien sans faille au cours de ces 10 années. Merci d'avoir toujours su me faire relativiser, d'avoir supporté mes angoisses, mon humeur massacrant et d'avoir toujours été si fiers de moi. On ne choisit pas sa famille, mais une chose est sûre je vous aurais tous choisis sans aucune hésitation. Je vous aime fort !

A mes amis, Charline, Elodie, Chaton, Méline, Max, vous dire à quel point je vous adore me semble insuffisant pour vous remercier d'avoir été présents à mes côtés, de m'avoir encouragée, soutenue et conseillée durant toutes ces années. Je suis heureuse de vous compter présents pour ce moment important de ma vie.

A Benoît, entre le déménagement et ma thèse tu as sûrement vu la Pauline la plus anxieuse qui soit ! Merci de m'avoir aidée pour tout cela. Plein de belles choses nous attendent mon chouki.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	13
1.1. GYNECOLOGIE	13
1.1.1. <i>Le cancer du col de l'utérus</i>	13
1.1.2. <i>Le papillomavirus</i>	14
1.1.3. <i>Le frottis cervico utérin</i>	16
1.1.4. <i>Test HPV</i>	18
1.1.5. <i>Organisation du dépistage</i>	19
1.2. MEDECINE GENERALE	21
1.3. DEMOGRAPHIE MEDICALE	23
1.3.1. <i>Démographie en Allier</i>	23
1.3.2. <i>Données de santé dans l'Allier</i>	25
1.4. OBJET DE LA THESE	25
2. MATERIEL ET METHODES	27
3. RESULTATS	29
3.1. POPULATION DE L'ETUDE	29
3.2. THEMATIQUES	32
3.2.1. <i>Le vécu des patientes</i>	32
3.2.2. <i>La communication</i>	33
3.2.3. <i>Les idées préconçues</i>	34
3.2.4. <i>Les leviers</i>	35
3.2.5. <i>La prévention</i>	36
4. DISCUSSION	38
4.1. QUALITE ET VALIDITE DE LA THESE	38
4.2. INTERPRETATION DES RESULTATS	39
4.2.1. <i>Vécu des patientes</i>	39
4.2.2. <i>Communication</i>	41
4.2.3. <i>Idées préconçues</i>	41
4.2.4. <i>Leviers</i>	42
4.2.5. <i>Prévention</i>	43
4.3. PLACE DANS LA LITTERATURE	44
4.4. OUVERTURE	47
4.4.1. <i>Typage HPV</i>	47
4.4.2. <i>Dossier médical partagé, coordination des soins</i>	47
4.4.3. <i>Dépistage national</i>	48
4.4.4. <i>Prévention dans les établissements scolaires</i>	48
5. CONCLUSION	50
6. BIBLIOGRAPHIE	51
7. ANNEXE	53
7.1. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	53
8. SERMENT D'HIPPOCRATE	55
9. SERMENT D'HIPPOCRATE	57

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 Anatomie du col.....	13
Figure 2 Schéma vaccinal HPV	16
Figure 3 Dépistage organisé.....	20
Figure 4 Marguerite des compétences.....	21
Tableau I Répartition de la population de l'Allier en 2017	24
Tableau II Répartition de la population de l'Allier en 2017 selon CSP	24
Tableau III Répartition de la population de l'Allier en 2027 selon le schéma familial.....	25
Tableau IV Données des patientes de l'étude	29
Tableau V Données selon le médecin des patientes.....	30
Tableau VI Données des médecins généralistes des patientes de l'étude.....	31

LISTE DES ABREVIATIONS

- ABIDEC : Association Bourbonnaise Interdépartementale de Dépistage des Cancers
- CIN : néoplasies cervicales intraépithéliales
- CMU : couverture de maladie universelle
- CNGE : Collège National des médecins Généralistes Enseignants
- CSP : catégorie socio-professionnelle
- DMP : dossier médical partagé
- FCU : frottis cervico utérin
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPV : papillomavirus
- IDE : infirmier diplômé d'état
- MT : médecin traitant
- MST/IST : maladie/infection sexuellement transmissible
- MSU : maitre de stage universitaire
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine

1. INTRODUCTION

1.1. GYNECOLOGIE

1.1.1. Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus intéresse en premier lieu la muqueuse du col. Le col de l'utérus mesure environ 2 cm de long. Il se compose d'une partie appelée endocol et d'une partie appelée exocol. Seule cette dernière est visible à l'examen gynécologique.

Entre l'endocol et l'exocol se trouve la zone de jonction qui est le lieu de naissance de la plupart des cancers du col.

Le col de l'utérus se compose d'une muqueuse avec un épithélium en surface et un tissu conjonctif en profondeur. C'est au niveau de l'épithélium que se développent les cancers du col en majorité. On retrouve alors deux types de cancers (1):

- Carcinome épidermoïde au niveau de l'épithélium malpighien de l'exocol ;
- Adénocarcinome au niveau de l'épithélium glandulaire de l'endocol.

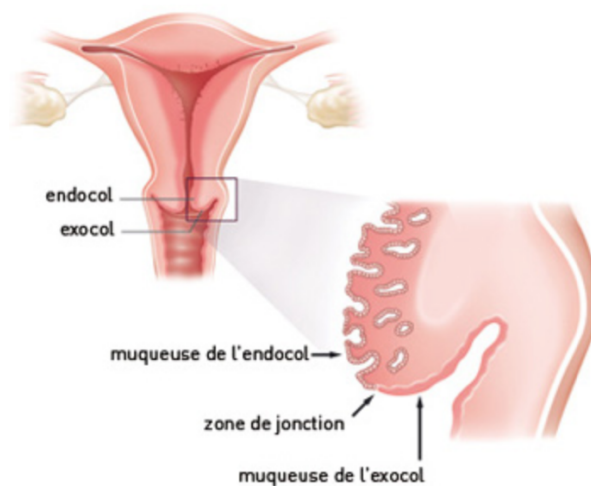


Figure 1 Anatomie du col

Avant d'en arriver à un cancer avéré, on retrouve des cellules précancéreuses. Il s'agit de modifications des cellules de l'épithélium. Ces lésions ont alors la capacité d'évoluer vers un cancer. La majorité de ces lésions sont situées au niveau de l'exocol.

On parle de néoplasies cervicales intraépithéliales ou CIN. On les classe en trois groupes :

- CIN1 : touche le tiers de l'épithélium ;
- CIN2 : touche les deux tiers de l'épithélium ;
- CIN3 : touche toute l'épaisseur de l'épithélium.

On regroupe alors ces lésions en haut (HSIL) ou bas (LSIL) grade. Le bas grade correspond aux CIN1 et le haut grade aux CIN2 et CIN3.

Ces lésions précancéreuses peuvent disparaître, persister ou progresser vers un cancer.

La majorité des lésions de bas grade régressent ou persistent sans évolution en lésion de haut grade.

Les lésions de haut grade ont cependant une plus forte probabilité d'évoluer vers un cancer invasif.

Un cancer du col de l'utérus se développe donc après l'apparition de lésions précancéreuses. Il y a donc un laps de temps significatif pour qu'une lésion précancéreuse évolue en cancer. C'est ce qui rend ce cancer très intéressant en termes de dépistage.

Le cancer du col de l'utérus touche environ 3000 femmes par an en France et entraîne le décès d'environ 1100 femmes chaque année. 35 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus sont trouvées chaque année.

1.1.2. Le papillomavirus

Le papillomavirus humain est un virus qui se transmet par voie sexuelle. Il peut provoquer des verrues génitales, mais aussi des cancers du col de l'utérus. On compte plus d'une centaine de types de ce virus, qui pour la plupart disparaissent spontanément en 1 à 2 ans.

Ainsi, les verrues génitales externes sont principalement dues aux HPV 6 et 11, évoluant rarement en cancer. Les verrues génitales internes sont souvent retrouvées en cas de HPV 16 et 18, visibles au colposcope. Il y a alors moins de lésions visibles mais ces HPV sont plus à même de donner des lésions cancéreuses, il est donc nécessaire de les traiter.

Il est intéressant de rappeler qu'une infection au VIH majore le risque de développer un cancer à HPV.

Les lésions HPV qui touchent les zones génitales ou rectales sont transmises par les rapports sexuels vaginaux ou anaux, mais également par simple contact. Les rapports sexuels buccaux augmentent les risques d'infection buccale à HPV et donc majorent le risque de cancer de la gorge.

Le papillomavirus peut se retrouver dans huit cancers : col de l'utérus, anus, oropharynx, vulve, vagin, cavité orale, larynx et pénis.

Il existe depuis maintenant quelques années trois vaccins contre le HPV. Tous protègent contre les types HPV les plus cancérigènes à savoir les types 16 et 18. Cela représente environ 70% des lésions cancéreuses du col de l'utérus. Les vaccins nonavalent et quadrivalent vaccinent également contre les HPV de type 6 et 11 (peu cancérigènes). Le vaccin nonavalent couvre aussi d'autres types d'HPV (31, 33, 45, 52 et 58) qui peuvent être responsables de 15% des cancers du col de l'utérus. Pour avoir une bonne efficacité, le vaccin doit être administré avant les premiers rapports sexuels. On peut vacciner les jeunes filles et jeunes hommes dès l'âge de 9 ans. Il faut rappeler également que l'utilisation d'un préservatif ne couvre pas complètement les risques d'infection à HPV.

Il est important de respecter les schémas vaccinaux suivants :

Entre 11 ans et 14 ans

	Gardasil 9®	Gardasil®	Cervarix®
1 ^{re} injection	Entre 11 et 14 ans	Entre 11 et 13 ans	Entre 11 et 14 ans
2 ^e injection	6 – 13 mois plus tard	6 mois plus tard	6 mois plus tard

Entre 14 ans et 19 ans

	Gardasil 9®	Gardasil®	Cervarix®
1 ^{re} injection	Entre 15 et 19 ans	Entre 14 et 19 ans	Entre 15 et 19 ans
2 ^e injection	2 mois après la 1 ^{re} injection	2 mois après la 1 ^{re} injection	1 mois après la 1 ^{re} injection
3 ^e injection	4 mois après la 2 ^e injection	4 mois après la 2 ^e injection	5 mois après la 2 ^e injection

Figure 2 Schéma vaccinal HPV

Plus de 6000 nouveaux cas de cancers par an en France sont liés à une infection par HPV. Entre 40 et 50% des cancers touchent le col de l’utérus, environ 25% touchent l’anus et 20% l’oropharynx. Près d’un tiers des lésions touchent des hommes. Il est alors important que les hommes comme les femmes soient sensibilisés à ces problématiques.

La prévention et la vaccination en masse de la population doivent alors inclure les femmes et les hommes. La couverture vaccinale en France est malheureusement faible. De nombreux pays comme la Suède par exemple, ont pu réduire, grâce à la vaccination, de près de 75% les lésions précancéreuses.

Cependant, la vaccination n’élimine pas complètement le risque de développer un cancer du col de l’utérus, et il faut donc continuer de dépister l’apparition de lésions précancéreuses.

1.1.3. Le frottis cervico utérin

Le Frottis Cervico-Utérin (2) est un test de dépistage du cancer du col de l’utérus. Il permet de récolter des cellules à la surface du col de l’utérus pour qu’elles soient analysées. Une qualité de frottis est nécessaire à l’interprétation. Un frottis ne peut être analysé si la présence de cellules malpighiennes sur la lame est inférieure à 10%, ou si plus de 70% des cellules

épithéliales sont masquées par du sang, une inflammation, des superpositions cellulaires ou des contaminations.

Depuis le Plan Cancer 2009-2013, les objectifs de participation de la population sont de 80%, en portant un regard spécifique sur les populations à risque ou en situation de précarité. (3)

Les lésions précancéreuses sont souvent asymptomatiques et non visibles à l'examen gynécologique. Le dépistage par test cytologique est alors important et permet à lui seul d'identifier la présence de cellules anormales.

Le prélèvement a lieu au niveau de la zone de jonction squamo-cylindrique. La localisation de cette zone évolue au cours de la vie génitale : âge de la femme, statut hormonal, parité, contraception...

Le frottis doit être réalisé dans de bonnes conditions : à distance d'un rapport sexuel, en dehors des menstruations, en dehors d'une infection. Il ne faut pas utiliser de lubrifiant et éviter la réalisation d'un toucher vaginal avant le frottis.

Le frottis peut être réalisé par tout médecin ayant une formation appropriée, mais aussi les sages-femmes. Cette formation est incluse au cours des études de médecine générale.

Le dépistage est indiqué chez toutes les femmes à partir de 25 ans jusqu'à 65 ans. Toutefois entre 65 et 70 ans un frottis pourra être proposé en cas d'absence de suivi gynécologique régulier, absence de frottis dans les 3 dernières années ou en cas d'impossibilité de vérifier deux frottis négatifs.

Il n'y a pas de différence de prise en charge en termes de dépistage que les femmes soient vaccinées ou non contre le papillomavirus.

Il faut donc à partir de 25 ans effectuer deux frottis à un an d'intervalle. Si ceux-ci sont négatifs, on passera à un frottis tous les trois ans. En 2010 seules 8% des femmes ont un rythme de suivi adapté. (4)

Les études ont montré que le taux de couverture du dépistage varie selon l'âge (diminution nette après 55 ans), le régime de sécurité sociale, mais également selon le département (surtout corrélé aux nombres de gynécologues et aux bénéficiaires de CMU). (5)(6)

1.1.4. Test HPV

Il s'agit d'une méthode moléculaire. Elle permet de trouver les acides nucléiques des génotypes d'HPV à haut risque. Il s'agit donc d'identifier uniquement les infections à HPV susceptibles d'engendrer une lésion précancéreuse.

On obtient les cellules à analyser soit par prélèvement cervico utérin soit par auto-prélèvement. Il est actuellement utilisé comme test de deuxième intention après réalisation d'un frottis au résultat anormal. On peut alors réaliser le test HPV sur le même milieu liquide que celui du frottis.

Depuis fin 2019, les recommandations préconisent d'utiliser après 30 ans et des frottis normaux, le test HPV en première intention. Cela permet alors d'espacer à 5 ans le dépistage.

Au moment de la réalisation de ma thèse, la mise en application de cette recommandation est encore limitée et il s'agit donc d'une perspective d'amélioration à étudier.

1.1.5. Organisation du dépistage

Depuis 2018, un programme national de dépistage organisé a été mis en place concernant le cancer du col de l'utérus. Il s'adresse à toutes les femmes n'ayant pas de symptômes de 25 à 65 ans en France. (7)

Ce programme vise à réduire le nombre de cas et de décès imputables au cancer du col de l'utérus. Il est espéré une baisse de 30% à 10 ans de programme, et une couverture de dépistage touchant 80% de la population. Ce programme a également pour but le suivi des populations à risque et en situation de fragilité. L'instauration de ce dépistage organisé a aussi pour but d'améliorer les compétences et les pratiques.

La mise en place de ce dépistage organisé est à la charge des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des cancers.

L'entrée dans le dépistage fait suite généralement à une proposition de réalisation d'un frottis cervico-utérin par un professionnel de santé (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme). Il est également possible pour un médecin biologiste de réaliser ce prélèvement à la suite d'une prescription médicale. (8)(9)(10)

Dans le cadre de ce type de dépistage organisé, les femmes qui n'ont pas fait de frottis cervico-utérin dans les délais reçoivent alors une invitation au dépistage. Les patientes ont bien sûr le choix du praticien et d'effectuer ou non le dépistage. (11)

Il est prévu une relance à 12 mois aux femmes n'ayant pas réalisé leur dépistage à l'issue du premier envoi. Voici un exemple du document explicatif que reçoivent les patientes :

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à toutes les femmes de 25 à 65 ans, ayant ou ayant eu des rapports sexuels, et après la ménopause. Il s'adresse également aux femmes qui sont vaccinées contre les HPV. Le test de dépistage doit être réalisé tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.

Parlez-en avec un médecin ou une sage-femme.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur [cancer.fr](#)

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
DÈS 25 ANS, UN TEST À RÉALISER TOUS LES 3 ANS

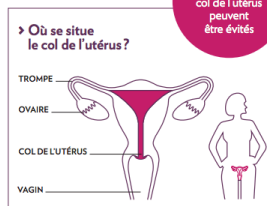
POURQUOI CE DÉPISTAGE EST IMPORTANT?

Le cancer du col de l'utérus est causé par des virus appelés « papillomavirus humains » (HPV). Très fréquents, ces virus se transmettent le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due aux HPV entraîne des lésions au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer.

➔ Détecter tôt d'éventuelles lésions ou un cancer

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur l'analyse de cellules (examen cytologique) prélevées au niveau du col de l'utérus (prélèvement cervico-utérin/frottis). Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus, de les surveiller ou de les soigner et ainsi, de prévenir l'apparition d'un cancer. Si un cancer est détecté, en général, les soins seront plus légers et permettront de préserver davantage la fertilité.

90% des cancers du col de l'utérus peuvent être évités



EN PRATIQUE

➊ Le rendez-vous

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- > d'un gynécologue;
- > d'un médecin généraliste;
- > d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse);
- > d'un centre de santé, un centre mutualiste, un centre de planification ou un hôpital;
- > de certains laboratoires de biologie médicale (sur prescription médicale).

➋ Le test de dépistage

L'examen se fait en position gynécologique. Le professionnel de santé prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser. Cela prend quelques minutes, n'est pas douloureux, même si une gêne peut être ressentie.

➌ Les résultats

Le prélèvement est envoyé à un cabinet ou laboratoire spécialisé pour analyse par un médecin anatomo-cyto-pathologiste. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats.

Dans 96% des cas, le résultat est normal

Cela signifie qu'aucune anomalie pouvant correspondre à des lésions précancéreuses ou à un cancer n'a été détectée au moment du dépistage. N'oubliez pas de refaire le test de dépistage tous les 3 ans ou 1 an après si c'est votre premier dépistage.

Dans 4% des cas, le résultat est anormal

Cela ne signifie pas que vous avez un cancer mais qu'une anomalie a été détectée. Votre médecin ou votre sage-femme vous indiquera les examens complémentaires nécessaires et vous orientera, si besoin, vers un professionnel de santé spécialisé.

LA PRISE EN CHARGE

La consultation chez le professionnel de santé est prise en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'assurances maladies et votre complémentaire santé.

- Si vous avez reçu un courrier d'invitation, le test de dépistage est pris en charge à 100% sans avance de frais.
- Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la prise en charge de la consultation et du test est à 100% sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires.

POUR TOUTES LES FEMMES DÈS 25 ANS

Le dépistage s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé. Il a pour objectifs de réduire le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer, d'améliorer l'information ainsi que la qualité du suivi ou des soins. Il garantit à chaque femme un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et un niveau de qualité élevé.

➊ Face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir

Se faire vacciner contre les HPV entre 11 ans et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus.

Réaliser un test de dépistage tous les 3 ans, entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

Mention informatique et libertés

Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers sont chargés de la mise en œuvre et de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils constituent à cette fin des fichiers d'invitation et de suivi des personnes concernées et disposent à cet effet d'un système informatique. Ils sont également destinataires des données transmises par votre professionnel de santé suite à votre dépistage. Sauf opposition de votre part, les données vous concernant seront conservées par le centre régional de coordination jusqu'à la fin de votre suivi. Par ailleurs, les seules données nécessaires à l'évaluation et au pilotage du programme national seront transmises, sous forme anonymisée, à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) et à l'Institut national du cancer. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification, que vous pouvez exercer en écrivant à votre centre régional de coordination des dépistages des cancers. Vous trouverez ses coordonnées auprès de votre professionnel de santé ou sur [cancer.fr](#). Un recours peut être introduit auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Figure 3 Dépistage organisé

Dans le cadre d'une proposition de dépistage, il est important que les professionnels de santé expliquent aux femmes les enjeux du dépistage, les avantages et les inconvénients. On doit expliquer qu'une prise en charge adaptée sera proposée en cas de résultat anormal. Il faut rappeler qu'il s'agit d'une proposition et non d'une obligation de réaliser ce dépistage. (12)(13)

Les résultats des analyses sont ensuite donnés à la patiente, au préleveur ou prescripteur et au Centre Régional de Coordination des Dépistages des cancers. Il est évidemment possible de s'opposer à l'envoi de cette dernière information.

Si l'échantillon n'est pas de bonne qualité pour l'analyse, le prescripteur doit en informer la patiente et s'assurer que le prélèvement sera refait dans un délai de 3 mois.

En cas de normalité de l'examen, le prescripteur doit en informer sa patiente et lui redonner les délais de dépistage pour le prochain prélèvement. (14)

En cas de prélèvement anormal, le prescripteur doit en informer rapidement la patiente et lui expliquer les résultats. Il devra également pouvoir organiser la suite de la prise en charge.

1.2. MEDECINE GENERALE

Les rôles et les missions du médecin généraliste sont nombreux et ont évolué au cours des années. Récemment le Collège National des médecins Généralistes Enseignants (CNGE) a travaillé sur cette question et a schématisé la réponse sous la forme de la « marguerite des compétences ».

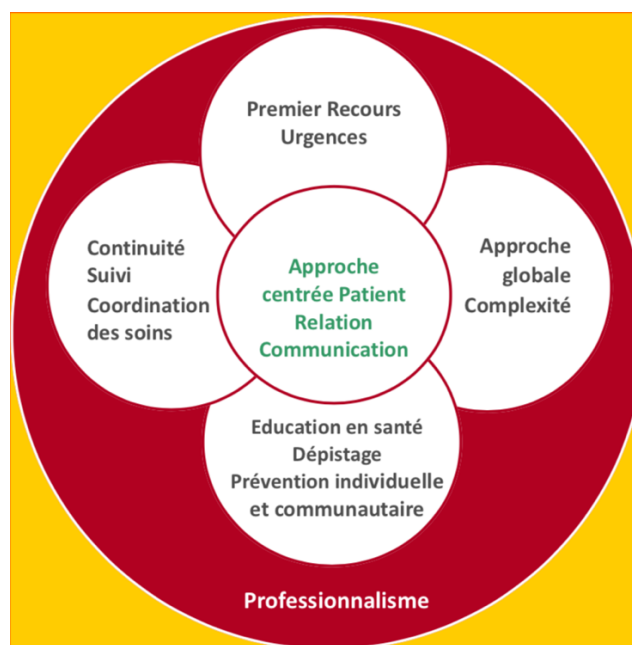


Figure 4 Marguerite des compétences

L'approche globale et la prise en compte de la complexité sont la capacité à mettre en œuvre une démarche de décision centrée sur le patient selon un modèle global de santé quel que soit le type de recours aux soins. Il s'agit donc d'évaluer l'ensemble de la situation et des caractéristiques du patient afin de lui proposer une réponse adaptée et personnalisée à sa maladie et à son histoire de vie.

La gestion de l'urgence et du premier recours correspond à la capacité à gérer avec le patient les problèmes de santé quels qu'ils soient, prévus ou non, selon les données de la science et les caractéristiques des patients.

La continuité, le suivi et la coordination des soins autour du patient consistent à assurer ces missions en s'engageant auprès du patient dans une relation de suivi et d'accompagnement. Le médecin généraliste est alors le référent du patient dans l'espace et la durée. Il inclut aussi une bonne gestion du dossier médical, une évolution et une organisation des soins selon l'évolution du patient.

De ce fait l'aptitude relation, communication et approche centrée sur le patient prend tout son sens. Elle engage le médecin à construire une relation avec le patient, son entourage et les différents intervenants de santé dans l'intérêt du patient.

Le professionnalisme est la capacité à assurer l'ensemble de ces missions en s'engageant auprès de la société pour répondre à ces attentes. Il s'agit de privilégier le bien-être des personnes en adoptant une attitude éthique et déontologique. Le médecin s'engage alors à améliorer ses compétences et à exercer selon son savoir basé sur les données de la science, permettant ainsi de prendre la responsabilité des décisions prises avec le patient.

L'éducation, la prévention et la santé individuelle sont des capacités du médecin pour accompagner le patient dans une démarche visant à maintenir et à améliorer sa santé, ainsi qu'à prévenir les maladies en respectant son cheminement, puis en l'aidant à intégrer dans son quotidien l'éducation et la prévention. C'est donc cette compétence que nous abordons dans le cadre de cette thèse.

En effet le médecin généraliste est un acteur de premier choix dans l'explication, la promotion et la réalisation des tests de dépistage, notamment pour les frottis cervico-utérin.(15)(16) (17)

1.3. DEMOGRAPHIE MEDICALE

1.3.1. Démographie en Allier

Le dernier recensement dans l'Allier datant de 2017 (18), nous allons ici étudier ces données de par la qualité et la quantité d'informations qu'elles nous apportent sur l'évolution de 2007 à 2017.

En 2017, l'Allier comptait 337 988 habitants ce qui représente une densité moyenne de 46 habitants par km². On comptait 176 176 femmes, dont 90 100 entre 20 et 64 ans.

Sur la période 2007-2017, l'Allier a perdu 0,3% de sa population. Le taux de natalité est à 9,2 ‰ pour un taux de mortalité à 12,4 ‰ .

Tableau I Répartition de la population de l'Allier en 2017

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	161 812	100,0	176 176	100,0
0 à 14 ans	26 054	16,1	25 497	14,5
15 à 29 ans	25 013	15,5	22 599	12,8
30 à 44 ans	26 487	16,4	27 484	15,6
45 à 59 ans	34 150	21,1	35 436	20,1
60 à 74 ans	32 690	20,2	36 853	20,9
75 à 89 ans	15 726	9,7	23 776	13,5
90 ans ou plus	1 692	1,0	4 530	2,6
0 à 19 ans	35 798	22,1	34 005	19,3
20 à 64 ans	87 879	54,3	90 100	51,1
65 ans ou plus	38 136	23,6	52 072	29,6

Ce recensement reprend également des données sur les catégories socio-professionnelles. Ainsi la plus grosse partie de la population est représentée par les retraités à 36,3%, suivis par les employés à 16%, les ouvriers à 13,1%, les professions intermédiaires à 11,2%.

Tableau II Répartition de la population de l'Allier en 2017 selon CSP

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	290 084	100,0	288 494	100,0	286 699	100,0
Agriculteurs exploitants	6 514	2,2	5 392	1,9	5 396	1,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9 871	3,4	9 921	3,4	9 800	3,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11 881	4,1	12 283	4,3	12 656	4,4
Professions intermédiaires	31 164	10,7	31 320	10,9	32 137	11,2
Employés	46 505	16,0	46 676	16,2	45 960	16,0
Ouvriers	42 319	14,6	40 843	14,2	37 513	13,1
Retraités	98 535	34,0	101 954	35,3	104 167	36,3
Autres personnes sans activité professionnelle	43 295	14,9	40 105	13,9	39 071	13,6

De plus, concernant l'évolution des familles, on constate une diminution du nombre de couples avec enfant(s) passant de 38 à 35,2%, pour une augmentation des familles monoparentales et des couples sans enfants.

Tableau III Répartition de la population de l'Allier en 2027 selon le schéma familial

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	97 547	100,0	96 633	100,0	94 750	100,0
Couples avec enfant(s)	37 035	38,0	35 035	36,3	33 385	35,2
Familles monoparentales	11 742	12,0	12 689	13,1	13 174	13,9
Hommes seuls avec enfant(s)	1 894	1,9	2 321	2,4	2 373	2,5
Femmes seules avec enfant(s)	9 848	10,1	10 368	10,7	10 801	11,4
Couples sans enfant	48 769	50,0	48 910	50,6	48 190	50,9

1.3.2. Données de santé dans l'Allier

En janvier 2021, l'Ordre des Médecins du Département de l'Allier recense 436 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre, tous statuts confondus (libéral, hospitalier, remplaçant ou salarié). On compte 26 gynécologues-obstétriciens ou gynécologues médicaux installés dans l'Allier à cette même date, tous statuts confondus. Il y a 39 sages-femmes installées en libéral.

A l'échelle nationale en 2020, on compte 48097 médecins généralistes libéraux, 32208 médecins généralistes salariés et 5703 médecins généralistes avec un exercice mixte. Au total il y a donc 86008 médecins généralistes en activité en France. Il y a donc 0,5% des médecins généralistes français (tous statuts confondus) qui exercent dans l'Allier.

Comparativement, les données du recensement de 2017 montrent que l'Allier compte également 0,5% de la population française.

1.4. OBJET DE LA THESE

Ces différentes données nous montrent donc une insuffisance de suivi des femmes concernant leur santé gynécologique. Tous les moyens étant à disposition des patientes pour bénéficier d'un frottis cervico-utérin régulier, le travail de cette thèse est d'étudier les freins et les leviers

qui peuvent être repérés auprès des patientes. Un des objectifs est de permettre d'améliorer la prise en charge par le médecin généraliste en s'appuyant sur ces données.

Il a été décidé de s'orienter sur une étude sur le bassin montluçonnais pour sa diversité de population et de prise en charge.

2. MATERIEL ET METHODES

Cette étude est une étude qualitative réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs. Les patientes recrutées devaient avoir plus de 25 ans, vivre dans l'Allier, parler le français et ne pas avoir subi d'hystérectomie. Ce recrutement a eu lieu en janvier 2021 par l'intermédiaire de médecins généralistes de l'Allier installés sur 5 communes : Montluçon, Marcillat-en-Combraille, Nérís-les-Bains, Commentry et Montmarault. Le choix de ces communes s'est fait sur la diversité des bassins de vie : rural, semi-rural et urbain. Les médecins traitants partenaires ont été choisis pour assurer une variété de profils : homme, femme, âges variés, pratique ou non des FCU, présence ou non d'étudiants dans le cabinet, activité seule ou en groupe ou pluriprofessionnelle.

Il a été demandé aux médecins de choisir des patientes aux profils variés : âge, catégorie socio-professionnelle, FCU à jour ou non. Le nombre de patientes à recruter par chaque médecin généraliste a été limité à 5.

Après avoir donné leur accord à leur médecin généraliste, les patientes ont été contactées par téléphone afin de leur expliquer le sujet de l'entretien et d'organiser un rendez-vous. En cette période de COVID, il a été laissé le choix aux patientes du lieu et du moyen de réalisation de l'entretien : en face-à-face au cabinet de leur médecin, par téléphone ou par visioconférence.

En début d'entretien, nous reprenons avec la patiente les informations communiquées par téléphone et nous lui demandons son accord pour enregistrer l'entretien en audio. Nous insistons sur le respect de l'anonymat de ses données afin de garantir un entretien et une parole libre de la patiente. Les données personnelles de la patiente telles que son âge, son lieu de vie, sa catégorie socio-professionnelle, ses antécédents obstétricaux et gynécologiques ou autres ont été recueillies en fin d'entretien.

La trame de l'entretien se divise en quatre parties : le suivi gynécologique des patientes, le frottis cervico vaginal en lui-même, le ressenti et commentaires des patientes, les données personnelles de la patiente. Les questions étaient ouvertes en laissant un long temps de parole aux patientes avec des questions plus précises de relances si besoin. L'ordre des questions n'était pas fixe et s'adaptait au déroulement et aux sujets abordés par la patiente. Le guide d'entretien se trouve en annexe et les retranscriptions des entretiens sont disponibles auprès de l'investigateur.

Les entretiens ont été enregistrés sur iPhone puis retranscrits sous Word intégralement. Des notes ont été prises durant l'entretien ainsi qu'un commentaire sur l'impression globale en fin d'entretien par l'enquêteur. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot au fur et à mesure des entretiens afin de faire évoluer la trame et de surveiller la saturation des données.

L'analyse thématique a été réalisée au fur et à mesure par le biais d'un tableur Excel. Les mots et idées fortes ont été identifiés et classés par groupes et sous-groupes. Le codage a été discuté avec la directrice de thèse.

Les entretiens ont été effectués entre janvier et mai 2021 et poursuivis jusqu'à saturation des données. Trois entretiens ont été réalisés en plus pour valider la suffisance des données pour un total de 19 entretiens.

3. RESULTATS

3.1. POPULATION DE L'ETUDE

19 patientes ont été incluses au cours des 5 mois de l'étude. Elles avaient entre 31 ans et 69 ans. 15 patientes vivent dans l'Allier, 2 patientes sont suivies par un médecin traitant de l'Allier en vivant dans un département limitrophe et 2 patientes habitent en Creuse, sont suivies par un médecin généraliste en Creuse mais ont un suivi gynécologique dans l'Allier. 10 patientes sont à jour de leurs FCU et 9 ne le sont pas. 2 patientes n'ont pas d'enfants. Aucune n'a fait le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

Tableau IV Données des patientes de l'étude

Anonymisation	Ville	Age	CSP	FCU	Enfants	HPV
P01	Commentry	50	IDE	Oui	2	Non
P02	Voussac	62	Mère au foyer	Oui	2	Non
P03	Commentry	59	Secrétaire	Oui	4	Non
P04	Montluçon	57	Hôtesse de caisse	Oui	2	Non
P05	Marcillat	38	Agricultrice	Oui	3	Non
P06	Chamblet	35	Enseignante	Oui	3	Non
P07	Chamblet	31	Auxiliaire puériculture	Oui	2	Non
P08	Chappes	52	Secrétaire médicale	Oui	2	Non
P09	Néris les Bains	56	Aide-soignante	Non	1	Non
P10	Quinssaines	31	Demandeuse emploi	Oui	2	Non
P11	Lapeyrouse	51	ASH	Oui	2	Non
P12	Montluçon	42	Mère au foyer	Non	3	Non
P13	Arpheuilles St Priest	66	Retraitée	Non	0	Non

P14	Lignerolles	61	Fonction territoriale	Non	2	Non
P15	Montluçon	33	ESAT	Non	0	Non
P16	Ars les Favets	46	Auxiliaire puériculture	Non	2	Non
P17	Montluçon	54	Assistante de vie	Non	3	Non
P18	Reterre	39	IDE	Non	3	Non
P19	Gouzon	69	Retraitée	Non	3	Non

Le profil des patientes selon le médecin traitant a également été étudié. Il a été demandé aux médecins de choisir des patientes aux profils variés.

Tableau V Données selon le médecin des patientes

MT	Anonymisation	Age	CSP	FCU	Enfants	HPV
A	P01	50	IDE	Oui	2	Non
A	P04	57	Hôtesse de caisse	Oui	2	Non
A	P06	35	Enseignante	Oui	3	Non
A	P10	31	Demandeuse emploi	Oui	2	Non
B	P02	62	Mère au foyer	Oui	2	Non
B	P07	31	Auxiliaire puériculture	Oui	2	Non
B	P08	52	Secrétaire médicale	Oui	2	Non
B	P11	51	ASH	Oui	2	Non
C	P03	59	Secrétaire	Oui	4	Non
C	P09	56	Aide-soignante	Non	1	Non

D	P05	38	Agricultrice	Oui	3	Non
D	P13	66	Retraitée	Non	0	Non
D	P16	46	Auxiliaire puériculture	Non	2	Non
E	P12	42	Mère au foyer	Non	3	Non
E	P14	61	Fonction territoriale	Non	2	Non
E	P17	54	Assistante de vie	Non	3	Non
E	P15	33	ESAT	Non	0	Non
F	P18	39	IDE	Non	3	Non
F	P19	69	Retraitée	Non	3	Non

Le médecin A est un homme de la quarantaine, exerçant en ville, sans étudiant, dans un cabinet privé. Le médecin B est une femme d'une trentaine d'années, exerçant en milieu semi-rural dans une maison de santé, et recevant des étudiants. Le médecin C est une femme d'une cinquantaine d'années, travaillant seule en ville sans étudiant. Le médecin D est une femme d'une trentaine d'années, exerçant en maison de santé en milieu rural et recevant des étudiants. Le médecin E est une femme d'une cinquantaine d'années, travaillant en ville en cabinet de groupe et ne reçoit pas d'étudiant. Le médecin F est une femme d'une trentaine d'années travaillant en milieu rural en maison de santé et recevant des étudiants.

Tableau VI Données des médecins généralistes des patientes de l'étude

Médecin	Tranche âge	Sexe	Territoire	Étudiants	Mode d'exercice
A	40-50	Homme	Ville	Non	Cabinet de groupe
B	30-40	Femme	Semi-rural	Oui	MSP

C	50-60	Femme	Ville	Non	Cabinet seul
D	30-40	Femme	Rural	Oui	MSP
E	50-60	Femme	Ville	Non	Cabinet de groupe
F	30-40	Femme	Rural	Oui	MSP

3.2. THEMATIQUES

3.2.1. Le vécu des patientes

Le vécu et l'expérience des patientes se retrouvent dans la façon de voir et d'appréhender le geste du frottis et le suivi gynécologique de façon générale. Alors que pour certaines patientes ce geste est vécu comme anodin "*Tout ce qu'il y a de plus banal*" (P1), pour d'autres cela représente un vrai effort "*C'est quelque chose qui me coûte de le faire. Je ne suis pas du tout détendue. C'est vraiment un stress pour moi.*" (P16)

Un des facteurs influençant le vécu reste la première consultation gynécologique qui peut tout aussi bien avoir un effet néfaste "*Je me suis sentie très mutilée et ce qui a engendré chez moi un sentiment de révolte*"(P02), que positif "*j'avais un gynéco qui était très très sympa qui faisait autant de social que gynéco*". (P08)

Il faut ajouter à cela les antécédents des patientes "*Et encore plus après que j'ai perdu ma grand-mère du cancer du col de l'utérus*". (P11)

Un autre des facteurs influençant est la réalisation du geste "*Alors je vais vous dire, franchement j'appréhendais les frottis le temps où c'était en métal, vous savez les spéculums. Je trouve que le plastique est beaucoup plus agréable*". (P08)

De plus, il existe pour certaines patientes une angoisse liée aux résultats du frottis "*On est dans l'attente du résultat*" (P11) qui peut les conduire à reculer la réalisation des frottis.

Enfin pour certaines patientes la prise de décision et d'initiative pour prendre un rendez-vous semble freiner "*il faut qu'on réfléchisse pour les visites, ça c'est un peu plus compliqué*". (P03)

Pour une partie des patientes, il s'agit plutôt d'un point positif et rassurant, "*toujours agréable de se sentir suivi*". (P05)

3.2.2. La communication

La communication est un thème majeur qui a été abordé par toutes les patientes. Elles sont en effet demandeuses d'explications de la part du médecin généraliste "*Répondre à nos questions, nous conseiller*" (P06). Certaines patientes souhaiteraient davantage d'implication de la part de leur médecin "*Après il a un vrai rôle de conseil, mais je pense qu'ils ont tellement peu de temps, car il y a de moins en moins de généralistes*". (P01)

On retrouve un manque de communication qui se retrouve dans la méconnaissance des intervenants dans la réalisation du frottis "*réservé aux gynécologues obstétriciens ou médicaux*"(P02) , mais également dans l'analyse des résultats du frottis "*Ça détermine les MST, les éventuels cancers de l'utérus*". (P01)

Un problème de communication est aussi retrouvé au niveau national puisque plusieurs patientes ont révélé ne pas recevoir les invitations de l'ABIDEC "*Je pense qu'ils devraient, comment dire, nous relancer quand ils voient que ça fait 2 ans*". (P03)

Plusieurs patientes pensent que la communication nationale n'est pas assez présente "*Peut-être aussi des pubs à la télé*"(P03), elles pensent aussi que l'école a un rôle pour éduquer les jeunes en matière de prévention "*conseils par rapport à des IDE scolaires, mais qui n'osent pas ou qui ne prennent pas le temps*". (P01)

Cela est d'autant plus marqué par les patientes qui relatent avoir fait leur dépistage suite à des campagnes de communication "*depuis quelques années je reçois des papiers pour des prises de rendez-vous gratuites*". (P14)

3.2.3. Les idées préconçues

Il s'agit d'un thème récurrent que ce soit pour les patientes ou pour les médecins. Lorsque l'on interroge les patientes, la sensation de bonne santé revient régulièrement. Pour certaines, il s'agit d'un levier pour se faire dépister *"au moins on sait s'il y a quelque chose ou pas"*(P04), alors que d'autres n'en voient pas l'intérêt du fait justement de se sentir en bonne santé *"D'un côté, je ne ressens pas le besoin, et d'un autre côté je n'y pense pas."*(P15).

Ensuite un des critères majeurs reste la nudité qui accompagne l'examen *"Le gros inconvénient c'est d'être dénudée."*(P16) et qui gêne de nombreuses patientes *"je suis très pudique. Donc aller chez un gynécologue je n'aime pas."*(P12). De plus l'examen gynécologique est parfois mal vécu par les patientes *"Et bien c'est quelque chose qui me coûte de le faire. Je ne suis pas du tout détendue. C'est vraiment un stress pour moi."*(P16). Certaines patientes ont expliqué qu'une protection de leur nudité les avait rassurées *"Il m'a mis simplement une serviette au niveau du sexe, et ça m'a détendue"*(P09).

Ensuite, les patientes relatent le besoin de confiance en l'intervenant *"j'ai toujours eu des réponses, j'ai toujours eu des explications."*(P04), *"Il faut que ce soit quelqu'un à qui je fasse confiance."*(P15).

Un des freins retrouvés par les patientes est le délai de rendez-vous avec un gynécologue *"un an à l'avance pour avoir un rdv chez un gynéco"*(P01), et les modalités de prise de rendez-vous *"la prise de rendez-vous chez le gynécologue. Moi, je vais à Montluçon, et c'est très compliqué."*(P11). Certaines patientes apprécient justement de pouvoir avoir un rendez-vous de suivi avec leur médecin généraliste *"Et pour moi l'avantage de le faire chez le médecin traitant, c'est plus facile, c'est noté"*(P05), *"ça m'évite d'aller aux gynécos, puisque les rendez-vous, il faut attendre un certain temps. C'est l'inconvénient."*(P07).

Il persiste également un rôle central du gynécologue *"réservé aux gynécologues obstétriciens ou médicaux"*(P02), même si des patientes sont au courant que d'autres intervenants peuvent

assurer le suivi "*Je sais que même les médecins traitants ont le droit de le faire.*"(P17), "*Alors pour moi, il y a les gynécologues ça, c'est sûr. Certaines sages-femmes le font, le médecin traitant, et forcément les internes.*"(P05).

Enfin des patientes pensent que le médecin généraliste n'a pas sa place dans le suivi gynécologique des femmes pour de nombreuses raisons. Certaines évoquent un désintérêt "*Ce n'est pas trop son truc*"(P01), d'autres parlent du manque de temps "*Après il a un vrai rôle de conseil mais je pense qu'ils ont tellement peu de temps car il y a de moins en moins de généralistes*"(P01). La question des compétences du médecin généraliste sur ce sujet est également abordée par les patientes "*il me demande la date de mon dernier frottis. Mais après ce n'est pas lui qui s'en occupe, je ne sais même pas s'il peut s'en occuper d'ailleurs.*"(P10).

Pour finir certaines patientes ont évoqué les inégalités d'accès aux soins comme frein à leur suivi "*Dans le sud-ouest on a aucun souci pour avoir un rdv, en deux trois mois on a un rdv chez le gynécologue, ici c'est compliqué*"(P02).

3.2.4. Les leviers

Spontanément, les patientes évoquent de nombreux aspects positifs du suivi et des FCU. Le premier point est le geste indolore qui rassure les patientes « *Ce n'est pas douloureux déjà* »(P03). Ensuite, beaucoup de patientes n'ont pas de vécu traumatisant avec ce geste et saluent la rapidité "*il m'a fait mon frottis et puis tout s'est bien passé*"(P03). Une patiente évoque les améliorations des pratiques avec le temps "*J'appréhendais les frottis le temps où les spéculums étaient en métal. Je trouve que le plastique est beaucoup plus agréable.*"(P08).

Un aspect financier a été abordé "*Il est gratuit.*"(P14). La prévention et le suivi sont également un aspect positif pour les patientes "*toujours agréable de se sentir suivi.*"(P05).

Le rôle du médecin généraliste a entraîné de nombreuses réactions. Le premier rôle de celui-ci auprès des patientes est un rôle de conseil "*Je n'arrête pas de leur dire, au moins en discuter*

avec leur médecin généraliste"(P01). Il a également un rôle central dans le suivi des patientes en tant que coordinateur *"On parle un peu de tout, des examens, tout ce que l'ABIDEC nous demande, donc voilà."*(P04). Certaines patientes sont désireuses de plus d'implication de la part de leur médecin traitant, *"C'est vrai qu'elle pourrait aussi me relancer"*(P03). Il a également un rôle de premier recours, *"Quand j'ai un souci, par exemple des petites pertes blanches, je ne me gêne pas pour lui en parler."*(P04).

Les patientes reconnaissent également ses compétences au sujet de la contraception *" c'était plutôt le généraliste qui s'occupait de ma contraception"*(P02).

La relation de confiance entre le médecin et son patient a également été évoquée *"Du coup je pense que je me sentirais mieux avec elle."*(P16). Pour certaines patientes, le suivi de leur santé en intégralité par leur médecin traitant est également important *"Pour moi le suivi gynécologique qu'il soit fait par le médecin traitant, je trouve que c'est hyper important pour le suivi justement"*(P05), *"Pour la bonne raison, que ce qui m'énerve c'est ça. C'est d'aller voir plusieurs médecins. Mais si mon médecin généraliste fait ça, vu que je vais le voir pour mes médicaments au moins une fois par an."*(P13).

Plusieurs patientes ont évoqué le sexe de l'intervenant comme déterminant *"Quand on dit à une femme que pendant ses règles on a mal au ventre, et bien pour elles ce n'est pas une vue de l'esprit, c'est quelque chose qu'elles vivent aussi."*(P14).

Enfin, la protection de leur nudité est nécessaire pour certaines patientes *"Il m'a mis simplement une serviette au niveau du sexe, et ça m'a détendue"*(P09).

3.2.5. La prévention

Il s'agit d'un thème important pour les patientes sur de nombreux aspects. Il ressort un aspect positif du dépistage organisé *"mérite d'exister, ça a le mérite d'être gratuit et en fait pourquoi*

s'en priver dans la mesure où on peut peut-être prévenir des cancers ou les dépister le plus tôt possible"(P02).

La prévention passe également par l'explication. Les patientes en sont très demandeuses *"Répondre à nos questions, nous conseiller"(P06).* Elles veulent comprendre *"Mais je trouve que l'information, c'est primordial » (P02).* Il semble également important d'avoir une information sur le déroulement du geste *" La première fois, on est surprise parce qu'on ne s'attend pas à ce qu'il y ait l'écarteur"(P05).* Ce temps d'explication et d'information est rassurant pour les patientes *"Donc peut-être plus de communication avant les premiers pour expliquer comment ça va se passer, rassurer, tout ça"(P10).*

La prévention passe aussi par l'explication du calendrier de suivi et des intervenants puisque de nombreuses patientes ne sont pas sûres de savoir *" après ses accouchements vers l'âge de 30 ans"(P02), "c'est souvent pour le cancer du col de l'utérus puis des maladies sexuellement transmissibles, mais c'est tout"(P09), "Il me semble que c'est un par an"(P13), "Mais attendez, un médecin généraliste peut faire des frottis ?"(P12).*

Les connaissances autour du vaccin contre le cancer du col de l'utérus sont également disparates. Même si certaines femmes ignorent son existence *"Mais en fait, le vaccin, je ne pensais pas qu'il y avait un vaccin, ils n'en parlent pas plus que ça"(P03),* d'autres sont au courant des enjeux *"la vaccination ce n'est plus 14 ans mais 11 ans je crois. Après idéalement avant les premiers rapports"(P01).* Certaines connaissent également les implications *"Après ça ne change rien au suivi gynéco et au frottis surtout mais, au moins ça protège sur certains HPV"(P01).* Pour certaines patientes, le vaccin est une source d'inquiétude plutôt que de prévention *"C'est un vaccin donc avantage et inconvénient "(P05), "Moi je ne suis pas vaccin. Moi moins je fais de vaccin mieux je me porte". (P12).* Encore une fois, les patientes sont rassurées et en confiance avec leur médecin généraliste *"Elle m'a conseillé de le faire. Donc je l'ai fait faire à mes deux filles.". (P14)*

4. DISCUSSION

4.1. QUALITE ET VALIDITE DE LA THESE

Ce travail a présenté plusieurs biais depuis la méthode jusqu'à l'analyse des données. En premier lieu, on retrouve un biais de sélection. En effet, il a été décidé de trouver les patientes à interroger par l'intermédiaire de médecins généralistes. Les patientes sélectionnées avaient donc de ce fait un suivi médical, elles ne sont donc pas entièrement représentatives de la population générale. De plus, il fallait que les patientes acceptent de discuter de ce thème avec l'investigateur, on peut donc en conclure que certaines patientes ont refusé de participer, ce qui présente également un biais. Deuxièmement, l'investigateur a également créé un biais en choisissant lui-même les médecins généralistes. Le choix a été fait afin d'obtenir un échantillon large avec des médecins travaillant en milieu rural ou en ville, des MSU ou non, des cabinets de groupes ou seul, des âges variés et une pluralité de genre. Cependant malgré les demandes, peu d'hommes médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude ce qui conduit à un biais dans l'échantillon de patientes interrogées. Enfin, le choix de se centrer sur le bassin montluçonnais ne rend pas forcément possible l'extrapolation des données à l'échelle nationale. Il est possible d'avoir des particularités locales non représentatives à l'échelle de la France.

Sur un autre aspect, on note un biais de mesure. En effet l'investigateur a réalisé les entretiens, les retranscriptions ainsi que l'analyse des données. Il faut donc prendre en compte l'impact possible des a priori positifs comme négatifs de l'investigateur. Cela peut notamment se retrouver dans la réalisation de l'entretien semi-dirigé. La tournure des questions et le ton employé ont pu influencer les réponses des patientes. Il est également possible que les patientes ne se soient pas senties totalement libres de leurs réponses par timidité ou crainte du jugement. Pour pallier ces biais identifiés assez tôt dans l'étude, il a été mis en place des mesures « préventives ». Ainsi le directeur de thèse a été mis à contribution pour la relecture des retranscriptions et de l'analyse des données. L'investigateur réexpliquait aux patientes qu'il n'y

aurait pas de jugement de valeur concernant leurs réponses, et qu'il s'agissait pour elles d'exprimer leurs vécus. Les entretiens ont été réalisés par téléphone à des dates choisies par les patientes afin qu'elles aient le temps et l'espace de répondre librement.

Cette étude a néanmoins des avantages. En effet, le but était d'être au plus près des patientes et de leurs vécus. Les interrogatoires étaient donc personnalisés et ont évolué selon les paroles des patientes. Un des buts était de placer le patient au centre de l'étude, comme le ferait un médecin au cours d'une consultation. Cette étude avait pour objectif secondaire de proposer des moyens aux généralistes pour aborder le sujet, en trouvant les thèmes que les patientes souhaiteraient évoquer. Enfin, l'étude se consacre à la population du bassin montluçonnais et à ses problématiques d'accès aux soins, ce qui est intéressant pour l'investigateur puisqu'il s'agit de son lieu d'installation. L'étude a donc été conçue comme un entretien médecin généraliste/patient afin de reproduire le travail quotidien du médecin et reprendre ainsi la marguerite des compétences.

Pour finir, la validité de la thèse s'appuie sur la saturation des données. Elle a été acquise de façon globale avec plusieurs entretiens de sûreté mais également de façon spécifique en saturant les données des patientes à jour de leur frottis et de celles qui ne le sont pas. Il a également été recherché une variété de patientes tant par leurs âges, leurs catégories socio-professionnelles ou encore leurs lieux de vie. Enfin toutes les données ont été revues avec le directeur de thèse tout au long de l'étude afin de corriger les éventuels biais ou erreurs.

4.2. INTERPRETATION DES RESULTATS

4.2.1. Vécu des patientes

Le vécu des patientes s'articule selon deux axes opposés : des facteurs positifs et des facteurs négatifs. Ainsi il semble important de déterminer pour chaque patiente le facteur prédominant pour adapter la prise en charge. Les facteurs positifs qui ressortent sont le contact avec le

médecin et notamment la place de la discussion et de l'échange entre médecin et patient. Les patientes apprécient que le médecin prenne le temps de créer cette discussion. Cela va instaurer une relation de confiance qui facilitera la suite de la prise en charge. De nombreuses patientes déplorent ce manque d'implication de leur médecin et n'oseront pas forcément le solliciter en cas de problème. Les patientes apprécient d'être écoutées et prises en charge tant sur le plan physique que psychique. De plus, l'entourage peut jouer un rôle favorisant en rassurant la patiente sur la qualité de la prise en charge ou de l'intérêt d'un suivi. Il semble donc important que le médecin ait un discours ouvert et bienveillant. Enfin, il faut s'enquérir des antécédents médicaux personnels et familiaux qui peuvent avoir un impact émotionnel sur la patiente. Cela pourra également conduire à interroger sur le premier rdv gynécologique et sur son déroulement. En effet un des facteurs négatifs retrouvés est un premier examen gynécologique mal vécu par la patiente. Elles déplorent un geste parfois brutal, sans explication. Il ressort alors un sentiment de mutilation, de violation de l'intimité. C'est un axe très important pour le médecin qui devra alors s'en servir pour rassurer la patiente et devra s'atteler à créer un climat de confiance pour changer le vécu et vaincre les appréhensions des patientes. Une fois ce climat créé, les patientes seront plus aptes à accepter un suivi régulier. Il faut aussi prendre le temps d'expliquer le geste et les délais d'analyse afin de prévenir l'angoisse de l'attente qui empêche parfois les patientes de se faire suivre. Pour finir, lutter contre la désertification médicale et proposer un accès aux soins rapide et de qualité est un aspect à ne pas négliger. Un des premiers freins à la réalisation des frottis est la difficulté d'accès à un gynécologue. Il est alors important d'expliquer le rôle des médecins généralistes et des sages-femmes dans le suivi gynécologique de la femme en bonne santé. Proposer ce suivi ou orienter vers un professionnel qui peut le faire dans un délai rapide est important pour les patientes et cela place à nouveau le médecin généraliste au centre de la démarche de soins afin qu'il assure son rôle de coordination.

L'implication forte du médecin généraliste pour comprendre sa patiente est donc le premier point important de ce travail.

4.2.2. Communication

Cela est la suite logique du premier point. Les patientes attendent de leur médecin un espace de communication. Cela va se jouer sur plusieurs aspects. En premier lieu, les patientes apprécient et souhaitent avoir des échanges avec leur médecin sur leur vécu, leurs craintes et leurs interrogations. Certaines patientes pensent que les médecins généralistes n'ont pas le temps de créer cet espace de communication. Il est dommageable au suivi des patientes d'oublier cet aspect important qu'est la relation médecin patient. Cette relation ne peut se créer que par le biais de la communication. Le médecin généraliste va alors avoir plusieurs aspects à aborder. En effet, il a un rôle de conseil auprès de ses patientes. Il va pouvoir écouter, répondre et orienter les patientes dans leur suivi. Pour cela, il devra s'attarder à donner une information claire, loyale et adaptée à chaque patiente. Il devra prendre le temps d'expliquer le dépistage via le frottis, ce qu'on peut en attendre, sa réalisation et le suivi qui en découle. Il est important que le médecin transmette son savoir de façon adaptée et personnalisée à chaque patiente. Il pourra pour cela s'appuyer sur les campagnes de communication autour du dépistage national ainsi que sur les instances comme l'ABIDEC. Cette étude valorise donc l'implication du médecin dans la relation médecin-patient ainsi que dans son rôle de communicant et de première ressource.

4.2.3. Idées préconçues

Le médecin généraliste a un rôle premier dans la prévention. Comme il vient d'être évoqué, l'information claire, loyale et adaptée doit être le leitmotiv du médecin. Cela permettra donc de lutter contre les idées préconçues et erronées des patientes. Pour cela, le médecin doit constamment s'enquérir des données actualisées de la science et en informer ses patientes. Il

doit avoir à cœur d'évaluer leurs savoirs afin d'éventuellement corriger ceux-ci en cas d'erreurs. Le médecin devra lutter contre le tabou autour de la gynécologie et de l'examen. Il pourra proposer des alternatives afin de prévenir l'angoisse de ses patientes. De plus, il devra encore une fois expliquer son rôle dans le suivi afin de proposer un suivi de la femme en bonne santé. Démystifier l'examen gynécologique est un élément important de cette étude et un besoin ressenti par les patientes.

4.2.4. Leviers

Il semble donc important d'avoir des éléments pour aider le médecin généraliste dans sa pratique et dans sa prise en charge. Encore une fois les patientes ont su donner les éléments qui leur semblent favorables à un suivi. Un premier aspect est d'expliquer que le geste du frottis est indolore, qu'il est rapide et qu'il est complètement pris en charge. Ces trois points semblent rassurants pour les patientes et leur permettent parfois d'accepter plus facilement l'examen. La communication autour de ce dépistage est donc un élément majeur. Il en est de même pour la protection de la nudité et la pudeur des patientes. Il est important de proposer des adaptations de l'examen.

Le médecin généraliste est vu par les patientes comme un élément central dans leur santé. Il est donc important qu'il prenne le temps de valoriser la confiance des patientes, de valoriser son savoir et ses connaissances en les transmettant à ses patientes. Il devra aussi prendre le temps d'expliquer son rôle et ses compétences dans ce suivi.

Les patientes apprécient de n'avoir pas de jugement de la part de leur médecin et cela amplifie la relation de confiance entre le médecin et sa patiente.

Il faut également garder à l'esprit qu'un facteur influençant le suivi pour de nombreuses femmes reste le genre de l'intervenant. Il faut alors savoir proposer des alternatives sans culpabiliser sa patiente afin de garantir un suivi de qualité. Il est important de ne pas minimiser cet aspect.

Ce travail met donc en valeur l'implication et la diversité des compétences du médecin généraliste qu'il faut donc continuer de développer à chaque consultation.

4.2.5. Prévention

Comme nous venons de l'aborder, le dépistage organisé en France est un élément important de notre système de santé et un facteur favorisant de la santé des femmes. Le médecin généraliste est donc un des premiers liens des femmes avec la prévention. Il doit donc rappeler la prise en charge complète des soins, le suivi conseillé aux femmes. Le médecin doit informer et éduquer les patientes à la prévention et aux dépistages en donnant des éléments sur les enjeux, les avantages, le calendrier de suivi. Ces éléments ne vont pas sans un espace d'échange et de questions qui est un aspect fortement recherché par les patientes et qui souvent vont conditionner leurs a priori et leurs vécus. Le médecin doit expliquer le déroulé du geste.

Enfin il semble important et apprécié d'avoir un temps d'explications sur le papillomavirus en tant que tel et non seulement sur le dépistage par frottis. Ainsi il est intéressant d'expliquer son rôle dans de nombreux cancers autres que celui du col de l'utérus mais également d'informer sur le vaccin existant. Encore une fois cette étude met en évidence une volonté de savoir et de connaissances des patientes. On retrouve également une valorisation des acteurs jouant pour la prévention et s'impliquant dans ce dépistage.

En somme, cette étude montre que les patientes sont dans l'attente de savoir, d'explication, de communication et de temps de la part de leur médecin. Les patientes valorisent les médecins qui prennent le temps de créer une relation de confiance et qui mettent leurs patientes au cœur de la prise en charge. Elles souhaitent être rassurées, comprises et orientées. Très peu de patientes sont farouchement opposées à un suivi régulier, elles recherchent avant tout un partenaire dans ce suivi, que ce soit leur médecin généraliste ou un autre professionnel de santé.

4.3. PLACE DANS LA LITTERATURE

Cette étude conforte d'autres études de la littérature notamment concernant la place que le médecin généraliste a dans le suivi gynécologique des femmes. En 2018, le Dr Timsit (19) a réalisé une étude quantitative sur les arguments de choix du professionnel de santé qui suivra la femme sur le plan gynécologique. Comme c'est le cas dans notre étude, les caractéristiques individuelles telles que l'âge, la couverture de santé ou encore le lieu de vie, n'impactent pas dans le choix de son praticien. Le temps d'accès aux soins va par contre avoir un impact sur le choix entre sage-femme, médecin généraliste et gynécologue. On retrouve également un manque de connaissances des femmes sur les capacités du médecin généraliste à effectuer le suivi gynécologique. Une étude réalisée en 2016 par le Dr Bouchet (15) tend à penser qu'un manque de formation initiale en gynécologie des médecins généralistes limiterait leurs pratiques en cabinet. Cela expliquerait que certains médecins généralistes ne proposent pas ce geste et orientent vers les sages-femmes ou les gynécologues comme certaines patientes l'ont relaté dans notre étude.

La méconnaissance des patientes sur le frottis est aléatoire et conforte les résultats du Dr Sedjai (20) dans son étude de 2019 s'intéressant aux connaissances et à la participation des femmes au dépistage par FCU. On retrouve comme dans notre étude que les femmes à jour de leur frottis ont une meilleure connaissance du frottis et du suivi recommandé. Encore une fois, le rôle du médecin généraliste est peu connu. Les freins à la participation étaient pour certains identiques aux nôtres comme le manque d'informations, la peur de l'examen ou encore le délai du rendez-vous. Cette étude n'abordait pas le sexe de l'intervenant, ni le vécu de la première consultation, deux points importants de notre étude. En 2016, le Dr Voisin Gallet (21) a également travaillé sur les facteurs influençant la réalisation du frottis chez les femmes vaccinées contre le papillomavirus. A la différence de notre étude, certaines femmes n'étaient pas enclines à effectuer les FCU car pensaient le vaccin complètement efficace et n'envisageaient pas un

frottis pathologique. Les femmes de notre étude savaient que le suivi après vaccin ne changeait pas. Cependant dans l'étude du Dr Voisin Gallet comme dans la nôtre, une bonne connaissance du vaccin et une démarche de prévention sont des facteurs favorisant l'adhésion au dépistage par FCU. La peur du cancer et le fait de se savoir en bonne santé sont également des aspects retrouvés dans les deux études comme facilitant la réalisation du dépistage.

Le Dr Fouqueron (22) s'est intéressé aux freins à la participation des femmes en situation de précarité en 2016. On retrouve différents freins comme le pessimisme sur l'état de santé, un manque de connaissances, un vécu traumatique, une difficulté financière d'accès aux soins, la peur du jugement et un manque de confiance envers le médecin. La plupart de ces caractéristiques ont également été retrouvées dans notre étude et ne s'appliquent donc pas uniquement aux femmes en situation de précarité. Cela nous prouve encore une fois que l'implication du médecin à s'adapter à chaque patiente est vraie quel que soit le milieu de sa patiente. La prévention et la communication sont deux aspects majeurs de ces études qui incitent à une prise en charge globale du médecin généraliste à chaque consultation.

Dans un esprit similaire, le Dr El Miftah (23) a travaillé en 2017 sur le lien entre précarité et dépistage tant du point de vue des médecins que des patients. Comme dans notre étude, les obstacles au suivi sont le manque de temps, la peur des résultats, le sexe de l'intervenant, le délai de rdv et la distance des praticiens. Il a aussi été retrouvé des facteurs facilitants comme le rôle de l'entourage ou la proposition du praticien. L'implication plus forte du médecin généraliste a été évoquée comme solution, de la même façon que dans notre étude. Les patientes attendent des explications, des réponses à leurs questions et un accès aux soins rapide. On retrouve également une méconnaissance des compétences des médecins généralistes en termes de gynécologie. Les mêmes solutions ont pu être proposées comme une valorisation des campagnes de communication nationale et un renforcement du rôle du médecin généraliste.

Enfin les Dr Rouzieres et Marill (24) se sont intéressées aux propositions des médecins généralistes pour faciliter l'adhésion des patientes au dépistage par FCU. On retrouve quelques freins comme le manque de temps, la gêne du médecin à réaliser le geste ainsi que le manque de compétences du médecin. Ils pensent que les patientes manquent de connaissances, qu'elles ont peur de l'examen et qu'il y a un sentiment de pudeur. Ces données semblent se conforter dans notre étude. Nos patientes sont d'ailleurs demandeuses de plus d'implication des médecins généralistes afin de lever ces freins. Une des solutions évoquées dans cette étude est l'amélioration des connaissances des patientes, une coordination du suivi médical, un questionnement systématique sur le dépistage au cours de chaque consultation. Ces remarques sont complètement en accord avec celles de notre étude et remplissent les attentes de nos patientes.

Nous avons abordé dans notre introduction que le dépistage par FCU est entré dans le cadre du dépistage organisé depuis 2018. Le Dr De Mil (25) s'est donc intéressé en 2019 à l'efficacité de ces programmes de santé publique. Il en ressort un bénéfice net concernant la participation à ces dépistages par la population. Il propose également d'évaluer un accompagnement individuel afin de favoriser l'adhésion des patients. Notre étude va dans ce sens puisque nos patientes sont demandeuses d'une plus grande implication de leur médecin généraliste dans leur suivi et surtout en termes de communication et d'information.

Sur un autre aspect le travail du Dr Belglaiiaa (26) de 2015 encourage à la réalisation d'un test par typage HPV notamment chez les femmes de plus de 65ans. Notre thèse n'a pas inclus cette nouvelle recommandation du typage HPV entre 30 et 65 ans, car encore très peu réalisé au moment de l'étude. Mais il s'agit là d'un moyen de dépistage intéressant tant par sa fiabilité que par son délai de validité (tous les 5 ans) qui pourrait augmenter l'adhésion des patientes.

Enfin comme le décrit le Dr Rigal (27) en 2014 dans son étude sur les variabilités de pratiques des médecins généralistes, une meilleure connaissance du statut vis-à-vis du dépistage des patientes pourrait améliorer la prise en charge globale des patientes. Dans notre étude, des patients ont déploré que leur médecin ne s'intéresse pas à leur suivi gynécologique.

4.4. OUVERTURE

4.4.1. Typage HPV

Depuis juillet 2019, l'HAS recommande la réalisation d'un typage HPV tous les 5 ans à partir de 30 ans à la place du FCU. Au moment de la réalisation de notre étude, ce typage est encore assez peu réalisé. Les patientes n'en sont que très peu informées. Il s'agit donc d'un aspect très important et de changement des pratiques qui semble important de suivre et d'étudier à l'avenir. Très peu d'études ont été publiées à ce sujet. On retrouve surtout des études validant l'efficacité de ce test (28). L'adhésion des patientes et l'amélioration du suivi n'ont pas encore été étudiées et on peut penser que cela favorisera la prise en charge de nos patientes. Il semble donc important que les médecins généralistes s'emparent de ce sujet en expliquant aux patientes les enjeux. De prochaines études nous donneront plus d'informations sur l'efficacité de ce dépistage dans les années à venir.

4.4.2. Dossier médical partagé, coordination des soins

Le dossier médical partagé a été créé via la loi du 13 août 2004. Il a pour vocation de centraliser les informations médicales d'un patient et devrait être consultable pour les professionnels de santé. Il n'a cependant été mis en place qu'en mai 2011 par l'assurance maladie. Même si l'ouverture des DMP a été communiquée de façon nationale aux patientes, aucune formation n'a été proposée aux médecins. Très peu de DMP sont actuellement utilisés et remplis. De plus l'assurance maladie a depuis le 1 juillet 2021 fermé l'ouverture de DMP sur son site. Ils

proposeront dès 2022 un espace santé qui donnera accès au DMP ainsi qu'à une messagerie sécurisée. Même si le concept du dossier partagé entre professionnels de santé est très prometteur, de nombreux aspects techniques rendent son utilisation très limitée pour le moment. Mais il s'agit là d'un outil d'avenir qui pourrait grandement améliorer le suivi des patients.

4.4.3. Dépistage national

Depuis mai 2018, le dépistage du cancer du col de l'utérus fait partie des 3 dépistages organisés. Ainsi les patientes âgées de 25 à 65 ans sont censées recevoir une invitation à la réalisation du dépistage. Ce système d'invitation par voie postale est bien en place pour la mammographie notamment, avec un envoi systématique deux ans après la réalisation de la dernière mammographie. On constate cependant une inégalité de suivi et d'envoi concernant le dépistage par FCU. La mise en place pouvant être longue, il est à espérer que ce système deviendra plus efficient dans les années à venir. Pour le moment, la population n'a que peu d'informations sur ce cancer et son dépistage et de nombreuses patientes souhaiteraient des campagnes de communication dans les médias. Durant l'été 2021, les interventions à la radio ont promu l'intérêt du dépistage par FCU. Il s'agit là d'un très bon début et l'effort doit se poursuivre. Des affiches sont également à disposition des médecins pour exposer dans leur cabinet, tout comme des dépliants explicatifs. Cela peut permettre l'ouverture de la discussion et de l'information auprès de nos patientes.

4.4.4. Prévention dans les établissements scolaires

Il n'est jamais trop tôt pour éduquer la population. Les interventions auprès des jeunes semblent donc intéressantes pour faire adhérer au plus tôt les patientes aux dépistages. Ainsi les interventions en peer-to-peer ont démontré leur efficacité dans la transmission de savoir et de comportement. Concernant l'éducation à la sexualité dans son ensemble (y compris IST et suivi

gynécologique), de nombreux étudiants en médecine en France ont lancé des interventions brèves dans les lycées ou établissements du secondaire. Le but est de sensibiliser et d'informer les jeunes sur les comportements à risques, les moyens de protection ou encore les dépistages. Seul un petit nombre de villes ont pour le moment accès à cette démarche, mais il est facilement envisageable de développer cela via le service sanitaire des étudiants en santé ou encore avec les services civiques. Au-delà du travail en peer-to-peer, le rôle de l'infirmière en milieu scolaire pourrait également être revu. En collaboration avec le médecin scolaire, il pourrait être envisagé de créer des moments d'information et de sensibilisation. Cette démarche de prévention aurait sûrement un impact, qu'il serait alors intéressant de pouvoir évaluer via un suivi de cohorte dans le temps.

5. CONCLUSION

Ce travail de recherche qualitative a permis de comprendre les sentiments et les attentes des patientes. Nous avons ainsi interrogé 19 femmes ayant un statut différent vis-à-vis de la réalisation du frottis afin de comprendre. Il en est ressorti 5 grands thèmes influençant le dépistage. Le vécu des patientes est un des thèmes principaux qui semble souvent peu recherché par les médecins. Ensuite, la communication avec la patiente afin de créer une relation de confiance semble primordiale pour les patientes. Lutter contre les idées préconçues comme la douleur, la gêne de la nudité ou encore les compétences du médecin généraliste en termes de gynécologie passent aussi par la communication, l'écoute et la transmission de savoir du médecin à sa patiente. Cela permet aussi d'activer les leviers facilitant l'accès au dépistage comme la prise en charge de l'examen, l'accès via le médecin généraliste, le suivi médical. Enfin, la prévention reste un thème important qui est la porte d'accès à un suivi de qualité en mettant la femme au cœur de sa santé.

Ce travail met en évidence que le simple outil de la communication peut venir à bout de nombreuses craintes et interrogations de nos patientes. Le rôle central et transversal du médecin généraliste prend toute son importance et il semble primordial que nous nous emparions pleinement de la prévention et du suivi gynécologique de nos patientes qui en sont très demandeuses.

Le Doyen de l'UFR de Médecine

Pr Pierre Clavelou



Le Président du Jury

Pr Philippe Vorilhon

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Vorilhon', written over a horizontal line.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Sophie T. Haute Autorité de santé. :36.
2. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):279-82.
3. INCA. Objectif 1 : Favoriser des diagnostics plus précoces - Les 17 objectifs du Plan [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-1-Favoriser-des-diagnostics-plus-precoces>
4. Souissi A. Freins à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : enquête par entretiens auprès de médecins généralistes marnais. 2012.
5. Kattiyavong-Hindi A. Taux de participation au dépistage du cancer du col utérin sur 3 ans : association avec les caractéristiques du médecin généraliste. 2017.
6. Squimbre C. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. 2012.
7. Woronoff A-S, Molinié F, Trétarre B. [Implementation of National Cervical Cancer Screening Program in France]. Bull Cancer (Paris). mars 2019;106(3):253-61.
8. Leroy L. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste : par Lucie Leroy. 2014.
9. Souères E. Pratique du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Flandres : taux de réalisation, cotation, caractéristiques. 2016.
10. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie : par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. 2013.
11. El Mobarik S. Les freins et les leviers des femmes de vingt-cinq à soixante-cinq ans à réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin. 2017.
12. Rondet C. Déterminants socio-territoriaux de l'absence ou du retard de participation aux dépistages des cancers féminins. Impact de l'origine migratoire et du lien social. Une étude en population générale à partir des données de la cohorte SIRS. :97.
13. Pousson J-E. Déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes obèses. :112.
14. INCA. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precocce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-depistage-sensibiliser-et-convaincre>
15. Boucher S. Évaluation de l'acquisition de trois gestes techniques de gynécologie (frottis cervico-utérin, pose de dispositif intra-utérin et pose d'implant contraceptif) au cours du

- DES de médecine générale en fonction des lieux de formation en Rhône-Alpes (faculté Grenoble, Lyon et Saint-Etienne). 2016.
16. Pavaux J. Evaluation de la perception et des représentations des femmes âgées de 20 à 65 ans concernant le frottis cervico-utérin dans un cabinet de médecine générale à Vitry Le François. 2014.
 17. Marie C. Place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus : étude dans l'agglomération dunkerquoise. 2013.
 18. INSEE. Dossier complet – Département de l'Allier (03) | Insee [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-03>
 19. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes. 2018.
 20. Sedjai A. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, participation et parcours de santé des patientes concernées. 2019.
 21. Voisin Gallet G. Frottis cervico-vaginal (FCV) et vaccination anti-papillomavirus : facteurs influençant la participation des femmes vaccinées. 2016.
 22. Fouqueron 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 (étude qualitative auprès de 13 femmes précaires non dépistées). 2016.
 23. El Miftah A. Précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus : regard croisé des femmes bénéficiaires de la CMU-C et des médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. 2017.
 24. Rouzieres 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. 2018.
 25. Mil RD. Efficience de programmes de santé publique visant à réduire les inégalités de participation au dépistage organisé des cancers. :139.
 26. Génotypage moléculaire des papillomavirus humains chez des femmes à risque de cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible sur: <http://indexation.univ-fcomte.fr/nuxeo/site/esupversions/94380e36-b99a-424e-a907-59c5743807d3>
 27. Rigal L. Dépistages des cancers gynécologiques en médecine générale - Variabilité des pratiques de soins. :167.
 28. Bonneault M. Modélisation dynamique des infections et co-infections génitales à papillomavirus humain (HPV) et de l'impact à long terme de la vaccination anti-HPV. :233.

7. ANNEXE

7.1. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

1/ Votre santé gynécologique

- Pouvez-vous me parler de votre suivi sur le plan gynécologique ?

Relance :

- Qui assure ce suivi ?
- Êtes-vous ménopausée ?
- Avez-vous un moyen de contraception ?
- Avez-vous des antécédents personnels ou familiaux de cancer ?
- Avez-vous été vacciné contre l'HPV ?
- Quand et comment a débuté votre suivi ?

2/ FCU

- Pouvez-vous me raconter votre dernier FCU ?

Relance :

- Pourquoi l'avez-vous fait ?
- Qui l'a réalisé ?
- Comment l'avez-vous vécu ? Comment s'est-il passé ?

- Que pouvez-vous me dire du FCU ?

Relance :

- A quoi sert-il ?
- Qui est concerné et qui ne l'est pas ?
- Qui le réalise ?
- Quel calendrier de réalisation ?

3/ Vécu, craintes et besoins

- Que diriez-vous du FCU à vos proches ?

Relance :

- Avez-vous des interrogations ?
- Avez-vous des inquiétudes ?
- Qu'est-ce qui vous convint de le faire ?

- Que diriez-vous sur le FCU à votre médecin traitant ?

Relance :

- Qu'est ce qui pourriez améliorer le FCU ?
- Votre médecin en pratique ?
- Avez-vous déjà évoqué ce sujet avec votre médecin traitant ?
- Quel est son rôle sur ce sujet-là ?

- Avez-vous des propositions pour la réalisation de ce test de dépistage ?

Relance :

- Qu'est ce qui pourriez-vous faire accepter ce test ?
- Quelles en sont les avantages ?
- Vous sentez vous bien informée ?

4/ Connaitre notre échantillon de patiente

- Pouvez-vous vous présenter ?

Relance :

- Quel est votre âge ?
- Où vivez-vous ?
- Quel est votre profession ?
- Avez-vous des enfants ?
- Avez-vous un MT ? (Sexe, âge, lieu travail)

8. SERMENT D'HIPPOCRATE

(Conseil national de l'ordre des médecins)

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

GARCIA Pauline

9. SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

GARCIA Pauline

Vécu et perceptions des femmes de 25 à 65 ans concernant le frottis cervico utérin réalisé par le médecin généraliste. Une étude qualitative par entretiens individuels dans le bassin montluçonnais.

Résumé :

CONTEXTE En France, moins de 60% des femmes concernées par le dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus sont à jour de leur frottis cervico utérin (FCU). Le médecin généraliste (MG) étant le professionnel de santé de premier recours, son implication dans le dépistage devrait être prépondérante.

OBJECTIF Déterminer les freins des patientes de 25 à 65 ans suivies en médecine générale vis-à-vis de la réalisation d'un FCU. Les objectifs secondaires étaient : Évaluer les connaissances des patientes vis-à-vis du dépistage et rechercher les moyens d'améliorer le vécu pour favoriser l'adhésion.

METHODE Étude qualitative sur 19 patientes du bassin montluçonnais par entretiens semi-dirigés de janvier à mai 2021 jusqu'à saturation des données.

RESULTATS Au total, 19 patientes ont été interrogées. La saturation des données a été obtenue après 16 interviews. Cinq thèmes ont émergé de l'analyse : le vécu des patientes, la communication, les idées préconçues, les leviers et la prévention. Ils ont permis d'expliquer l'adhésion au dépistage. Le MG a les compétences pour agir sur ces thèmes. Son implication la plus importante est recherchée par les patientes.

CONCLUSION Les patientes ne semblent pas complètement opposées au dépistage. Elles ont besoin de comprendre, d'être écoutées et rassurées. Elles recherchent une alliance avec le médecin afin de créer une relation de confiance. Le médecin généraliste a toutes les compétences pour répondre favorablement aux attentes des patientes.

Mots-clés : Dépistage - Communication - Frottis cervico utérin – Relation médecin-patient - Vécu des patientes