

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

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

**Intérêt de l'autoprélèvement vaginal pour améliorer la
couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus :
étude qualitative chez les médecins généralistes et les
femmes non dépistées consultant en médecine générale
dans le Nord-Pas-de-Calais**

**Présentée et soutenue publiquement le 12 juin 2012
par Pamela NESSLANY**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre
Monsieur le Docteur Benoît Savatier**

**Directeur de Thèse :
Monsieur le Professeur Christophe Berkhout**

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	15
I. INTRODUCTION.....	16
I.1. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus.....	16
I.2. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus.....	18
I.2.1. L'infection à Human Papilloma Virus (HPV).....	18
I.2.2. Les lésions précancéreuses.....	19
I.2.3. Les lésions cancéreuses.....	20
I.2.4. Facteurs favorisant la persistance de l'infection à HPV ou cofacteurs de l'évolution vers des lésions cancéreuses.....	21
I.2.5. Facteurs protecteurs de l'infection à HPV.....	21
I.3. Le frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage, test de référence.....	21
I.4. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France.....	23
I.4.1. Un dépistage individuel.....	23
I.4.2. Un taux de couverture insuffisant.....	24
I.5. Les freins au dépistage.....	25
I.5.1. Du point de vue des médecins généralistes.....	25
I.5.2. Du point de vue des patientes.....	26
I.6. L'autoprélèvement vaginal.....	28
I.6.1. Réalisation de l'autoprélèvement vaginal.....	28
I.6.2. Le test HPV.....	29
I.6.3 caractéristiques de l'autoprélèvement vaginal.....	29
I.7 Objectif de l'étude.....	31

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	32
II.1. Un projet de recherche commun.....	32
II.2. Type d'étude.....	32
II.3. Choix d'une méthode qualitative.....	32
II.3.1. Description.....	32
II.3.2. L'entretien semi-dirigé.....	34
II.3.3. Pertinence de l'étude qualitative.....	34
II.4. Population et échantillon.....	35
II.4.1. Médecins généralistes.....	35
II.4.2. Patientes.....	35
II.5. Recueil des données.....	36
II.5.1. Déroulement des entretiens.....	36
II.5.1.1. En général.....	36
II.5.1.2. Concernant l'autoprélèvement vaginal.....	37
II.5.2. Guide d'entretien.....	38
II.5.2.1. Pour les médecins généralistes.....	38
II.5.2.2. Pour les patientes.....	38
II.5.3. Transcription et analyse des <i>verbatim</i>	39
II.6. Méthode d'analyse des résultats.....	40
II.6.1. Analyse de contenu catégorielle.....	40
II.6.2. Procédure.....	41
II.7. Biais attendus.....	41
II.8. Méthodologie de la recherche bibliographique.....	42

III. RESULTATS.....	43
III.1. Déroulement de l'étude.....	43
III.1.1. Participation des médecins généralistes.....	43
III.1.2. Participation des patientes.....	47
III.2. Analyse thématique.....	50
III.2.1. Résultats des Médecins généralistes.....	50
III.2.1.1. Première impression.....	50
III.2.1.2. Avantages.....	50
III.2.1.3. Inconvénients.....	57
III.2.1.4. Questionnements à propos de l'autoprélèvement vaginal.....	63
III.2.1.5. Suggestions à la bonne utilisation de l'autoprélèvement vaginal soulevées les médecins généralistes.....	65
III.2.2. Résultats des patientes.....	66
III.2.2.1. Première impression.....	66
III.2.2.2. Avantages.....	67
III.2.2.3. Inconvénients.....	72
III.2.2.4. Questionnements à propos de l'autoprélèvement vaginal.....	74
IV. DISCUSSION.....	75
IV.1. Quels sont les freins exposés par les médecins généralistes à la réalisation du FCU pouvant être soulevés par l'autoprélèvement vaginal?.....	75
IV.2. Quels sont les freins exposés par les patientes à la réalisation du FCU qui peuvent être soulevés par l'autoprélèvement vaginal?.....	78
IV.3. Les freins à l'autoprélèvement vaginal.....	81
IV.4. Interrogations et suggestions au sujet de l'autoprélèvement vaginal.....	83

IV.5. Validité de l'étude.....	84
IV.5.1 Forces de l'étude.....	84
IV.5.2. Faiblesse de l'étude.....	85
IV.6. Perspectives d'avenir.....	86
IV.6.1. Intérêt de l'autoprélèvement vaginal en première intention..	86
IV.6.2. Intérêt de l'autoprélèvement en seconde intention	87
IV.6.3. Le dépistage organisé.....	88
 V. CONCLUSION.....	 90
 BIBLIOGRAPHIE.....	 91
 ANNEXES.....	 97
Annexe n°1 : le Delphi screener ©.....	97
Annexe n° 2 : Courrier envoyé aux médecins généralistes.....	98
Annexe n° 3 : Questionnaire donné aux patientes.....	99
Annexe n° 4 : Flow Charts.....	101
Annexe n° 5 : Guide d'entretien médecins généralistes.....	102
Annexe n° 6 : Guide d'entretien patientes.....	103
Annexe n° 7 : <i>Verbatim</i> entretien Médecin généraliste n°15.....	104
Annexe n° 8 : <i>Verbatim</i> entretien Patiente n° 14.....	110

ABREVIATIONS

HPV :	HumanPapilloma Virus
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
TBS :	The Bethesda System 2001 (Système de Bethesda 2001)
INCa :	Institut national du cancer
HAS :	Haute Autorité de Santé
EGB :	Echantillon Généraliste des Bénéficiaires
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
CIRC :	Centre international de recherche sur le cancer
IARC :	International Agency for Research on Cancer
PCR :	Polymérase chaîne réaction
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
CIN :	Cervical Intraepithelial Neoplasia
URPS-ML :	Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux
UE :	Unité d'enregistrement
SASPAS :	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

I. INTRODUCTION

I.1. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer de la femme en terme d'incidence, et le 1^{er} cancer de la femme en terme de mortalité. Ce constat est principalement valable pour les pays en développement. En effet, le risque d'être atteinte d'un cancer du col de l'utérus au cours de la vie est estimé à 4% dans les pays en développement et inférieur à 1% dans les pays industrialisés [1].

En Europe, la répartition du cancer du col de l'utérus est inhomogène selon les pays. Ainsi, le taux d'incidence standardisé estimé en 2004 varie de 4,7 cancers du col de l'utérus pour 100 000 femmes en Finlande, à 18,6 cancers du col de l'utérus pour 100 000 femmes en Slovénie [1].

La France occupe une position intermédiaire au sein de l'Europe, de 11^{ème} en terme de taux d'incidence standardisé (7,1 cas pour 100000 femmes en 2005) et de 12^{ème} en terme de taux de mortalité standardisé (1,9 décès pour 100000 femmes en 2005) [1]. Le cancer du col de l'utérus représentait 3068 nouveaux cas en 2005 et était à l'origine du décès de 1067 femmes en 2005 [2].

Depuis 50 ans, dans les pays industrialisés, l'incidence et la mortalité de ce cancer diminuent régulièrement [1].

En France, entre 1980 et 2000, le taux annuel de décroissance de l'incidence de ce cancer était de 2.9%. Dans le même temps, le taux de mortalité avait diminué en moyenne de 4% par an. Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000. En effet, entre 2000 et 2005, la décroissance moyenne annuelle du taux d'incidence était de 1,8% et celle du taux de mortalité de 3,2% [1].

La région Nord-Pas-de-Calais se distingue par un taux d'incidence estimé plus élevé que celui de la France (9,9/100 000 en 2002) et fait partie des régions les plus touchées par ce cancer [3].

En France, la médiane d'âge lors du diagnostic du cancer du col de l'utérus est à 51 ans [4] avec un mode à 40 ans [Figure n°1].

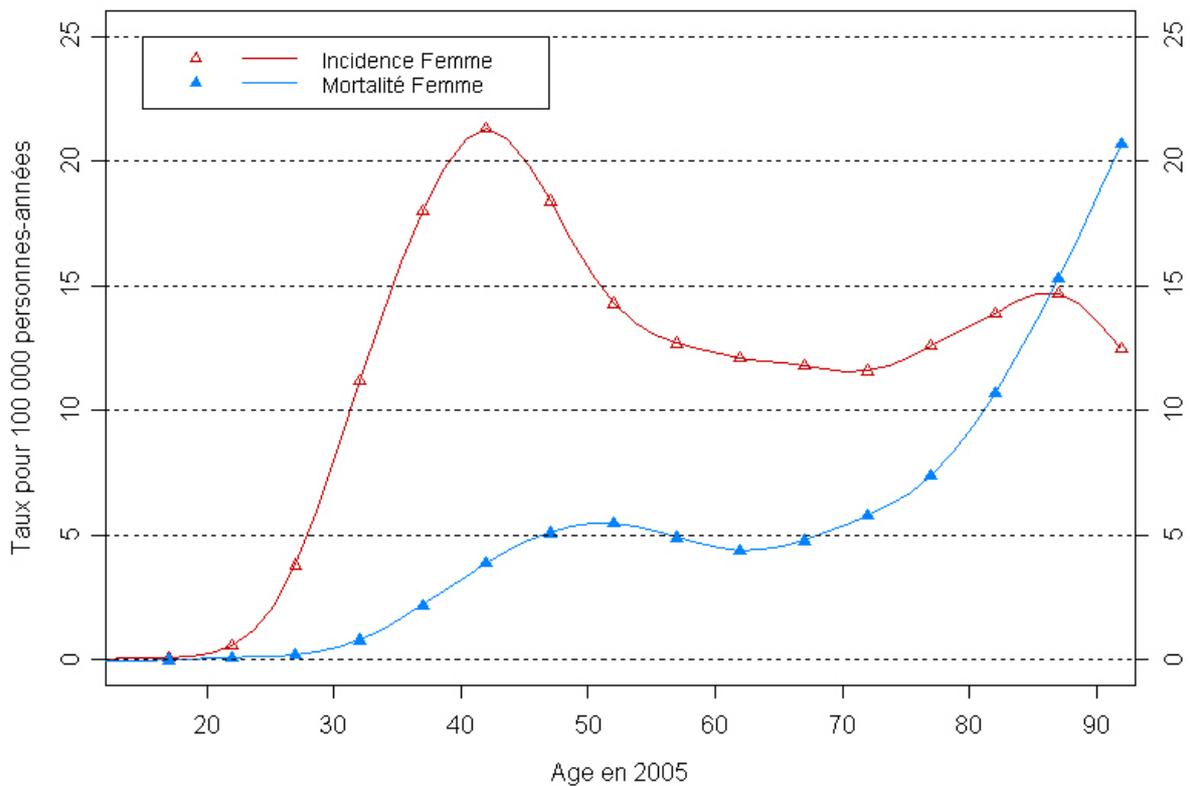


Figure n°1 : Incidence et mortalité par âge en 2005 [2]

L'incidence du cancer du col de l'utérus augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans puis diminue ensuite. La mortalité par cancer du col de l'utérus augmente jusqu'à 50 ans pour diminuer ensuite, et remonter à partir de 70 ans [Figure n°1].

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de la femme jeune. En effet, 67% des cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués chez des femmes de moins de 65 ans [1].

La survie relative après un cancer du col de l'utérus est de 85% à 3 ans et 82% à 5 ans chez les femmes de 15 à 44 ans. Cette survie relative diminue ensuite avec l'âge, pour passer, chez les femmes de 75 ans et plus, à 48% à 3 ans et 38% à 5 ans [1].

I.2. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

I.2.1. L'infection à Human Papilloma Virus (HPV)

Le cancer du col de l'utérus est dû à l'infection persistante à HPV. L'ADN de l'HPV est toujours retrouvé dans le cancer du col [5] [6].

Il existe plus de 200 HPV différents, dont 118 ont été séquencés. 45 infectent la sphère génitale. 18 sont définis comme à haut risque (dont 12 avec plus de certitude), et c'est la persistance de l'infection qui conduit au cancer [1].

Ce sont les HPV 16 et 18 qui sont les plus souvent impliqués (70,7% des cas dans le monde et 81,8% des cas en France). Les autres HPV concernés sont les 31, 33, 68, 45, 52, 58 [1].

Par ailleurs, le 16 et le 18 sont associés à des taux de progression plus élevés que les autres types d'HPV à risque [7].

Toutefois, une infection persistante à HPV n'est pas synonyme d'évolution systématique vers un cancer du col de l'utérus. En effet, seules 5% des femmes infectées par HPV16 évolueront vers un cancer du col [1].

L'infection à HPV est considérée comme une infection sexuellement transmissible (IST). C'est l'IST la plus fréquente dans le monde, estimée à 30 millions de nouvelles infections par an. L'HPV est transmis par contact sexuel, le plus souvent dans les premières années de la vie génitale. Ainsi, plus de la moitié des femmes en âge de procréer y sont exposées [1].

L'infection à HPV est le plus souvent transitoire : l'HPV est indétectable dans 70% des cas à 1 an, dans 90% des cas à 2 ans. [1]

Il n'existe pas de traitement à l'infection à HPV [8].

I.2.2. Les lésions précancéreuses

La persistance de l'infection à HPV peut entraîner des lésions précancéreuses, également appelées lésions dysplasiques [8].

Dans 32 à 57% des cas (en fonction de la lésion), ces lésions vont régresser spontanément [Tableau n°1].

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

Tableau n°1 : Probabilités moyennes de régression, de persistance et d'évolution des CIN [1]

À noter qu'il persiste actuellement un doute sur la disparition complète du virus, ou simplement une latence de celui-ci [1].

Chez une minorité de femmes, ces lésions dysplasiques évolueront, vers des lésions cancéreuses. Il existe deux types de cancer du col de l'utérus : le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome, dont l'histoire naturelle est moins connue [8].

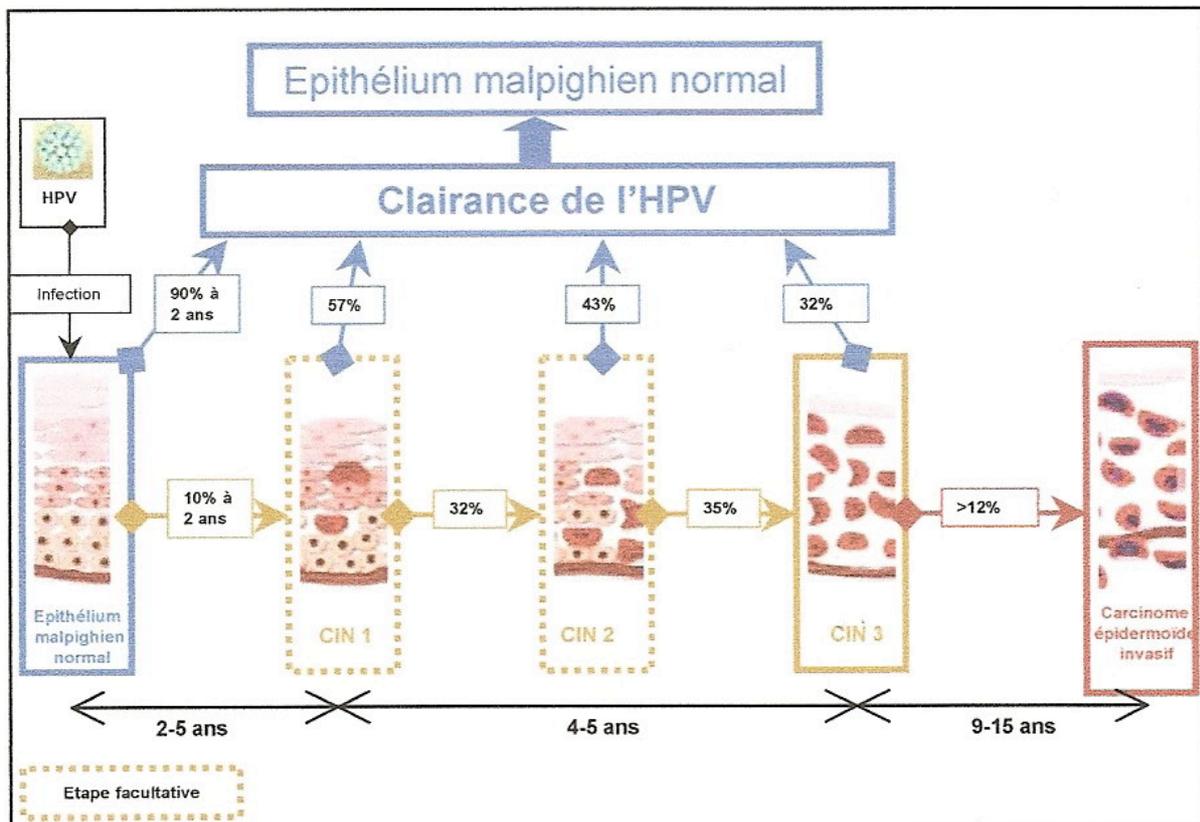


Figure n°2 : Histoire naturelle du cancer épidermoïde du col de l'utérus [1]

1.2.3. Les lésions cancéreuses

Le cancer invasif du col utérin met en moyenne 15 à 20 ans à se développer après la persistance d'une infection HPV à haut risque [4]. Cette évolution lente fait que ce sont les femmes d'âge mûr qui sont le plus à risque de développer un cancer du col.

I.2.4. Facteurs favorisant la persistance de l'infection à HPV ou cofacteurs de l'évolution vers des lésions cancéreuses

Certains facteurs semblent augmenter le risque de persistance de l'infection à virus HPV ou de développement d'un cancer du col de l'utérus [1] :

- Le tabac (plus de 15 cigarettes par jour), même passif
- Une première maternité précoce
- L'utilisation pendant plus de 5 ans de contraceptifs oraux
- Une parité élevée
- La co-infection par d'autres IST
- Les déficits immunitaires innés ou acquis (VIH, transplantation...).

I.2.5. Facteurs protecteurs de l'infection à HPV

L'utilisation d'un préservatif lors des premiers rapports, s'il ne protège pas contre l'infection par HPV, diminue le risque de persistance de l'infection de 50% [9].

La circoncision du partenaire diminuerait le risque de portage de l'HPV à haut risque oncogène de 28% dans les 2 ans suivant le début des rapports sexuels [10].

I.3. Le frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage, test de référence

Le dépistage du cancer du col est considéré comme le dépistage de cancer dont le rapport coût/efficacité est le meilleur dans le monde [4].

Le FCU est le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. La procédure décrite en 1943 par Papanicolaou consiste à prélever des cellules du col de l'utérus. Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame, dans le cas d'un FCU dit conventionnel, ou mis en suspension dans un flacon contenant un liquide de conservation dans le cas d'un frottis en phase liquide [1].

La technique du FCU conventionnel est utilisée plus fréquemment que celle en milieu liquide (environ 68% selon le CRISAP Ile-de-France) [4].

Il est admis que le nombre de FCU non interprétable est réduit avec le FCU en milieu liquide [4]. Néanmoins, il n'a pas été montré de supériorité d'une méthode sur l'autre [11]. Le FCU en milieu liquide a l'avantage de permettre d'effectuer un test HPV sur le même prélèvement.

Le test de dépistage par FCU remplit les 10 critères nécessaires à la mise en place d'un programme de dépistage définis par Wilson et Jungner en 1968. [12]

Selon la réglementation actuelle, le prélèvement du FCU est un acte médical qui doit être réalisé par un médecin ou une sage-femme, dans le cadre des consultations de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (Décret n°80-987 du 3 décembre 1980).

L'interprétation cytologique du FCU doit utiliser le système de Bethesda 2001 (TBS).

Selon le TBS, un compte-rendu de FCU doit comporter trois parties. La première partie témoigne du caractère interprétable du FCU. La seconde partie rapporte les éventuelles anomalies des cellules malpighiennes et/ou glandulaires [Tableau n°2].

ASCUS	Cellules Squameuses Atypiques de Signification Indéterminée
LSIL	Lésion intra-épithéliale de Bas-grade
ASC-H	Cellules Squameuses Atypiques – Haut grade ne peut être exclu
HSIL	Lésions Squameuses Intra-épithéliales de Haut grade
Carcinome épidermoïde	Cancer

AGC	Atypie des cellules glandulaires
AIS	Adénocarcinome endocervical in situ
Adénocarcinome invasif	Cancer

Tableau n°2 : Anomalies des cellules malpighiennes et glandulaires.

La troisième partie peut apporter des recommandations et des précisions [13].

I.4. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France

I.4.1. Un dépistage individuel

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est opportuniste (ou spontané), sauf dans quatre départements (Martinique, Isère, Bas-Rhin, Haut-Rhin) où un dépistage organisé est en cours d'évaluation [1] et dans neuf nouveaux départements (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne) ayant reçu un financement de l'Institut nationale du cancer (INCa).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'effectuer un FCU selon un rythme triennal, après deux FCU annuels initiaux normaux, chez toutes les femmes entre 25 et 65 ans [13].

I.4.2. Un taux de couverture insuffisant

Environ six millions de FCU sont réalisés chaque année en France [4].

Le nombre de FCU remboursés par l'Assurance Maladie sur 3 ans permettrait de couvrir 90% des femmes de la tranche d'âge cible du dépistage du cancer du col de l'utérus. [13]

Le taux de couverture global est estimé à 56,6% sur la période 2006-2008 pour les femmes de 25 à 65 ans, d'après les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie. [13]

Toujours selon les données de l'EGB, 51,6% des femmes ne sont pas ou trop peu souvent dépistées (situation de sous-dépistage) et 40,6% des femmes sont trop fréquemment dépistées (situation de surdépistage) [13]

Il existe un lien statistique entre la non-participation au dépistage et un risque important de développer un cancer invasif du col de l'utérus : le risque est multiplié par 3 à 10 chez les femmes non dépistées [14].

Le taux de femmes dépistées n'étant pas satisfaisant, les pouvoirs publics tiennent à accentuer les efforts dans le domaine de la prévention. Ainsi, l'objectif 26 du Plan Cancer visait à « renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque ». L'objectif 48 de la loi du 9 août 2004 était de « poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans » [13].

En 2009, il y avait 20 gynécologues - obstétriciens pour 100 000 femmes de plus de 15 ans [15]. On assiste aujourd'hui à un vieillissement de la population des gynécologues dont l'effectif stagne du fait des cessations d'activité, très partiellement compensées par les nouveaux venus à la spécialité [16].

Les FCU de dépistage devront donc progressivement être réalisés par d'autres professionnels de santé, dont les médecins généralistes et les sages-femmes.

Actuellement, en France, 87,8% des FCU sont effectués par les gynécologues et 8,4% chez le MG [17].

Une étude récente retrouve 10,68% de femmes ayant déclaré avoir réalisé leur dernier FCU par le MG [18].

I.5. Les freins au dépistage

I.5.1. Du point de vue des médecins généralistes

Selon une récente étude [19], les médecins généralistes expliquent la faible proportion de FCU effectués en médecine générale par leur réticence à faire un examen gynécologique. Cette réticence serait plus marquée chez les médecins généralistes masculins. Elle serait la conséquence de la crainte du refus des femmes et de la crainte de briser l'alliance thérapeutique établie entre eux.

Ils soulignent également le manque de formation initiale en gynécologie, d'où une peur de faire mal, de blesser, et une méconnaissance des recommandations. Certains médecins généralistes seraient peu convaincus du bénéfice de la réalisation de FCU chez certaines patientes, notamment après la ménopause, ou lors d'absence d'activité sexuelle depuis plusieurs années

Enfin, les MG évoquent des freins liés à l'organisation de la consultation : manque de temps lors de la consultation en raison de la multiplicité des motifs de consultation et de l'installation du matériel, motif de consultation non gynécologique, absence de dépistage organisé.

Ces freins sont retrouvés dans des enquêtes plus anciennes [4]. Les médecins généralistes mettent en avant la réticence des patientes due à la pudeur, la peur du résultat, la négligence, des obstacles culturels.

Ils ne se trouvent pas assez formés notamment sur un plan pratique (geste et suivi).

Les problèmes matériels sont également évoqués : manque de temps, pas de matériel de prélèvement, rémunération insuffisante. A noter une modification de la nomenclature des actes permettant de cumuler C et JKHD001/2 depuis mars 2012.

Enfin, les médecins généralistes estiment que les relations complexes qu'ils entretiennent avec les gynécologues et les problèmes de coordination entre médecins généralistes et gynécologues sont un obstacle à la réalisation des FCU.

1.5.2. Du point de vue des patientes

Les études, pour la plupart qualitatives avec recueil des données par entretiens, mettent en évidence des freins liés à l'information : méconnaissance de l'organe, méconnaissance du cancer du col de l'utérus, liaison erronée entre activité sexuelle / contraception et FCU [4].

Quelque soit leur âge, les femmes déplorent le manque de communication sur des sujets qu'elles n'osent pas aborder avec leur médecin habituel [20].

Des freins psychologiques et comportementaux sont également retenus. L'examen gynécologique est vécu comme intrusif et gênant, et les pathologies du col, assimilées aux IST, sont vécues comme des pathologies « honteuses ». La crainte de la maladie est aussi un facteur de non participation au dépistage. [4]

Les femmes qui n'ont pas effectué de FCU dans les trois dernières années citent l'examen gynécologique gênant dans 61% des cas douloureux (28%) ou dangereux pour la santé (19%) [21].

Enfin, des freins socio-économiques existent avec, pour certaines populations, des problèmes d'accès aux soins en raison d'une démographie médicale insuffisante ou de coûts [4].

Les femmes expliquent également leur non-participation au dépistage du cancer du col de l'utérus par le manque de temps (27% des cas), l'absence de symptôme (17%), le fait de n'être pas concernées à leur âge (18%). Le fait d'arrêter le suivi chez le gynécologue explique l'absence de dépistage dans 16% des cas [21].

A noter que 10% des femmes suivies sur le plan gynécologique mais n'ayant pas fait de FCU lors des trois dernières années l'expliquent par le fait que leur médecin habituel ne le fait pas [21].

88% d'entre elles pensent que le gynécologue est plus compétent et maîtrise mieux ce domaine que le médecin généraliste [22].

Les résultats des études françaises sont semblables à ceux des études internationales : méconnaissance du cancer du col de l'utérus et du rôle de l'HPV, gêne et embarras (surtout si le préleveur est de genre masculin), peur du diagnostic, coûts, déplacements, personnel de santé insuffisamment accueillant [4].

I.6. L'autoprélèvement vaginal

I.6.1. Réalisation de l'autoprélèvement vaginal

Différentes modalités d'autoprélèvement vaginal sont envisageables : FCU par brossage cervical à l'aveugle, système de lavage du vagin supérieur et du col, prélèvement urinaire, prélèvement au niveau de la vulve et du vagin à l'aide d'un tampon.

L'autoprélèvement vaginal par système de lavage du vagin supérieur et du col est particulièrement étudié dans les études récentes [23] [24]. Différents modèles existent, par exemple : Mermaid©, Delphi screener©, Pantarhei-screener©.

Le système nommé Delphi screener©, est celui utilisé dans l'étude (annexe n°1). Le système est pré-rempli avec du sérum physiologique. Après insertion de la buse dans le vagin, le piston est poussé afin de libérer le sérum physiologique qui va « laver » la partie supérieure du vagin et le col. Après avoir compté jusqu'à 3 le piston est relâché et, en libérant le piston, le sérum physiologique est aspiré dans l'instrument. Après le retrait de l'instrument du vagin, le sérum physiologique contenant les cellules du prélèvement est rejeté dans un flacon de collection dédié.

I.6.2 Le test HPV

La recherche d'HPV est réalisée par des techniques de biologie moléculaire, sur un prélèvement réalisé en plus du FCU conventionnel, ou à partir du liquide résiduel d'un FCU en milieu liquide. Actuellement, les deux tests les plus largement utilisés pour la détection sont la PCR (Polymérase chaîne réaction) et l'Hybrid Capture II (Gold Standard) [1].

Le test HPV en dépistage primaire n'est actuellement pas recommandé [13].

Toutefois, il présente des caractéristiques intéressantes.

La sensibilité du test HPV est supérieure à celle du FCU pour la détection des lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus [14].

Le test HPV est moins spécifique que le FCU : 92 % versus 97 %, en particulier chez les sujets jeunes où les infections par HPV sont particulièrement fréquentes. L'immense majorité de ces infections HPV du sujet jeune sont transitoires et ne donnent pas de lésions cervicales. [25]

La valeur prédictive négative du test HPV est évaluée entre 99 et 100 % [26].

I.6.3 Caractéristiques de l'autoprélèvement vaginal

L'intérêt de l'autoprélèvement vaginal repose sur l'association au test HPV.

Les échantillons cervico-vaginaux obtenus par autoprélèvement vaginal ne sont pas représentatifs des anomalies cytologiques. En effet, la sensibilité de cette méthode pour le dépistage des lésions dysplasiques est faible [26]. Ceci est probablement dû au fait que les autoprélèvements vaginaux contiennent principalement des cellules vaginales et seulement quelques cellules cervicales [24].

Dans cette étude, lorsqu'il est question d'autoprélèvement vaginal cela sous entend que l'analyse est réalisé par le test HPV.

L'autoprélèvement vaginal est aussi sensible que le FCU réalisé par un médecin pour détecter un HPV de haut risque [24]. On estime sa sensibilité à 90% et sa spécificité à 88% [27].

Il existe une bonne concordance entre le test HPV sur autoprélèvement vaginal et sur FCU pour détecter les lésions CIN II, III et les cancers [24], celle-ci a pu être estimée à 94% [26].

Le test HPV réalisé sur un autoprélèvement vaginal est aussi sensible que le FCU pour détecter les lésions précancéreuses de haut grade et les cancers invasifs du col de l'utérus [26].

De même, dans la communauté espagnole [27], en comparaison avec le FCU réalisé par un médecin, l'autoprélèvement vaginal a une sensibilité comparable pour identifier les lésions de bas grade ou pire (50% versus 55%; $P = 0.45$) mais une moins bonne spécificité (94% versus 79%).

En effet, dans une étude menée aux Pays-Bas et publiée en 2010 [23], on a constaté une divergence entre les résultats des tests HPV sur les autoprélèvements vaginaux et sur les FCU réalisés par les médecins généralistes : 10% des autoprélèvements vaginaux qui étaient positifs pour les HPV de haut risque semblaient avoir des résultats cytologiques négatifs et être négatifs pour les HPV de haut risque au cours du suivi.

Ceci peut conduire en pratique à un certain nombre de consultations inutiles chez le médecin généraliste et à un stress psychologique pour ces femmes.

Enfin, dans l'étude PROTECT [23], le taux de détection de CIN supérieur ou égal à II à l'aide d'un test HPV était identique dans le groupe « autoprélèvement vaginal » et dans le groupe des participantes au dépistage régulier (respectivement 0,8 et 0,5%).

I.7 Objectif de l'étude

Le taux de couverture global n'est pas en adéquation avec le nombre de FCU remboursé. [13]

Ceci prouve qu'un certain nombre de patientes ne se fait pas dépister, en rapport à de nombreux obstacles à la réalisation du FCU. Il y a également des obstacles à la réalisation du FCU mis en évidence par les médecins généralistes.

Plusieurs études s'intéressent à l'autoprélèvement vaginal par système de lavage comme alternative au FCU pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [23][24].

L'introduction de l'autoprélèvement vaginal comme nouveau comportement pourrait-il améliorer les taux de dépistage des cancers cervico-utérins en contournant les obstacles, tant du point de vue des médecins généralistes que du point de vue des femmes ?

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Un projet de recherche commun

Cette étude s'intégrait dans un projet de recherche commun : « Les obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin de dépistage en médecine générale et l'intérêt de l'autoprélèvement vaginal comme instrument d'amélioration du dépistage. »

Marie BLANCKAERT, Eugénie FROMONT, Charlotte SQUIMBRE et moi-même avons travaillé ensemble au recueil de données.

II.2. Type d'étude

L'étude a retenu une approche qualitative positiviste avec recueil des données par entretiens semi-directifs. L'analyse était interprétative en analyse de contenu catégorielle, basée sur des entretiens semi dirigés de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et de patientes fréquentant leur salle d'attente.

II.3. Choix d'une méthode qualitative

II.3.1. Description

La recherche en soins primaires est une activité très complexe, due à la richesse des rapports unissant le médecin généraliste et ses patients, ainsi qu'au vaste domaine de compétences définissant la médecine générale. Cette complexité nécessite de

disposer de plusieurs méthodes de recherche et de plusieurs techniques de recueil de données [28].

Les études quantitatives, qui s'attachent à tester une hypothèse à travers des mesures associées à des résultats fiables et reproductibles [29] sont bien connues, mais souvent insuffisantes pour répondre à la totalité des questions soulevées lors de l'exercice quotidien de la médecine générale [30].

La recherche qualitative prend donc ici tout son sens. En effet, la recherche qualitative, qui s'est développée à partir des années 1920, est souvent définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative [30]. Cependant, il n'y a pas lieu d'opposer ces deux techniques car elles n'explorent pas les mêmes champs de connaissance. Ces deux méthodes sont alors plutôt complémentaires [30]. Il ne s'agit pas, en recherche qualitative, de quantifier ou de mesurer afin d'obtenir des résultats statistiques et représentatifs, mais de s'attacher à donner un aperçu du comportement et des perceptions de la population, de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes [31].

La recherche qualitative s'attache à répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». Le chercheur tente d'analyser des données descriptives, comme des paroles écrites ou dites et le comportement observable des personnes dans leur milieu naturel [32].

Miles et Huberman en 1991 présentaient les données qualitatives comme des « mots et non pas comme des chiffres. Ces différentes approches soulignent qu'une donnée qualitative est par essence complexe, et peut donner lieu à de nombreuses interprétations. »

II.3.2. L'entretien semi-dirigé

L'objectif de l'entretien est d'obtenir un discours linéaire sur le thème de recherche de la part de la personne interrogée [33].

L'entretien semi-dirigé représente une rencontre et un échange entre les deux intervenants. Lors d'un entretien semi-dirigé, l'intervieweur s'aide d'un guide d'entretien afin d'évoquer chaque sujet utile à sa recherche, puis laisse l'interviewé développer sa pensée sur le sujet. Les questions sont ouvertes et non soumises à une réponse simple. Ainsi, la richesse des résultats est importante car non influencée par le chercheur.

II.3.3. Pertinence de l'étude qualitative

Dans l'étude, sur les obstacles à la réalisation des FCU de dépistage en médecine générale, la méthode qualitative s'est imposée naturellement devant la nécessité de comprendre pourquoi les médecins généralistes et les patientes ne réalisaient pas de FCU. Nous souhaitons connaître leurs avis ainsi que leurs perceptions et les déterminants personnels entraînant la non réalisation de ces FCU. De même pour l'étude sur l'autoprélèvement vaginal, il fallait recueillir leur première impression et leurs avis sur les obstacles que ce procédé pouvait lever.

Ainsi, le recueil de données avait été réalisé grâce à la technique des entretiens semi-dirigés, qui semblait la méthode la plus adaptée à ce sujet [30]. En effet, le FCU touche à l'intime, et la notion de pudeur lui est fréquemment associée. Il nous était évident que la technique des « focus group », où étaient réunis plusieurs intervenants discutant d'un même sujet pouvait entraîner des « non dits » de la part de ces intervenants et nous priver de résultats jugés trop intimes.

II.4. Population et échantillon

II.4.1. Médecins généralistes

52 médecins généralistes avaient été randomisés électroniquement par l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) du Nord-Pas-de-Calais. Ils étaient répartis proportionnellement dans les quatre territoires de santé suivants :

- Artois-Douaisis : 15 médecins généralistes
- Hainaut-Cambrasis : 8 médecins généralistes
- Littoral : 10 médecins généralistes
- Métropole-Flandre intérieure : 19 médecins généralistes.

Dans un premier temps nous avons contacté les médecins généralistes par courriers (annexe n°2), puis après quelques jours, pour leur laisser le temps de lire le courrier, nous les recontactons par téléphone. Une information complémentaire au courrier, sur le sujet du projet de recherche leur était donnée. Leur accord était demandé afin d'une part, de les interviewer et d'autre part, d'intervenir dans leur salle d'attente afin de recruter des femmes de leur patientèle. En cas d'accord, un rendez-vous était pris.

II.4.2 Patientes

Le recrutement des femmes a été réalisé dans les salles d'attente des médecins généralistes inclus dans l'étude.

Un questionnaire papier (annexe n°3) a été remis à toutes les femmes présentes en salle d'attente. Il a permis de déterminer les femmes éligibles à l'entretien individuel. Les critères d'inclusion étaient les suivants : les femmes âgées de 25 à 65 ans, n'ayant pas de suivi par un gynécologue ou dont le dernier suivi par un gynécologue date de plus de 5 ans, et n'ayant pas fait de FCU dans les 5 dernières années. Etaient exclues les femmes hystérectomisées ou aux antécédents de dysplasie ou de cancer du col. (annexe n°4)

Le questionnaire utilisé pour sélectionner les patientes éligibles aux entretiens a également été analysé dans le travail de thèse d'Eugénie FROMONT [18]. Cette étude a établi la prévalence des femmes non dépistées consultant en médecine générale. Mais aussi : Quelles sont les caractéristiques des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-pas-de-Calais?

Si les femmes correspondaient aux critères d'inclusion et acceptant un entretien, un rendez-vous était fixé

II.5. Recueil des données

II.5.1. Déroulement des entretiens

II.5.1.1. En général

Les entretiens se sont déroulés en face à face, sans élément extérieur perturbateur (téléphone éteint). L'enregistrement exhaustif des entretiens a été réalisé sur un support numérique.

Le lieu des entretiens était laissé à l'appréciation du médecin et de la patiente

Les consentements individuels étaient recueillis avant les entretiens. Un rapport de confidentialité était signé par les différentes parties et remis aux interviewés.

II.5.1.2. Concernant l'autoprélèvement vaginal

Le sujet de l'autoprélèvement vaginal a été abordé dans l'entretien avec des échantillons de matériel d'autoprélèvement par lavage vaginal de type Delphi-screener© (annexe n°1). Ils ont été présentés aux interviewés. Une information orale, s'appuyant sur le prototype, sur la technique de réalisation a été donnée aux interviewés.

Les médecins généralistes bénéficiaient aussi d'une information sur la technique de triage par test HPV, suivie d'examens cytologiques pour les seuls prélèvements HPV positifs. Les dernières données scientifiques concernant l'intérêt de la recherche d'HPV dans le dépistage du cancer du col leur étaient expliquées.

L'influence de l'information apportée sur leurs croyances et représentations a été analysée dans la suite de l'entretien.

II.5.2. Guide d'entretien

II.5.2.1. Pour les médecins généralistes

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés. L'intervieweur s'aidait d'un guide d'entretien abordant les thèmes suivants (annexe n°5):

- 1/ Le médecin généraliste et sa pratique du FCU
- 2/ Les obstacles à la réalisation du FCU
- 3/ Les améliorations de la couverture du FCU (autoprélèvement vaginal)

Les guides d'entretien étaient établis *a priori*, sur la base de la littérature puis revus au fil du codage des entretiens terminés.

II.5.2.2. Pour les patientes

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés. L'intervieweur s'aidait d'un guide d'entretien abordant les thèmes suivants (annexe n° 6):

- 1/ La connaissance du FCU
- 2/ Leur expérience du FCU
- 3/ Le FCU et leur médecin généraliste
- 4/ Les améliorations de la couverture du FCU (autoprélèvement vaginal)

Les guides d'entretien étaient établis *a priori*, sur la base de la littérature puis revus au fil du codage des entretiens terminés.

II.5.3. Transcription et analyse des *verbatim*

Les entretiens ont été transcrits en *verbatim* de façon systématique par l'intervieweur. Les transcriptions ont été obtenues et soumises aux interviewées pour approbation. Elles ont été anonymisées avant analyse.

L'analyse des transcriptions a été faite par deux chercheurs séparément, différents de celui ayant réalisé l'entretien. On obtient alors des « codes ». Les différences étaient résolues par consensus. Quand le consensus n'était pas obtenu, un troisième chercheur, celui qui avait réalisé l'entretien, décidait du codage et des « codes » définitifs.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à obtention de la saturation des données. Si l'échantillon initial de médecins généralistes fourni par l'URPS-ML n'était pas suffisant pour obtenir la saturation des données, d'autres échantillons sont demandés à l'URPS-ML.

Pour l'analyse des résultats, les entretiens médecins généralistes et patientes ont été séparés chacun en 2 parties :

La première partie des entretiens des médecins généralistes (Le médecin généraliste et sa pratique du FCU ; Les obstacles à la réalisation du FCU) a été analysée dans une étude contemporaine de celle-ci [35].

La première partie des entretiens patientes (La connaissance du FCU ; Leur expérience du FCU ; Le FCU et leur médecin généraliste) a été analysée dans une étude contemporaine de celle-ci [36].

La deuxième partie des entretiens est consacrée à l'évaluation de l'autoprélèvement vaginal, et notamment aux obstacles qu'il est susceptible de lever.

Le classement des informations ressorties des entretiens au sujet de l'autoprélèvement vaginal s'est fait selon les

- 1/ Avantages,
- 2/ Inconvénients,
- 3/ Questionnements,
- 4/ Suggestions.

II.6. Méthode d'analyse des résultats

II.6.1. Analyse de contenu catégorielle

On regroupe sous le terme d'analyse de contenu un ensemble de techniques applicable à des supports d'informations divers (en général des discours, mais aussi des documents graphiques, photographiques, cinématographiques...), qui visent à extraire et à traiter ces informations en vue de les interpréter.

Il existe deux types d'analyse catégorielle.

Les analyses catégorielles thématiques comme l'étude qui porte ici sur le signifié. Le principe consiste à regrouper des unités de texte au sein de catégories thématiques prédéterminées et d'en effectuer un dénombrement. Les analyses catégorielles "stylistiques" qui portent sur le signifiant [34].

II.6.2. Procédure

Dans le cas d'entretiens, il faut les mettre à disposition sous la forme de transcription intégrale ou partielle. D'une manière générale, il faut rendre l'information la plus accessible possible avec une réduction minimale d'informations.

Ensuite, lorsqu'il s'agit de questions ouvertes, il faut élaborer des hypothèses ou un questionnement précis, car on accède à l'information sans avoir préalablement défini précisément les questions de recherche.

Il faut définir des unités d'enregistrement (UE) (éléments du corpus considéré présentant une unité thématique ou stylistique). Puis, il faut regrouper par catégories les UE pour pouvoir ensuite quantifier par dénombrement (cas simple où la variable d'enregistrement est la fréquence). Enfin, après ces différentes étapes, l'interprétation est possible [34].

II.7. Biais attendus

Les biais de préconception et d'influence (faire dire par l'interviewé ce que le chercheur attend) ont été limités par :

- la réalisation des entretiens par deux intervieweurs différents qui ne participaient pas secondairement à l'analyse des transcriptions.
- L'analyse des transcriptions réalisée indépendamment par deux chercheurs différents qui n'avaient pas effectué l'interview
- La non participation du thésard à la réalisation des entretiens

II.8. Méthodologie de la recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques pour ce travail ont été réalisées en langue française et en langue anglaise.

Ces recherches se sont déroulées principalement avant le recueil des données afin de connaître l'état des lieux des connaissances sur le sujet choisi.

Les moteurs de recherche qui ont été utilisés sont : Google, Google Scholar, Pubmed.

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

- Frottis cervico-utérin, frottis cervico-vaginal
- Dépistage cancer du col
- Médecine générale
- Freins, obstacles
- Autoprélèvement, autofrottis
- Méthode qualitative
- Analyse thématique

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

- cervical cancer screening
- cervical cancer prevention
- primary care
- barriers
- self-collectedpap-test
- humanpapilloma virus testing

Ces listes de mots clefs ne sont pas exhaustives.

III. RESULTATS

III.1. Déroulement de l'étude

III.1.1. Participation des médecins généralistes

Les entretiens des médecins généralistes se sont déroulés du 10 août 2011 au 22 février 2012.

Les médecins généralistes ont été sollicités dans l'ordre de la liste de randomisation par territoire de santé.

Nous nous étions répartis les territoires de santé : Flandres Lille Métropole, Hainaut-Cambrasis, Artois-Douaisis et Littoral, et avons essayé d'obtenir un nombre proportionnel de médecin dans chaque territoire.

Les médecins ont d'abord reçu une lettre leur expliquant qu'ils allaient être contactés afin de participer à une étude. Dans la semaine suivant l'envoi du courrier, nous leur avons téléphoné afin de savoir s'ils acceptaient la distribution de questionnaires à leurs patientes en salle d'attente et l'éventuel entretien faisant suite au questionnaire si la patiente est éligible.

Au cours de l'étude, nous nous sommes rendu compte que les courriers étaient très peu lus et la majorité des médecins généralistes ne s'en souvenaient plus. La procédure prenait également beaucoup de temps.

Nous avons donc ensuite décidé de contacter les médecins généralistes uniquement par téléphone.

18 médecins généralistes ont été contactés par courrier puis par téléphone. 12 médecins généralistes ont été contactés uniquement par téléphone.

Cinq médecins généralistes ont été exclus de la liste de randomisation :

- Un médecin généraliste n'a pas pu être contacté, il était introuvable dans les pages jaunes. Nous avons également contacté la mairie et les pharmacies qui ne le connaissaient pas.
- Trois médecins généralistes n'exerçaient plus de la médecine générale mais s'étaient spécialisés en nutrition ou homéopathie.
- Un médecin généraliste était en retraite depuis août 2011.

Deux médecins généralistes n'ont pas pu être joints malgré de multiples appels téléphoniques et messages laissés.

Quatre médecins généralistes ont refusé de participer à l'étude :

- Un médecin généraliste ne voulait pas parler du FCU.
- Deux médecins généralistes ont évoqués le manque de temps.
- Un médecin généraliste n'a pas exprimé la raison de son refus.

Un médecin généraliste a accepté de participer à une partie du projet de recherche commun (Représentations des médecins généralistes) mais a refusé la distribution des questionnaires dans sa salle d'attente.

Au total, 21 médecins généralistes ont acceptés de participer à l'étude en ce qui concerne la distribution des questionnaires. Nous avons interrogés 17 médecins généralistes pour obtenir la saturation des données.

	Secteur	VERBATIM	CODAGE 1	CODAGE 2	Codage final
MG1	FLM	CS	MB	PN	CS
MG2	HC	PN	CS	EF	PN
MG3	L	EF	MB	CS	EF
MG4	AD	MB	PN	EF	MB
MG5	L	EF	MB	PN	EF
MG6	L	EF	CS	MB	EF
MG7	FLM	CS	EF	PN	CS
MG8	AD	MB	EF	CS	MB
MG9	FLM	CS	PN	MB	CS
MG10	HC	PN	CS	EF	PN
MG11	AD	MB	EF	PN	MB
MG12	AD	MB	CS	PN	MB
MG13	AD	MB	CS	EF	MB
MG14	HC	PN	MB	CS	PN
MG15	FLM	PN	MB	EF	PN
MG16	FLM	CS	EF	MB	CS
MG17	FLM	PN	CS	EF	PN

Tableau n°2 : Liste des intervieweurs et codeurs

(EF = Eugénie Fromont, CS = Charlotte Squimbre, PN = Pamela Nesslany, MB = Marie Blanckaert)

Sur les 17 médecins généralistes interviewés, 6 étaient de Flandres Lille Métropole, 2 du Hainaut-Cambrasis, 5 de l'Artois-Douaisis et 3 du Littoral.

Les caractéristiques de l'échantillon des médecins généralistes sont représentées dans le tableau n°3

MÉDECIN	DATE DE L'ENTRETIEN	DURÉE DE L'ENTRETIEN	GENRE	ÂGE	ACTIVITÉ	ZONE D'ACTIVITÉ	ACCOMPAGNANT LORS DE L'ENTRETIEN
MG1	10/08/11	9 min 56 sec	Homme	60 ans	Cabinet de groupe	Rurale médicalisée	Non
MG2	26/08/11	13 min 54 sec	Femme	45 ans	Isolée	Banlieue urbaine	Oui, interne
MG3	13/09/11	15 min	Homme	45 ans	Cabinet de groupe	Banlieue urbaine, zone médicalisée	Non
MG4	16/09/11	24 min 55 sec	Femme	40 ans	Isolée	Rurale	Non
MG5	20/09/11	30 min	Homme	60 ans	Isolée	Urbain, centre ville, zone médicalisée	Non
MG6	11/10/11	25 min	Homme	50 ans	Cabinet de groupe	Urbain, centre ville, zone médicalisée	Non
MG7	12/10/11	9 min 46 sec	Homme	50 ans	Cabinet de groupe	Banlieue urbaine, zone médicalisée	Non
MG8	13/10/11	21 min 19 sec	Homme	40 ans	Isolée	Urbain	Non
MG9	14/10/11	20 min 14 sec	Homme	50 ans	Isolée	Ville urbaine isolée	Non
MG10	26/10/11	10 min 08 sec	Homme	40 ans	Cabinet de groupe	Banlieue urbaine, zone fragile	Non
MG11	24/11/11	28 min 40 sec	Homme	35 ans	Cabinet de groupe	Banlieue urbaine, zone fragile	Oui, interne
MG12	30/11/11	28 min 40 sec	Femme	40 ans	Cabinet de groupe	Zone semi-rurale	Non
MG13	01/12/11	33 min 16 sec	Homme	50 ans	Isolée	Zone semi-rurale	Non
MG14	06/12/11	17 min 45 sec	Homme	40 ans	Isolée	Banlieue urbaine en difficulté	Non
MG15	05/01/12	15 min 55 sec	Homme	50 ans	Isolée	Banlieue urbaine, zone médicalisée	Non
MG16	17/01/12	18 min 35 sec	Homme	40 ans	Isolée	Urbain, centre ville, zone médicalisée	Non
MG17	22/02/12	17 min 43 sec	Homme	40 ans	Cabinet de groupe	Urbain, centre ville, zone médicalisée	Non

Tableau n°3 : Caractéristiques des interviewés

III.1.2. Participation des patientes

Les entretiens des patientes ont eu lieu du 13 septembre 2011 au 19 mars 2012.

Les patientes éligibles à l'entretien ont été sélectionnées dans les salles d'attente de médecins généralistes randomisés par l'URPS-ML et non randomisés. En effet, au cours de l'étude, nous avons constaté que peu de patientes non dépistées étaient présentes dans les salles d'attente des médecins généralistes. Nous avons donc eu recours à un complément d'échantillonnage raisonné permis par la méthode retenue en distribuant des questionnaires chez des MG non randomisés. Ces patientes ont été recrutées pendant les remplacements ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS).

Le questionnaire de sélection (annexe n°3) a été distribué à toutes les femmes présentes. Peu de femmes ont refusé de remplir le questionnaire. Une fois le questionnaire rempli, le membre de l'équipe présent dans la salle d'attente a analysé les réponses afin de déterminer si la patiente était éligible à l'entretien. Dans le cas positif, l'entretien avait lieu, soit immédiatement dans un local libre du cabinet médical, soit quelques jours plus tard, au domicile de la patiente. Dans les deux cas, le choix était laissé à la patiente. Dans le cas négatif, la patiente était remerciée d'avoir répondu au questionnaire et une brève explication était donnée quant à la non éligibilité de la patiente.

Quinze patientes ont été interviewées afin d'obtenir la saturation des données. Elles sont dénommées de P1 à P15, P1 étant la première patiente interviewée.

Trois patientes sur les quinze interviewées sont issues de salle d'attente de médecins généralistes non randomisés.

Les transcriptions ont effectivement été codées par deux membres distincts de l'équipe, de façon indépendante comme le prévoyant le protocole. Les deux codages de chaque transcription ont été systématiquement comparés par l'intervieweur afin d'établir un codage final qui a servi à l'analyse.

	Entretien et transcription	Codage 1	Codage 2	Codage final
P1	EF	CS	MB	EF
P2	CS	EF	PN	CS
P3	CS	PN	EF	CS
P4	PN	MB	CS	PN
P5	MB	CS	PN	MB
P6	MB	EF	PN	MB
P7	MB	EF	CS	MB
P8	EF	MB	CS	EF
P9	EF	PN	MB	EF
P10	PN	MB	EF	PN
P11	MB	CS	PN	MB
P12	CS	MB	PN	CS
P13	CS	EF	MB	CS
P14	PN	MB	CS	PN
P15	CS	EF	MB	CS

Tableau n°4 : Liste des intervieweurs et codeurs

(EF = Eugénie Fromont, CS = Charlotte Squimbre, PN = Pamela Nesslany, MB = Marie Blanckaert)

Les caractéristiques des patientes interviewées ont été résumées dans le tableau n°5.

Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Age	Statut marital	Nombre d'enfants	Profession	Niveau d'étude
13/09/11	Environ 15min	49	Divorcée	4	Sans profession	Primaire/ Certificat d'étude
14/10/11	5min21s	28	Célibataire	2	Employée	Secondaire/Brevet/BEP/CAP
14/10/11	18min5s	56	Mariée	1	Ouvrière	Non précisé
26/10/11	10min30s	31	En couple	2	Chômage	Secondaire/Brevet/BEP/CAP
28/11/11	20min53s	44	Mariée	2	Mère au foyer	Primaire/ Certificat d'étude
28/11/11	28min55	35	Célibataire	0	Cadre	Supérieur
30/11/11	23min53	39	Célibataire	0	Cadre (Professeur des Ecoles)	Supérieur
02/12/11	Environ 15min	57	Mariée	2	Retraitée (commerçante)	Primaire/Certificat d'étude
02/12/11	Environ 20min	57	Mariée	3	Employée	Secondaire/Brevet/BEP/CAP
06/12/11	7min55s	51	Mariée	2	Ouvrière	Primaire/ Certificat d'étude
23/01/12	23min55s	62	Veuve	4	Retraitée (Confection)	Primaire/ Certificat d'étude
30/01/12	19min55s	61	Divorcée	3	Sans profession	Primaire/ Certificat d'étude
02/02/12	26min40s	37	Célibataire	2	Sans profession	Secondaire/Brevet/BEP/CAP
16/03/12	15min30s	50	Mariée	3	Employée	Primaire/ Certificat d'étude
19/03/12	19min29s	43	En couple	1	Employée	Supérieur

* Patientes recrutées hors médecins généralistes randomisés

Tableau n°5 : Caractéristiques des patientes interviewées

III.2. Analyse thématique

Les résultats ont été classés en fonction des réponses en avantages, inconvénients, questionnements et suggestions à propos de l'autoprélèvement vaginal d'abord pour le point de vue des médecins généralistes puis du point de vue des patientes.

III.2.1. Résultats des médecins généralistes

III.2.1.1. Première impression

III.2.1.1.1. Première impression positive 10 /17

MG2 : « Ca me paraît une bonne idée »

MG3 : « Ah oui, c'est bien ça !! C'est bien ça...C'est bien ça... » ; « Effectivement ça me paraît bien, ça devrait aller bien »

MG5 : « Je trouve que c'est une bonne idée, très positif »

III.2.1.1.2. Première impression négative 2 /17

MG6 : « Ca complique encore les choses »

III.2.1.2. Avantages

III.2.1.2.1. Progrès pour la pratique 1/17

MG1 : « C'est l'avenir sans doute »

III.2.1.2.2. Caractéristiques du test

III.2.1.2.2.1. Pratique 3/17

MG1 : « Ca paraît simple et pratique »

MG3 : « C'est pratique »

MG5 : « C'est le côté pratique, et le côté que ça se fasse chez elle »

III.2.1.2.2.2. Simple 11/17

MG4 : « c'est pas tellement difficile » ; « c'est plus facile »

MG5 : « C'est tout à fait simple comme système » ; « Elle prend son truc, elle injecte, elle retire, elle met dans le tube. Simple ! »

MG14 : « c'est un geste simple ! »

III.2.1.2.2.3. Faisable 1/17

MG4 : « c'est quelque chose de faisable »

III.2.1.2.2.4. Rapide 2/17

MG14 : « rapide »

III.2.1.2.2.5. Validé 1/17

MG5 : « L'avantage, c'est que c'est un vrai test, si je puis dire »

III.2.1.2.2.6. Moins invasif 1/17

MG5 : « C'est moins invasif »

III.2.1.2.2.7. Reproductible 1/17

MG8 : « C'est reproductible au plus grand nombre »

III.2.1.2.2.8. Détection de l'HPV 1/17

MG9 : « Ca peut détecter l'HPV »

III.2.1.2.2.9. Non contraignant 2/17

MG11 : « parce que justement ils peuvent le faire chez eux et puis, c'est pas contraignant... »

MG14 : « c'est pas de contraintes ! Ou très peu quoi ! »

III.2.1.2.3. Réception du test à domicile 1/17

MG4 : « ça fonctionne bien avec les kits qui arrivent à la maison »

III.2.1.2.4. Facilite la prévention

III.2.1.2.4.1. En général 2/17

MG5 :« Tout ce qui va dans le sens d'une prévention plus facile pour les gens, je trouve que c'est bien »

MG9 :« C'est bien, tout ce qui peut permettre de dépister et de faire de la prévention, il n'y a pas de problème. Non non, il faut le mettre en avant »

III.2.1.2.4.2. Après test HPV positif 5/17

MG5 :« Et si on trouve des cellules, elles vont très bien comprendre qu'après il faut faire un frottis. Là y'a pas de souci, ça va passer tout seul, y'aura la trouille »

MG16 :« Bon à la limite, qu'il y ait quelques faux positifs, à partir du moment où ça les amène à faire un frottis derrière... Si vous voulez, de toutes façons, s'ils font ça, elles sont déjà dans la démarche. »

III.2.1.2.4.3. Chez les médecins ne réalisant pas de
FCU 1/17

MG9 : « IMG : Est-ce que vous pensez éventuellement que certains médecins qui n'aiment pas faire de frottis ou qui ne savent pas en faire pourraient se servir de cette technique là pour... MG : Ah oui, pourraient conseiller cette technique, ah oui, tout à fait »

III.2.1.2.4.4. Chez les patientes refusant l'examen
gynécologique 2/17

MG1 : « Ca c'est bien quand on est coincé et qu'on ne peut pas faire autrement »

III.2.1.2.5. Examen sera fait par les patientes 4/17

*MG2 : « C'est un dépistage qu'elles feraient elles-mêmes »
MG8 : « je pense que dans l'intimité, les femmes le feront »*

III.2.1.2.6. Probable adhésion des femmes

III.2.1.2.6.1. En général 8/17

*MG2 : « les femmes si on leur propose je pense qu'elles le feront assez facilement, si on les implique dans leur santé quand même, il y en a beaucoup qui viennent, qui vont adhérer »
MG6 : « Il y a très peu de femmes qui doivent rechigner, ou alors vraiment nos plus anciennes. »*

III.2.1.2.6.2. Femmes âgées 2/17

MG14 : « les 50 ans et plus, vous pensez que ça, euh... ils vont le faire?...Oui, je pense quand euh... je pense de la même manière beaucoup plus facilement que de devoir avoir accès euh aux spécialistes. »

III.2.1.2.7. Permettrait un dépistage organisé 1/17

MG2 : « tout ce qui est dépistage systématique euh décrit par la sécurité sociale ou bien quand on fait une campagne généralement elles sont quand même très intéressées »

III.2.1.2.8. Gain de temps pour le médecin

III.2.1.2.8.1. En général 2/17

MG11 : « il n'y aurait que le temps de l'explication (...) de l'examen, qui ne prendrait pas plus de temps que l'explication d'un examen comme l'Hémocult qu'on reçoit, de toute façon. »

III.2.1.2.8.2. Pas de déshabillage 1/17

MG10 : « elles devraient pas se déshabiller »

III.2.1.2.9. Amélioration de la couverture du dépistage

III.2.1.2.9.1. En général 5/17

MG5 : « C'est intéressant, parce que ça, ça va dépister des gens. C'est mieux de les prendre à ce stade là »

MG15 : « On va quand même récupérer pas mal de population c'est une bonne chose. »

III.2.1.2.9.2. Pour les femmes ne réalisant pas de FCU 3/17

MG6 : « Ce que je trouve pas mal dans ce système néerlandais, c'est qu'on choisit les femmes qui rechignent à faire le frottis. »

MG8 : « c'est pour rattraper un peu les (...) « brebis égarées » »

III.2.1.2.9.3. Chez les femmes qui n'ont pas le temps 1/17

MG15 : « On aura plus de chance pour les dames actives qui n'ont pas le temps, donc là je pense qu'on est gagnant. »

III.2.1.2.9.4. Chez les femmes qui oublient 1/17

MG15 : « Et puis celles qui sont un petit peu tête en l'air oui ça peut être intéressant. »

III.2.1.2.10. Demande des patientes 2/17

MG5 : « Il y aura de la demande »

III.2.1.2.11. Pas de consultation médicale 6/17

MG5 : « L'argument clé la dedans, c'est la confidentialité. La personne, elle fait son test dans son coin, elle n'a pas besoin d'aller voir le gynéco, de venir me voir »

MG14 : « prend pas de temps de prise de rendez vous, déplacement. »

III.2.1.2.12. Pas de démarche de consultation médicale 1/17

MG2 : « déjà l'obstacle de venir faire la démarche de venir me voir »

III.2.1.2.13. Pas d'examen gynécologique 2/17

MG3 : « Il y a déjà pas le frein de (...) se faire examiner »

MG16 : « IMG : Qui ne veulent pas comme vous dites « écarter les jambes », qui n'ont pas le temps... MG : Voilà, donc là toutes les excuses tombent d'elles mêmes ! »

III.2.1.2.14. Absence de théâtralité 1/17

MG5 : « Il n'y a pas toute la mise en scène du frottis au cabinet »

III.2.1.2.15. Liberté de choix du moment de réalisation du test 4/17

MG4 : « vous êtes totalement indépendante »

MG14 : « « j'ai l'appareil voilà je le fais quand je veux » tac »

III.2.1.2.16. Sensibilisation au risque de cancer 3/17

MG11 : « si le test est positif, elles seraient moins... elles y feraient... enfin elles verraient moins d'inconvénient à ce que vous fassiez l'examen, parce qu'elles trouveraient ça normal, parce que justement le test montre une anomalie »

III.2.1.2.17. Arme supplémentaire pour le médecin généraliste dans la négociation 5/17

MG11 : « on aura un argument en plus pour euh...pour le pratiquer (le FCV) »

MG13 : « si jamais c'est positif, on aura des arguments supplémentaires pour les envoyer chez le gynéco »

III.2.1.2.18. Lève l'obstacle de la pudeur 3/17

MG9 : « Et le type d'avantage, c'est premièrement d'échapper aux obstacles de la pudeur... Tout à fait... Je pense que c'est essentiellement ça à mon avis »

III.2.1.2.19. Possibilité d'être fait également par le médecin généraliste 1/17

MG11 : « ça passerait plus facilement, à mon avis... quitte même à le faire faire chez les patientes qui ne peuvent pas par le médecin généraliste, quoi... ce sera toujours moins problématique que de faire le frottis... »

III.2.1.2.20. Evite la pratique du FCU systématique 1/17

MG11 : « ça permettrait d'éviter justement la pratique du frottis systématique »

III.2.1.2.21. Permettra de sensibiliser les femmes qui ne se font pas dépistées 1/17

MG15 : « il y en a d'autres ça va être un casse tête elles vont dire « j'y vais, j'y vais pas » »

III.2.1.3. Inconvénients

III.2.1.3.1. FCU indispensable 2/17

MG1:« L'examen est un peu indispensable quand même, le fait de regarder le col est quand même important »

III.2.1.3.2. Utilisation difficile

III.2.1.3.2.1. En général 2/17

MG2 : « L'utilisation (...) Parce qu'il y en a qui ne sont pas capables »

III.2.1.3.2.2. Patientes âgées 3/17

MG4 : « les plus âgées, je pense là c'est le geste qu'elles seront incapables de faire »

III.2.1.3.2.3. Si absence d'examen gynécologique antérieur 1/17

MG4 : « c'est celle qui n'a jamais vu de gynéco c'est pas la peine »

III.2.1.3.2.4. Vaginites atrophiques 1/17

MG8 : « Les vaginites atrophiques elles voudront pas »

III.2.1.3.2.5. Chez les patientes n'utilisant pas de tampon 1/17

MG12 : « Parce qu'elles arrivent pas à les mettre (les tampons), parce que ça leur fait mal, parce qu'elles ont pas été habituées »

III.2.1.3.3. Difficulté de compréhension

III.2.1.3.3.1. En général 2/17

MG2 : « Il y en a qui auront du mal de comprendre c'est sûr (...) Comment ça fonctionne »

III.2.1.3.3.2. En milieu rural 2/17

MG10 : « Mais les femmes Hollandaises c'est pas les femmes de xx »

MG12 : « Dans les campagnes c'est encore un petit peu compliqué »

III.2.1.3.4. Français réticents

III.2.1.3.4.1. Au « faire soi-même » 1/17

MG4 : « La mentalité française est quand même très « spécialiste », très « médecin », très « technique » » ; « c'est un problème de mentalité, de faire ses examens soi-même »

III.2.1.3.4.2. Aux changements 1/17

*MG7 : « Je pense que comme ça en France ça mettrait du temps à... »
« Ben parce que les gens sont un petit peu lents à la détente... Entre le temps où on commence quelque chose et le temps où il y a beaucoup de gens qui le font, il y a... ça prend beaucoup de temps... des années des années... »*

III.2.1.3.5. Contradiction par rapport à l'explication donnée lors de la vaccination contre l'HPV 2/17

MG4 : « Oui, mais si on a vu avec votre système, c'est le HPV pur qu'on cherche. Donc en même temps j'explique à mes jeunes filles que je les vaccine contre le HPV, ça reste pas logique. Je veux dire ça reste logique de dire on fait un frottis, parce que un frottis me montre autre chose, les lésions, ça me montre autre chose que l'HPV »

III.2.1.3.6. Risque d'erreur de manipulation

III.2.1.3.6.1. En général 3/17

MG5 : « Bah l'inconvénient, c'est qu'ils puissent mal le faire »

III.2.1.3.6.2. Dans les catégories socio-professionnelles basses 1/17

MG15 : « il y a le milieu qui va jouer aussi hein, à mon avis ça va être bien mais on va retrouver des choses un peu bizarres ! »

III.2.1.3.6.3. Contamination du liquide de prélèvement 1/17

MG15 : « il y a le milieu qui va jouer aussi hein, à mon avis ça va être bien mais on va retrouver des choses un peu bizarres ! »

III.2.1.3.7. Caractéristiques du test

III.2.1.3.7.1. Risque de Faux Négatif 1/17

MG5 : « Bah l'inconvénient, c'est qu'ils puissent mal le faire. Que ça ne soit pas bien fait et qu'il y ait un faux négatif »

III.2.1.3.7.2. Risque de Faux Positif : Anxiogène pour la patiente 1/17

MG13 : « Se retrouver avec un facteur, tout au moins, à risque et de baliser à peu près 6 semaines... pour se retrouver avec (une coloscopie) normale... Je ne vois pas l'intérêt à part de leur faire peur »

III.2.1.3.7.3. N'évoque pas un instrument médical 1/17

MG13 : « Pour moi l'arme médiatique est plus importante pour moi que l'arme... J'allais dire... Gadget »

III.2.1.3.7.4. Risque de falsification 1/17

MG5 : « Il y en aura bien une un jour qui va tricher, qui va le faire faire par une autre dont elle sait qu'elle n'a rien. Comme ça « j'ai rien non plus », mais en fait c'est pas elle. Elle veut pas savoir, ça ça peut arriver »

III.2.1.3.8. Réticence des patientes âgées 1/17

MG6 : « Il y a très peu de femmes qui doivent rechigner, ou alors vraiment nos plus anciennes. »

III.2.1.3.9. Pas d'amélioration de la couverture de dépistage

III.2.1.3.9.1. En général 3/17

MG6 : « Ça ne va pas lever d'obstacle. »

MG17 : « C'est que les 5 patientes qui ne le font pas, elles ne le feront pas plus avec ça »

III.2.1.3.9.2. N'intéressera que les femmes déjà dépistées 3/17

MG12 : « Ce genre de truc va toucher les mêmes femmes à qui on fait des frottis à mon avis, ça va pas toucher d'autres femmes »

MG13 : « Celles qui se font pas dépister, je ne crois pas que de leur filer un système comme ça... va les aider beaucoup »

III.2.1.3.9.3. N'intéressera pas les femmes d'une catégorie socio professionnelle basse 1/17

MG12 : « Toutes les femmes qui sont d'un milieu social très défavorisé à mon avis on ne les touchera pas plus que par le frottis »

III.2.1.3.9.4. Si autoprélèvement vaginal inclus dans un dépistage organisé 1/17

MG11 : « ... Il est pas dit que si ça rentre dans le cadre d'un dépistage de masse, on ai plus de réceptivité des patients... »

III.2.1.3.9.5. Ne conviendra pas à tout le monde
1/17

MG11 : « C'est à voir au coup par coup justement, en fonction de la tête du patient et puis euh...de la mentalité du patient »

III.2.1.3.9.6. Ne lèvera pas l'obstacle de la peur du résultat 1/17

MG15 : « celles qui ne le font pas parce qu'elles ont peur du résultat, elles ne le feront toujours pas. »

III.2.1.3.10. Disparition des consultations médicales et gynécologiques

III.2.1.3.10.1. En général 1/17

MG17 : « Je sais pas quand vous allez voir votre gynéco, il vous fait une palpation des seins et vous comprenez ? Votre outil euh ben voilà ça c'est un truc qui va être éliminé ! »

III.2.1.3.10.2. Proposé par les médecins généralistes 1/17

MG11 : « peut-être qu'il n'y aurait pas des médecins qui, par facilité parce que ça prend moins de temps, qui proposeraient d'office ce type de test plutôt que de proposer en premier lieu un frottis ?(...) Non, mais je pense que oui »

III.2.1.3.10.3. Demandées par les patientes 3/17

MG17 : « Que ça ne fausse pas dans l'esprit que ça remplace quelque part le gynéco »
MG12 : « Si elles ont des résultats négatifs ça fait qu'on va les perdre complètement au frottis »

III.2.1.3.10.4. Touche à l'intime 1/17

MG12 : « Ca touche l'intime »

III.2.1.3.11. Connotation sexuelle du test 1/17

MG16 : « Dans l'imaginaire des gens, introduire quelque chose au niveau du vagin n'est jamais très facile hein. »

III.2.1.3.12. Inutile pour la population qui se fait déjà dépister 1/17

MG13 : « Celles qui se font dépister c'est stupide »

III.2.1.4. Questionnements à propos de l'autoprélèvement vaginal

III.2.1.4.1. Coût 6/17

MG1 : « Il faut voir combien ça coûte aussi »
MG13 : « Tout dépend de son coût, de son remboursement »
MG14 : « ça sera peut être l'obstacle financier pour la prise en charge ? »

III.2.1.4.2. Fiabilité 3/17

MG15 : « pas de problème si ce n'est voir dans un premier temps les échantillons si c'est fiable, si les prélèvements sont fiables si on peut en faire quelque chose si... ? » ; « Si c'est pas trop euh... tout et n'importe quoi ! »

III.2.1.4.3. Validité 1/17

MG14 : « Et qu'est-ce qu'en pense nos euh... Nos spécialistes français ? »

III.2.1.4.4. Fréquence de réalisation 1/17

MG14 : « bon après les délais ça c'est autre chose, ça peut être évalué. »

III.2.1.4.5. Nécessite accord de la Sécurité Sociale 1/17

MG1 : « Et la sécu est d'accord avec cette technique ? »

III.2.1.4.6. Pourcentage de faux positifs 1/17

MG13 : « Statistiquement, il est positif dans combien de temps, euh, dans combien de cas ? » ; « faut voir ce que ça donne statistiquement, euh... euh...euh..., est-ce que « bon bah il n'y a rien du tout » égal « bon bah c'est bon » ? »

III.2.1.5. Suggestions à la bonne utilisation de l'autoprélèvement vaginal soulevées les médecins généralistes

III.2.1.5.1. Nécessite une bonne information de la patiente 4/17

MG9 : « Ah oui, je pense que si l'information est bien donnée, il n'y a pas de problèmes, non non faut expliquer »

MG12 : « ce qu'il faudrait faire c'est en parler justement quand les femmes sont à la maternité ou quand les femmes sont enceintes. Je pense que là ça pourrait être un moyen, avec les sages-femmes de euh... d'amener ce genre de dépistage pour qu'elles le fassent après, pour les informer euh... »

III.2.1.5.2. Intérêt dans le cadre d'un dépistage organisé 3/17

MG8 : « A la limite, ça fera partie sûrement d'un dépistage organisé, non ? On en parlait aussi en France, non ? »

MG16 : « Ça peut faire un dépistage de masse. » ; « En dépistage de masse, ça vaut le coup. »

III.2.1.5.3. Nécessité d'une prise en charge 1/17

MG6 : « Il faudrait qu'il y ait une prise en charge, ça arrange quand même, on est dans un quartier populaire ici ! Les gens n'ont pas des moyens énormes, il faut que ça soit pris en charge etc »

III.2.1.5.4. Nécessité de disposer d'échantillon 1/17

MG6 : « Il faudrait qu'on ait soit un échantillon, soit un truc comme ça »

III.2.1.5.5. Technique à réserver aux femmes non dépistées 1/17

MG8 : « Vous ne croyez pas que cette technique ne serait réservée qu'aux patientes réticentes ? »

III.2.1.5.6. Nécessité de médiatisation du dépistage du cancer du col 1/17

MG13 : « Il faut médiatiser, il faut médiatiser parce que euh... dès qu'il y a quelque chose de médiatiser quelque part, les gens nous en reparlent et nous ça nous permet d'appuyer également. » ; « Il faut que ça en parle à la télé et il faut un changement de mentalités. »

III.2.2. Résultats des patientes

III.2.2.1. Première impression

III.2.2.1.1. Première impression positive 10/15

P1 : « Oui je trouve que ça c'est bien... » ; « Mais ça c'est intéressant... »

P6 : « Très bien, très bien... » ; « c'est une bonne solution » ; « Ouais, ouais forcément c'est intéressant »

P13 : « Ah ouais, la vache, c'est bien ça ! » ; « J'le trouve bien, le concept y'est bien... »

III.2.2.1.2. Première impression négative 1/15

P4 : « IMG : Est ce que vous pensez que ça vous aimeriez le faire ? Plus que le frottis ? ou pas ? P : Euh nan ça nan . »

III.2.2.2. Avantages

III.2.2.2.1. Réalisation à domicile

III.2.2.2.1.1 Moins anxiogène 2/15

P1 : « Ça sera moins stressant chez moi ! »

III.2.2.2.2. Absence de déplacement 3/15

P3 : « Je dois pas me déplacer et manquer mon travail et y aller courir, le manque de temps aussi »

P6 : « pas besoin d'aller courir à droite à gauche »

III.2.2.2.3. Gain de temps 6/15

P8 : « On perd pas de temps chez le médecin à attendre »

P15 : « Non mais je trouve que c'est une bonne idée vraiment d'avoir créé ça parce que je trouve que pour les personnes qui n'ont vraiment pas le temps euh... »

III.2.2.2.4. Dédramatisant 1/15

P7 : « IMG : le fait de pas passer par la case « médecin », ça enlèverait... P : Oui, ça dédramatise un peu le..., ça enlève un peu d'angoisse... »

III.2.2.2.2. Liberté de choix du moment de réalisation du test

III.2.2.2.2.1. En général 3/15

P8 : « Ça on peut le faire aujourd'hui, ou on peut le faire demain »

P11 : « On peut le faire soi-même, n'importe quand... Et là, je le ferais. »

III.2.2.2.2. Absence de contrainte liée au travail
1/15

P3 : « Je dois pas me déplacer et manquer mon travail et y aller courir (...) »

III.2.2.2.3. Pas de nécessité de prendre rendez-vous 1/15

P7 : « Et beaucoup plus pratique parce que sans rendez-vous »

III.2.2.2.3. Pas de consultation médicale

III.2.2.2.3.1. Moins anxiogène 2/15

P1 : « Bah, ça serait moins stressant que d'aller au médecin ! »

P7 : « Bon après, il arrive, il arrive. Mais c'est moins angoissant que ... oui, que d'aller chez le gynéco. C'est pour ça que j'y vais pas ! »

III.2.2.2.3.2. Moins gênant / Moins de pudeur 3/15

P5 : « Ce serait mieux pour les personnes qui seraient gênées d'aller voir un médecin » ; « Il y en a qui ont quand même de la pudeur... Il y aurait quand même plus de femmes qui le feraient »

P15 : « Ben disons que moi déjà je suis très pudique donc euh déjà je le ferais moi même, ça c'est bien quoi. »

III.2.2.2.3.3. Dédramatisant 1/15

P7 : « IMG : le fait de pas passer par la case « médecin », ça enlèverait... P : Oui, ça dédramatise un peu le..., ça enlève un peu d'angoisse... »

III.2.2.2.4. Pas d'examen gynécologique

III.2.2.2.4.1. Pas de pose de spéculum 1/15

P9 : « IMG : Donc avec ce système là, il n'y aurait pas... P : Ah non, là il n'y aurait pas de cerclage ! » (parle du spéculum)

III.2.2.2.4.3. Pas de mise en position gynécologique 1/15

P11 : « Moi j'pense que ça. Moi j'préfère rentrer dans le cabinet médical que j'dois pas aller nulle part, que j'dois pas aller sur la table. Bien sûr que la table j'ai dû y aller pourquoi, pour ma jambe, mais j'aime pas qu'il déplie la table ! »

III.2.2.2.5. Adhésion des femmes

III.2.2.2.5.1. En général 2/15

P5 : « Il y aurait quand même plus de femmes qui le feraient »

III.2.2.2.5.2. Qui vont au laboratoire 1/15

P15 : « Bah qui sait même euh... les personnes qui vont carrément au laboratoire, qui sait, ils pourront peut être l'utiliser aussi par la suite chez eux »

III.2.2.2.6. Adhésion de la patiente au test 7/15

P6 : « Donc maintenant si ce soir vous aviez ça à votre disposition vous feriez le dépistage ? ... Hum, hum. Oh oui, franchement oui »

P8 : P : Bah ça ! C'est beaucoup plus simple. IMG : Donc vous préféreriez faire ça ? P : Oui, exactement »

III.2.2.2.7. Caractéristiques du test

III.2.2.2.7.1. Intime, discret 4/15

P3 : « Et on voit rien ! »

P5 : « C'est plus discret »

III.2.2.2.7.2. Simple 7/15

P5 : « Ah oui, oui, très très simple. Il y a juste à appuyer, voila, puis réaspirer, c'est facile. »

P8 : « Bah ça ! C'est beaucoup plus simple. »

III.2.2.2.7.3. Rapide 4/15

P6 : « c'est rapide »

P10 : « je prends cinq minutes et après j'ai plus qu'à envoyer. »

III.2.2.2.7.4. Fréquence de réalisation 2/15

P12 : « Donc on est tranquille 5 ans si jamais... »

III.2.2.2.7.5. Faisable 2/15

P8 : « IMG : Et est-ce que vous auriez peur de mal le faire ? P : Non, non, pas du tout. »

P14 : « Ben moi ça me paraît facile à faire »

III.2.2.2.7.6. Pratique 1/15

P10 : « plus pratique »

III.2.2.2.7.7. Agréable 1/15

P9 : « Ca à l'air d'être agréable à faire. »

III.2.2.2.7.8. Fiable 1/15

P12 : « IMG : Vous avez confiance en ce test ? P : Oui ouiouiouioui ! »

III.2.2.2.8. Examen sera fait par la patiente elle-même 4/15

P12 : « Ben c'est déjà bien parce qu'on fait ça soi même »

P15 : « IMG : Et donc vous, en ayant jamais mis de tampon, est-ce que vous pourriez utiliser cette technique là ? P : Bah si euh... vraiment il faut que je le fasse, oui, il faudrait qu'je le fasse de toute façon. IMG : Ça ne vous fait pas peur d'insérer l'embout comme ça au niveau du vagin ? P : Non parce que c'est moi qui le ferait »

III.2.2.2.9. Facilite la prévention après un test HPV positif 2/15

P7 : « Après si le test était mal fait et qu'on me dit ben... on n'a pas pu avoir les bons prélèvements, donc consultez... oui, dans ce cas là, voila »

P10 : « Ah oui sûr, je téléphonerais aussitôt pour faire un contrôle là ! » (si l'HPV revient positif)

III.2.2.2.10. Sensibilisation au risque de cancer 2/15

P10 : « Qu'il y a quelque chose d'anormal et donc en fait ça me pousserait plus à me dire bon ben la il faut prendre rendez vous que... »

III.2.2.2.11. Amélioration de la couverture de dépistage

III.2.2.2.11.1. En général 1/15

P12 : « Je trouve que c'est une bonne technique qui pourrait vraiment aider beaucoup de femmes »

III.2.2.11.2. Pour les femmes ne consultant pas
1/15

P12 : « Et puis au moins ça va aider beaucoup de personnes peut être, qui ne vont pas chez le médecin ou le gynéco ! »

III.2.2.3. Inconvénients

III.2.2.3.1. Absence d'adhésion au test 2/15

*P9 : « IMG : Donc même avec ce système là vous ne feriez pas le dépistage ? P : Non. »
P13 : « Ça ne vous tente pas du tout ? Non, du tout. »*

III.2.2.3.2. Doute sur la fiabilité du test 5/15

*P4 : « Parce que je serai plus sur du résultat puis plus sur de...Ben je pense que ça soit même euh... IMG : Vous auriez pas confiance...? P : Ouais j'aurai pas confiance, de me le faire après ça va me travailler dans la tête j'avais en rêver »
P5 : « Faut voir si c'est plus fiable comme ça ou chez le gynécologue aussi. »*

III.2.2.3.3. Doute sur sa capacité à bien réaliser le test
1/15

P4 : « Je serais pas certain de savoir bien le faire ;J'aurai pas confiance de me le faire après ça va me travailler dans la tête j'avais en rêver »

III.2.2.3.4. Utilisation difficile chez les patientes n'utilisant pas de tampon 1/15

P6 : « Il y a des femmes qui supportent pas les tampons les choses comme ça, est-ce que ... est-ce qu'elles supporteraient ça ? Peut-être... »

III.2.2.3.5. Pas d'amélioration de la couverture de dépistage : Reste non concernée par le dépistage car trop âgée 1/15

P9 : « IMG : Ca ne change rien pour vous ? Vous ne vous sentez pas concernée donc...P : Non, franchement non. IMG : Donc même avec ce système là vous ne feriez pas le dépistage ? P : Non » ; « IMG : Et plus jeune vous l'auriez fait plus facilement que le frottis ? P : Oui, oui. »

III.2.2.3.6. Ne remplacera pas la consultation chez le gynécologue 2/15

P13 : « Parce que le gynéco il a tout sur... il sait faire son... si il faut vraiment faire le nécessaire il fera le nécessaire. » ; « Ça ne remplace pas le gynéco. » ; « Ben lui il regarde bien à l'intérieur hein euh... »
P14 : « Ben autant faire un frottis direct, et puis être tranquille »
« Ben moi j'préfère aller chez le gynéco »

III.2.2.3.7. Caractéristique du test, n'évoque pas un instrument médical 1/15

P13 : « C'est plastique, c'est euh... y'a rien, c'est tout simple ! »
« Ça peut se vendre n'importe où euh... j'veux dire c'est un... un tube, il y a le bouton euh... moi j'dirais pas qu'c'est un appareil euh... gynéco ! » ; « Un gadget, un simple gadget ! »

III.2.2.3.8. Caractère anxiogène des faux positifs 1/15

P14 : « Ben c'est contrariant quand même euh. Quelque fois qui serait marqué positif et qui faut qu'on attende le rendez-vous de l'autre côté le temps qu'on attend »

III.2.2.4. Questionnements à propos de l'autoprélèvement vaginal

III.2.2.4.1. Coût 1/15

P8 : « Peut être un peu d'économie pour la sécurité sociale ? »

III.2.2.4.2. Caractéristiques du test

III.2.2.4.2.1. Fiabilité 1/15

P15 : « Et euh... il faut voir par la suite si c'est vraiment... comment dire... si les résultats sont bons euh... »

III.2.2.4.2.2. Faible spécificité 1/15

P15 : « Bah alors s'il détecte souvent qu'on a des virus, donc on va quand même devoir souvent aller faire un frottis ? »

III.2.2.4.3. Longueur de l'embout à insérer 1/15

P15 : « P : Et il faut enfoncer tout ça (en montrant l'embout) ? IMG : C'est comme un tampon en fait, hein, les tampons avec applicateur... P : J'ai jamais mis de tampon ! »

III.2.2.4.4. Peur de la possible nocivité du liquide 1/15

P15 : « Bah moi... j'ai un peu peur c'est le gel, c'est quoi ce gel ? Euh... c'est sûr que tout s'enlève après ? »

IV DISCUSSION

IV.1. Quels freins exposés par les médecins généralistes à la réalisation du FCU pourrait être levés par l'autoprélèvement vaginal ?

Les médecins généralistes ont déclaré pour la plupart avoir l'intention de participer au dépistage du cancer du col de l'utérus. Mais tous ne se sentaient pas impliqués dans l'action de faire le FCU pour plusieurs raisons. Ces obstacles à la réalisation du FCU ont été répertoriés dans le travail de thèse de Charlotte SQUIMBRE [35].

Un des obstacles à la réalisation du FCU qui a été mis en avant par les médecins généralistes était le fait de se heurter aux refus des patientes. Le médecin généraliste a proposé à plusieurs reprises le FCU et la patiente a remis le geste à plus tard ou a esquivé la proposition [35]. L'autoprélèvement vaginal pourrait lever cet obstacle chez les femmes refusant l'examen gynécologique car il serait réalisé par la patiente elle-même, au moment qu'elle aurait choisi, et ceci éviterait la pratique systématique du FCU.

Pour le médecin généraliste qui souhaitait réaliser les FCU, des obstacles à la réalisation même du geste ont été décrits. Il s'agit d'un geste chronophage, peu rentable, difficilement conciliable avec la charge de travail actuelle des médecins généralistes [35]. Certains médecins généralistes ont évoqué également le manque de matériel pour réaliser le FCU [35]. Ceci peut être mis en parallèle avec la non rentabilité d'un geste qui ne justifierait pas l'investissement dans du matériel spécifique. L'autoprélèvement vaginal paraît alors être un bon outil pour lever ces freins car le médecin généraliste aurait uniquement à fournir le kit d'autoprélèvement vaginal à ses patientes en leur fournissant l'explication nécessaire à sa réalisation. Le gain de temps serait certain et est remarqué par les médecins généralistes [34]. En revanche, il existe un risque avec la mise à disposition du kit d'autoprélèvement vaginal de modifier le comportement des médecins généralistes qui ont l'habitude de

pratiquer le FCU. Le test HPV n'est actuellement pas recommandé en première intention [13].

La présence d'une tierce personne (interne, enfants) lors de la consultation a été un obstacle cité à la réalisation du FCU [35]. L'autoprélèvement vaginal pourrait lever cet obstacle en raison de l'absence de nécessité de réalisation en consultation médicale.

Certains médecins généralistes ont expliqué qu'un des obstacles à la réalisation du FCU était le manque d'expérience et le manque de formation en gynécologie. Ils soulignent leur absence de compétence dans ce domaine et ne se sentent pas à l'aise avec le FCU et la gynécologie en général [35]. La peur de mal réaliser le geste du FCU est un obstacle identifié chez certains médecins généraliste. Pour ces médecins généralistes, l'autoprélèvement vaginal pourrait contribuer à améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus. Néanmoins, si le test HPV issu de l'autoprélèvement vaginal était positif, ils devraient alors proposer la réalisation d'un FCU, qui devra être réalisé par eux-mêmes ou par un gynécologue. Ce test serait alors réalisé dans un contexte différent lié au risque élevé de trouver une anomalie : il s'agira donc bien d'un autre comportement.

Cet obstacle est rejoint par celui énoncé par certains médecins qui voulaient avoir le libre choix de réaliser ou non le FCU [35]. Ne pas réaliser de FCU ne voulait pas dire ne pas vouloir dépister, en cela l'autoprélèvement vaginal faciliterait la tâche de ces médecins généralistes puisqu'ils pourraient prendre part au dépistage sans réaliser de FCU. Le problème se posera, comme pour les médecins généralistes qui pensaient avoir un manque de compétence, dans un deuxième temps lorsque l'autoprélèvement vaginal reviendra positif et qu'un FCU devra être réalisé. Mais là encore, le changement de contexte place le couple médecin-patient dans une situation nouvelle et par conséquent dans un comportement différent.

Une des représentations des médecins généralistes sur les patientes était que l'examen gynécologique et donc le FCU, étaient évités par les patientes à cause de la pudeur, du côté tabou, du caractère intrusif du geste [35]. L'autoprélèvement vaginal pourrait lever cet obstacle car certains médecins généralistes estimaient qu'il était moins invasif que le FCU.

Un médecin généraliste affirmait que les femmes d'origine maghrébine ou les femmes appartenant à la communauté des gens du voyage étaient moins bien dépistées car elles considéraient la sphère gynécologique comme une partie intime du corps qui doit rester privée [35]. Ceci pourrait être levé par l'autoprélèvement vaginal car il n'y aura pas d'examen gynécologique, et pas d'intervention d'une tierce personne.

Certains médecins généralistes reconnaissaient une absence de négociation pour la réalisation du FCU avec certaines patientes. Ils l'expliquaient par une peur du refus et par une gêne à proposer le FCU. L'autoprélèvement vaginal a été considéré par certains médecins généralistes interrogés comme un argument supplémentaire dans la négociation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, permettant ainsi de sensibiliser davantage les femmes qui ne se font pas dépister.

L'autoprélèvement vaginal était considéré par la plupart des médecins généralistes interrogés comme pratique, simple, faisable, rapide, non contraignant, avantages certains pour les patientes qui ne souhaitent pas se faire dépister avec par FCU.

Ainsi d'après les médecins généralistes interrogés, la prévention serait facilitée à la fois chez les médecins généralistes refusant de faire le FCU et chez les patientes refusant l'examen. L'autoprélèvement vaginal améliorerait la couverture de dépistage et sensibiliserait au risque de cancer. L'un d'entre eux a estimé que l'autoprélèvement vaginal était un progrès pour la pratique.

Il est ressorti de l'étude qu'un certain nombre de médecins adhérerait à la pratique de l'autoprélèvement vaginal. Ils pensaient que ce serait également le cas des patientes. Ils ont également évoqué leur prévision que cette adhésion serait plus forte chez les femmes plus âgées.

IV.2. Quels freins exposés par les patientes à la réalisation du FCU pourraient être levés par l'autoprélèvement vaginal?

Le travail de thèse de Marie BLANCKAERT [36] a montré les obstacles à la réalisation du frottis cervico utérin chez les patientes consultant en médecine générale dans le Nord Pas de Calais [36]. L'apport de l'autoprélèvement vaginal semblerait intéressant afin de détourner certains de ces freins.

Un des freins majeur qui a été cité par les patientes était celui de la difficulté à prendre des rendez-vous de consultation chez le gynécologue [36], en raison de la non concordance des disponibilités, du délai d'attente trop long, des contraintes liées aux menstruations, au travail, aux enfants, la présence d'évènements intercurrents. Ce principal obstacle pourrait être levé par l'autoprélèvement vaginal du fait de sa réalisation au domicile mis en avant par les patientes. Elles se sentaient libres dans le choix du moment de réalisation du test et elles ont souligné que les contraintes liées à la consultation médicale seraient levées (attente, déplacement). De plus, elles ont souligné son côté rapide, pratique, qui fait gagner du temps et qui ne nécessite pas de consultation dédiée. Ceci a été cité à de nombreuses reprises dans l'étude.

Les patientes ont signalé qu'une mauvaise expérience antérieure, vécue par elles-mêmes ou par un proche, par exemple lors de la pose d'un stérilet, était un obstacle à la consultation gynécologique et donc à la réalisation du FCU. Il pouvait s'agir aussi d'un mauvais contact avec le médecin réalisant le prélèvement [36]. L'autoprélèvement vaginal, qui serait réalisé par la patiente elle-même, pourrait lever cet obstacle. En effet l'examen étant novateur, l'expérience antérieure ne sera pas

reproduite à l'identique. Les patientes pourraient trouver un avantage à ce que l'intervention soit réalisée par elles-mêmes et à l'absence de nécessité d'un examen gynécologique avec pose de spéculum.

Certaines patientes insistaient sur le fait que le FCU était un examen désagréable et parfois douloureux [36], surtout concernant la pose de spéculum. L'auto-prélèvement vaginal est considéré par les patientes interrogées comme quelque chose d'agréable et faisable et il est caractérisé par l'absence de pose de spéculum. Les études qui se sont penchées sur l'acceptabilité ont constaté que les femmes réagissaient généralement de façon très positive face à l'autoprélèvement [37].

La réalisation du FCU restait un sujet tabou car sujet touchant à l'intime, les femmes n'osaient pas en parler librement [36]. L'autoprélèvement vaginal était, d'après les patientes interrogées, plus intime, plus discret, et le fait qu'il soit réalisé par elles-mêmes ne les obligent pas à se dévoiler, à se déshabiller.

Les patientes reprochaient à l'examen gynécologique, d'être gênant, déplaisant. Ceci touche à leur pudeur [36]. L'autoprélèvement vaginal pourrait lever ces obstacles car il ne se fera pas lors d'une consultation médicale. Pour les femmes, l'autoprélèvement vaginal est moins gênant, il respecte plus leur pudeur.

La réalisation du FCU était source d'anxiété pour certaines patientes, avec un côté impressionnant. L'autoprélèvement vaginal dédramatiserait le dépistage du cancer du col pour les patientes qui ne supportent pas la position gynécologique. Le fait que la patiente réaliserait le test elle-même et qu'il n'y ait pas de consultation médicale rendrait le dépistage moins anxiogène, moins impressionnant.

Le genre du médecin généraliste jouait un rôle dans la non réalisation du FCU. Pour quelques patientes, le fait que le médecin généraliste était un homme rendait l'examen plus gênant, plus stressant et occasionnait chez les patientes des difficultés à parler de façon libérée [36].

Du même ordre, le fait d'avoir un lien particulier, trop proche, avec son médecin généraliste, son « médecin de famille », était un obstacle chez certaines patientes [36].

A noter qu'une des patientes interrogées estimait que les femmes pratiquantes et voilées, issues de la même religion qu'elle, étaient moins dépistées pour le cancer du col de l'utérus que les autres femmes. Le genre masculin du médecin généraliste qui effectue le geste serait déterminant : il entrainerait une gêne et serait parfois à l'origine de refus du mari des patientes à leur permettre de se faire dépister.

L'auto-prélèvement vaginal lèverait ces obstacles liés au genre ou à la proximité du médecin qui devrait faire le FCU, car la patiente réalisera le geste elle-même, sans présence d'une tierce personne. Le genre ou la proximité du médecin importeront peu.

L'autoprélèvement vaginal apparaîtrait comme un outil améliorant la couverture de dépistage pour les femmes ne se faisant pas dépister. Elles le considéreraient comme une procédure simple, faisable et fiable. Il sensibiliserait au risque de cancer et faciliterait la réalisation du FCU de triage après un résultat HPV de dépistage positif pour les femmes ne souhaitant un dépistage par FCU. Dans l'hypothèse d'un autoprélèvement, les femmes ont exprimé un niveau d'adhésion élevé pour les schémas de suivi directs en cas de test HPV positif, tant au niveau du médecin généraliste qu'au niveau de la réalisation directe de la colposcopie. Donc, après détection d'un HPV de haut risque, ces femmes suivraient les conseils habituels de suivi [23].

Il ressort de l'étude qu'un grand nombre de femmes qui ne sont pas dépistées à ce jour, adopteraient l'autoprélèvement vaginal comme outil de dépistage.

IV.3. Les freins à l'autoprélèvement vaginal

Lors de notre étude, des freins à la réalisation de l'autoprélèvement vaginal ont été évoqués à la fois par les médecins généralistes et par les patientes.

Les patientes interrogées émettaient un doute sur leur capacité à bien réaliser le test. Une d'elle notait également que pour les femmes non utilisatrices de tampon, le procédé pouvait paraître compliqué. Ces craintes exposées par les patientes étaient retrouvées dans la littérature [37] mais également chez les médecins généralistes interrogés. Ils évoquaient une possible utilisation difficile et des possibles erreurs de manipulation, chez les patientes en général et particulièrement chez les patientes n'utilisant pas de tampon, ou ayant des problèmes de vaginites atrophiques par exemple. Dans la revue systématique de 2007, il a été constaté que la sécheresse vaginale était la préoccupation la plus commune pour la réalisation de l'autoprélèvement [37].

Certains médecins généralistes pensaient que la mentalité française n'était pas adepte du changement et du « faire soi-même », que l'auto-prélèvement vaginal pourrait faire face à une réticence des patientes. Effectivement, certaines patientes pensaient que toutes les femmes n'allaient pas adhérer au test.

Les médecins généralistes autant que les femmes citent que cela n'améliorera pas forcément la couverture de dépistage, car les patientes qui ne se sentent pas concernées par le cancer du col ou qui ont peur du résultat ne feront pas plus d'autoprélèvement vaginal que de FCU.

Certains médecins généralistes pensaient que ce serait d'autant plus vrai dans les catégories socioprofessionnelles basses.

Une étude canadienne [38] indiquait que les femmes pensaient qu'il s'agissait d'un procédé réservé uniquement à certaines femmes : celles qui ne pouvaient pas aller chez leur médecin généraliste ou celles qui étaient embarrassées par l'examen gynécologique pour des raisons de pudeur, d'une première expérience négative avec l'examen gynécologique.

Dans cette étude [38], les femmes avaient beaucoup de préoccupations concernant le manque de confiance en l'examen, la sécurité. La principale raison concernait la préoccupation d'obtenir des résultats exacts. Cette raison a été retrouvée dans notre étude : un certain nombre de patientes sont angoissées à l'idée de recevoir un résultat positif pour un résultat finalement négatif.

Deux médecins généralistes ont cité l'ambiguïté du test basé sur la détection d'HPV et la vaccination HPV, qui entraînerait une confusion chez les patientes. Une réponse peut être apportée par la littérature [39] : La vaccination anti-HPV 16 et 18 va diminuer le nombre de CIN 2 et 3. Par conséquent, sur la cytologie de dépistage seront retrouvés plus de L-SIL et d'ASCUS, il y aura plus de résultats de cytologies ambigus, d'où l'intérêt d'un test HPV [39], qu'il soit réalisé en première ou seconde intention.

IV.4. Interrogations et suggestions au sujet de l'autoprélèvement vaginal

Les médecins généralistes et les patientes, s'interrogeaient beaucoup sur le coût de cet outil. Dans l'étude menée aux Pays-Bas [23], les coûts par lésion CIN 2 détectée par autoprélèvement vaginal ont été du même ordre que ceux calculés pour le dépistage par cytologie conventionnelle. Une autre étude a comparé le rapport coût-efficacité dans plusieurs scénarii de dépistage. Le test HPV en première intention était préféré dans beaucoup de scénarii qui correspondaient au dépistage du cancer du col de l'utérus dans différents pays européens. Par contre, pour les pays avec une forte prévalence du virus HPV et un coût élevé du test HPV, le dépistage cytologique était préféré [40].

Les médecins généralistes et les patientes s'interrogeaient également sur les caractéristiques du test : sa fiabilité, sa spécificité.

De nombreuses études ont étudié cette question. La sensibilité du test HPV était supérieure à celle du FCU pour la détection des lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus [14]. Le test HPV était moins spécifique que le FCU [25] et la valeur prédictive négative du test HPV était estimée dans la plupart des études entre 99 et 100% [26].

Les médecins généralistes interrogés étaient d'accord pour dire qu'il faudrait une importante campagne d'information des patientes pour présenter le nouveau dispositif existant. Cette campagne pourrait être mise à profit pour renforcer la motivation au dépistage du cancer du col de l'utérus car de nombreuses patientes interrogées se plaignaient de leur manque d'information [36]. Il était retrouvé dans « Baromètre cancer 2005 » qu'une campagne d'information pourrait renforcer la communication sur le FCU notamment envers les femmes ménopausées et les femmes qui consultent uniquement en présence de symptômes [17].

IV.5. Validité de l'étude

IV.5.1 Forces de l'étude

L'étude s'est intéressée à la fois aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et aux patientes non dépistées consultant en médecine générale.

La demande de randomisation raisonnée par l'URPS-ML, organisme indépendant de l'étude, a permis un mode de recrutement théorique touchant les médecins de tous les bassins de vie de la région et de différents environnements de pratique de la médecine générale. Les biais de recrutement ont donc pu être évités.

Les patientes interrogées étaient uniquement des patientes non dépistées depuis plus de cinq ans et non des femmes en général.

Le kit d'autoprélèvement vaginal a pu être montré aux patientes et aux médecins généralistes de l'étude.

Le choix d'une méthode qualitative avec l'utilisation d'entretiens semi-dirigés a permis une richesse importante dans les données recueillies.

Le consentement écrit a été recueilli lors de chaque entretien afin de valider l'approche éthique de l'étude.

La saturation théorique des données a été obtenue afin de valider l'exhaustivité de l'étude.

Les codages réalisés indépendamment par deux chercheurs différents de celui qui réalisait l'interview, puis validés par le chercheur ayant interviewé la patiente et le médecin généraliste a permis d'éviter en majeure partie les biais de préconception, de subjectivité et d'influence dans l'analyse des données.

IV.5.2. Faiblesses de l'étude

Les femmes ayant été recrutées dans les cabinets de médecine générale, les femmes éloignées du système de soin n'ont pas été consultées.

Le fait que le chercheur soit lui-même un médecin généraliste a pu influencer les réponses des médecins et des patientes interrogées.

Les chercheurs n'ont pas reçu de formation en sciences humaines et sociales particulière pour mener les entretiens semi-dirigés. Ceci a donc certainement été à l'origine d'une perte de données, bien que la formation en médecine générale soit un bon entraînement pour mener des entretiens en face à face.

Contrairement à ce qui était prévu par le protocole, les transcriptions *verbatim* n'ont pas été soumises aux interviewés pour approbation, pour des raisons de faisabilité.

L'avis du Comité de Protection des Personnes n'a pas été demandé en raison du caractère observationnel de la recherche. Néanmoins, par suite du changement dans la loi et afin de ne pas rencontrer d'obstacle à la publication, il sera demandé secondairement.

IV.6. Perspectives d'avenir

IV.6.1. Intérêt de l'autoprélèvement vaginal en première intention

Certaines études ont montré que le test HPV avait une sensibilité plus importante que le test cytologique pour détecter les cancers du col invasif [41]. Il avait une meilleure sensibilité également pour détecter les CIN 2 ou 3 [41].

Le virus HPV étant très fréquent chez la femme jeune avant 30 ans, il existait beaucoup de faux positifs et la valeur prédictive positive était faible [41].

En effet, la plupart des femmes « faussement positives » ne développeront pas de lésion \geq CIN 2, mais cela entraînerait un nombre trop important de colposcopie diagnostique et de suivi cytologique [41].

Une piste intéressante mise en avant dans une étude américaine [42] serait de revoir l'âge du dépistage s'il était réalisé par test HPV en première intention. En effet, elle a étudié la valeur prédictive positive du test HPV si le dépistage par ce test était effectué à partir de l'âge de 30 ans. Le pic d'infection à HPV étant alors dépassé. La valeur prédictive positive est bien meilleure car les femmes HPV positives après 30 ans sont le plus souvent porteuses d'une infection persistante [42].

Autre argument du test HPV et par extension, de l'autoprélèvement vaginal, est qu'il sauverait plus de vie dans les populations à faible revenu et donc à haut risque de cancer du col, où il n'y a pas de système de prévention mis en place. Le cancer est associé à la pauvreté, 90 % des décès liés au cancer du col de l'utérus dans le monde sont issus des pays en développement [43]. En effet, la forte sensibilité du test HPV permet aux moyens de un ou deux dépistages dans la vie d'une femme entre l'âge de 30 ans et la ménopause d'avoir un impact sur la mortalité [44].

Les populations n'ayant pas un accès régulier au dépistage pourraient trouver un intérêt dans ce test de dépistage.

Certains médecins généralistes ont signalé dans l'étude qu'ils ne trouvaient pas d'intérêt à ce que les femmes correctement dépistées ne fassent plus de FCU et remplacent le dépistage conventionnel par l'autoprélèvement vaginal. Ils insistaient sur le risque de la disparition des consultations médicales à orientation gynécologique, nécessaires non seulement pour le FCU mais aussi pour la palpation mammaire par exemple.

La HAS ne recommande pas pour l'instant le test HPV en première intention dans le dépistage [13]. Le dépistage de masse par l'autoprélèvement vaginal avec triage par FCU paraît actuellement difficilement applicable.

IV.6.2. Intérêt de l'autoprélèvement en seconde intention

La technique de l'autoprélèvement vaginal pourrait en revanche s'appliquer en seconde intention pour toutes les femmes non dépistées. Actuellement, les critères de dépistage sont un FCU tous les 3 ans de 25 à 65 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle [13].

L'autoprélèvement serait alors un argument supplémentaire dans la négociation avec les femmes pour qu'elles réalisent ce dépistage [35]. Cet argument aurait du poids face à des femmes qui ne réalisent pas le FCU à cause de l'examen gynécologique, de la pose du speculum, ou du caractère désagréable du geste [36].

En Hollande, le dépistage du cancer du col de l'utérus est organisé par les Autorités de Santé.. Dans l'étude de Gök, les 28 073 femmes n'ayant pas répondu à deux premiers courriers d'invitation à pratiquer le dépistage conventionnel étaient randomisées en deux groupes : le premier groupe (n = 27 792) recevait un kit d'autoprélèvement vaginal et le deuxième groupe (n = 281) recevait un courrier de rappel pour le FCU. Cette étude a montré que le taux de réponse dans le groupe autoprélèvement vaginal était significativement plus élevé que dans le groupe témoin (taux bruts 26,6 % vs 16,4 % ($p < 0,001$) ; taux ajustés 27,5 vs 16,6 ($p < 0,001$)) [23]. De plus, cette étude a montré que l'autoprélèvement permettait d'améliorer la détection des lésions CIN II ou III, en particulier chez les femmes qui n'avaient pas participé au précédent tour du dépistage (\geq CIN II (2,04 ; IC95 :1,27 – 3,28) et \geq CIN III (2,28, 1,31 – 3,96). L'incidence cumulative de détection de CIN supérieur ou égal à 2 était supérieure à celle trouvée via le programme de dépistage régulier en 2005 [23]. Le taux de réponse et le rendement de dépistage des lésions de haut grade soutiennent la mise en œuvre de cette méthode pour de telles femmes [23].

L'instauration d'un dépistage organisé, comme le préconise l'HAS faciliterait la mise en place d'une telle technique en permettant le suivi exact des patientes non dépistées.

IV.6.3. Le dépistage organisé

En France, en 2012, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Des organisations internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002 et le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC, en anglais IARC) en 2005 ont indiqué que le dépistage organisé du cancer du col par FCU constituait un dépistage coût-efficace [13].

Le dépistage organisé est actuellement recommandé par la HAS dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus [13].

En Alsace Lorraine, l'organisation du dépistage a permis une forte amélioration de la couverture. Cette organisation a notamment permis l'obtention d'un taux de couverture à trois ans supérieur à 70 % en Alsace [21]. La mise en place du dépistage organisé a permis également un maintien de la couverture à un niveau élevé après 50 ans (en Alsace et en Isère). On observe un meilleur suivi des femmes après un FCU anormal, et cette amélioration concerne la totalité des patientes dépistées, et pas seulement celles qui sont sollicitées par invitation ou relance [13].

Depuis 2009, 9 autres départements en France (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne) sont pilotes pour mettre en place un dépistage organisé. La Direction générale de la santé et l'INCa ont lancé un appel à candidature pour l'expérimentation de stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces projets diffèrent tant dans la diversité des populations prises en compte que dans la variabilité des approches proposées [13].

Inscrire l'autoprélèvement vaginal dans un dépistage organisé paraît judicieux. Un certain nombre d'obstacles cités à la fois par les médecins généralistes et les patientes dans l'étude ne serait pas levé malgré le développement de l'autoprélèvement vaginal. Pour lever ces obstacles, la mise en place du dépistage organisé et notamment l'envoi systématique par courrier de l'autoprélèvement vaginal chez les femmes non dépistées permettrait alors d'augmenter la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'autoprélèvement vaginal dans le cadre d'un dépistage organisé pour les femmes n'ayant pas répondu à la première convocation pour la réalisation du FCU semblerait être une perspective d'avenir.

V. CONCLUSION

En conclusion, l'autoprélèvement est une perspective d'avenir pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il permet de lever un certain nombre d'obstacles à la réalisation du FCU conventionnel cité par les patientes et par les médecins généralistes.

L'autoprélèvement présente de multiples intérêts pour les femmes non dépistées. Il est moins invasif, moins désagréable, réalisé par la patiente elle-même, sans la présence d'un tiers. Il peut être envoyé au domicile et lève ainsi les obstacles de la prise de rendez-vous et du délai d'attente.

L'autoprélèvement a un intérêt pour les médecins généralistes ne participant pas au dépistage car il lève les obstacles en rapport avec un manque de compétence et un manque d'intérêts cités par les médecins généralistes. Il peut également lever l'obstacle de manque de disponibilité pour des consultations dédiées aux FCU.

L'autoprélèvement vaginal est donc un test à envisager pour l'avenir, la HAS a d'ailleurs demandé son étude récemment.

Inclure l'autoprélèvement vaginal dans un dépistage organisé en deuxième intention pour les femmes ne répondant pas au dépistage classique paraît être une piste à étudier.

Une large campagne d'information sera nécessaire car beaucoup de femmes et de médecins généralistes ne se sentent pas assez informés sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut National de Veille Sanitaire, données épidémiologiques du cancer du col de l'utérus, état des connaissances, Paris, actualisation 2008.
- [2] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008 Jun; 56(3): 159-75. Epub 2008 Jun 10.
- [3] Institut National de Veille sanitaire, les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux, BEH n°2-3, 23 janvier 2007.
- [4] Institut National du Cancer, état des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France, septembre 2007.
- [5] Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189(1):12-9
- [6] International Agency for Research on Cancer. *IARC handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening*. Lyon : IARC Press, 2005.
- [7] K.Faure. Quelle actualité sur l'histoire naturelle de l'HPV ? 2007. <http://www.infectio-lille.com/.../HPV-histoire%20naturelle-faure-2007.ppt>, consulté le 6 décembre 2010.
- [8] Alliance for Cervical Cancer Prevention, Natural History of Cervical Cancer : Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives. Avril 2003. <http://www.alliance-cxca.org/english/publications.html>, consulté le 6 décembre 2010.

- [9] Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papilloma virus infection in young women. *N Engl J Med* 2006;345:2645-54.
- [10] Maria J Wawer, Aaron AR Tobian, Godfrey Kigosi and co. Effect of circumcision of HIV-negative men on transmission of human papillomavirus to HIV-negative women : a randomised trial in Rakai, Uganda. *Lancet* 2011 ; 377 : 209-18
- [11] Siebers AG, Klinkhamer PJ, Grefte JM *et al.* Comparison of liquid-based cytology with conventional cytology for detection of cervical cancer precursors: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302(16):1757-64
- [12] Wilson, J.M.G. and G. Junger, *The principles and practice of screening for disease.* World Health Organisation, Geneva, 1968.
- [13] Haute Autorité de Santé, état des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, juillet 2010.
- [14] Prescrire Rédaction. Dépister les cancers de l'utérus. *Rev Prescrire* 2010;317:193-202
- [15] Claudon Céline. Etats des lieux de la pratique du frottis cervico vaginal par les médecins généralistes de Montpellier. Thèse 2007.
- [16] Sondage BVA demandé par la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale. Le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Novembre 2008.
http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf, consulté le 24 octobre 2010.
- [17] Guilbert P, Peretti-Wattel P, Beck F, Gautier A. *Baromètre Cancer 2005.* Paris: Editions INPES ; 2005.

- [18] Fromont Eugénie. Prévalence des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
- [19] Badet Aurélie. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Mémoire Master 2. Lyon ; 2010.
- [20] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Brèves du collège n°15. Prévention du cancer du col de l'utérus : bilan de la journée d'information grand public. Mars 2008. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/breves15.pdf, consulté le 24 octobre 2010.
- [21] Baudier F, Michaud C. Le dépistage des cancer : entre organisation et libre choix dans : Baromètre Santé 2005. Paris : Editions INPES ; 2005, p.299-316.
- [22] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. L'organisation et les filières de soins. http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_04.htm, consulté le 24 octobre 2010.
- [23] Gök M, Heideman D, J van Kemenade F, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. British Medical Journal 2010;340.
- [24] Brink A, Meijer C, Wiegerinck M. High Concordance of Results of Testing for Human Papillomavirus in Cervicovaginal Samples Collected by Two Methods, with Comparison of a Novel Self-Sampling Device to a Conventional Endocervical Brush. Journal of clinical microbiology 2006.
- [25] Cuzick J, Clavel C, Petry KU, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. International Journal of Cancer 2006;119:1095-101.

- [26] Bhatla N, Moda N. The clinical utility of HPV DNA testing in cervical cancer screening, *Strategies. Indian Journal of Medical Research* 2009;130:261-265.
- [27] De Alba I, Anton-Culver H, Hubbell FA. Self-Sampling for Human Papillomavirus in a Community Setting : Feasibility in Hispanic Women. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 2008;17.
- [28] Jones R, Britten N, Culpepper L et al. *Oxford textbook of primary care. Volume 1 : Principles and concepts. Oxford University Press* 2005.
- [29] Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. 2001 ; 32(2) : 117-21.
- [30] Aubin-Auger Isabelle. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 84 :142-5.
- [31] Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives-Vol.26(1)*, 2006, pp.110-138.
- [32] Deslauriers JP. *Recherche qualitative : guide pratique. Montréal : MacGraw-Hill*, 1991 :142 p.
- [33] Blanchet A, Ghiglione R, Massonat J, Trognon A. *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales : observer, interviewer, questionner. Paris : Dunod* 2005 :197 p.
- [34] Institut des Sciences et Pratiques d'Education, université de Lyon, L'analyse de contenu généralité.
ispef.univ-lyon2.fr/IMG/doc/Analyse_de_contenu_generalites.doc, consulté en Mai 2012.

- [35] Squimbre Charlotte. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin de dépistage en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
- [36] Blanckaert Marie. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin de dépistage en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les patientes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
- [37] Stewart D, Gagliardi A, Johnston M, et al. Self-Collected Samples for Testing of Oncogenic Human Papillomavirus : A Systematic Review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2007;29:817-828.
- [38] Howard M, Lytwyn A, Lohfeld L, Redwood-Campbell L, Fowler N, Karwalajtys T. Barriers to acceptance of self-sampling for Human Papillomavirus across ethnolinguistic groups of women. *Canadian Journal of Public Health* 2009;100:365-69.
- [39] Schiffman M, Wentzensen N, Wacholder S, Kinney W, Gage J C., Castle P E. Human Papillomavirus Testing in the Prevention of Cervical Cancer. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:368–383
- [40] De Kok IMCM, Van Rosmalen J, Dillner J, Arbyn M, Sasieni P, Iftner T, Van Ballegooijen M. Primary screening for human papillomavirus compared with cytology screening for cervical cancer in European settings: cost effectiveness analysis based on a Dutch microsimulation model. *BMJ* 2012;344:e670
- [41] Lazcano-Ponce E, Tibor Lorincz A, Cruz-Valdez A, Salmeron J Uribe P, Velsaco-Mondragon E, Hernandez Nevarez P, Diaz Acosta R, Hernandez Avila M. Mexican self collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH) : a community-based randomised controlled trial. *The Lancet* 2011 ;6736(11)61101-X

- [42] Kim JJ, Ortendahl J, Goldie SJ. Cost-Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination and Cervical Cancer Screening in Women Older Than 30 Year in the United States. *Annals of Internal Medicine* 2009 ; vol. 151 no. 8 538-545.
- [43] Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, et al. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer Causes Control*. 2009;20(4):417–435.
- [44] Kim JJ, Brisson M, Edmunds WJ, Goldie SJ. Modeling cervical cancer prevention in developed countries. *Vaccine*. 2008;26(suppl. 10):K76–K86.

Annexes

Annexe n°1 : Delphi-screener©



Annexe n°2 : Courrier envoyé aux médecins généralistes



UNIVERSITE DE LILLE 2 - DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE «HENRI WAREMBOURG»

DEPARTEMENT
DE MEDECINE
GENERALE

Directeur : Professeur GLANTENET

Directeur - Adjoint : Professeur HATRON

Réf : CB/MV

Lille, le 6 juin 2012

Chère Consœur, Cher Confrère,

La Loi HPST a fait le médecin généraliste le pivot des actions de prévention et de dépistage des patients dont il est le médecin traitant. S'il s'agit là de la reconnaissance d'un rôle qu'il a toujours assuré avec les moyens dont il disposait, le médecin généraliste est conscient du fait que ni sa formation, ni l'organisation professionnelle ne l'y ont préparé. La gestion des frottis cervico-utérins pour le dépistage du cancer du col de l'utérus entre dans ce champ de compétence, comme cela a été souligné par la Recommandation de Santé Publique publiée par la HAS en novembre 2010.

Dans le cadre de sa mission de recherche dans le champ des nouvelles pratiques (thème 5), le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille, vous sollicite aujourd'hui pour contribuer à enrichir notre spécialité par l'expression de votre expérience et de vos compétences. Vous avez été aléatoirement choisi(e) pour être partie prenante, vous et vos patientes, d'un travail d'investigation sur le dépistage du cancer du col. Vous allez être contacté par téléphone par une interne de médecine générale (Charlotte Squimbre, Marie Blanckaert, Eugénie Fromont ou Pamela Nessler), engagée dans cette action de recherche pour la réalisation de sa thèse. Elle prendra rendez-vous avec vous pour un entretien enregistré d'environ 45 minutes, et pour solliciter les patientes présentes dans votre salle d'attente. Bien entendu, tout ce travail sera couvert par l'anonymat, et vous, comme vos patientes, serez totalement libres de parole.

Nous vous remercions pour votre collaboration et l'accueil que vous réserverez à notre jeune collègue.

Veuillez agréer, chère Consœur, cher Confrère, nos salutations les plus confraternelles

Pr Raymond Glantenet
Directeur du Département

Pr Christophe Berkhout
Responsable de la Recherche

Annexe n° 3 : Questionnaire Patientes

Madame, Mademoiselle, dans le cadre d'un sujet de thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, nous souhaiterions vous poser des questions d'ordre personnel qui resteront cependant entièrement anonymes. Au terme de ce questionnaire, nous serons peut - être amenées à vous proposer un entretien personnalisé afin d'approfondir vos réponses. Nous vous remercions par avance de votre aide.

La réponse ou non à ce questionnaire ne changera en aucun cas vos relations avec votre médecin généraliste.

Voici tout d'abord quelques questions d'ordre administratif :

Etes-vous dans la salle d'attente de votre médecin traitant habituel ?

- Oui
- Non

Etes-vous venue :

- Pour vous-même
- Pour accompagner un proche

Quel est votre âge ?

..... ans

Etes - vous :

- Célibataire
- En couple (union libre)
- Mariée / pacsée
- Divorcée / séparée
- Veuve

Avez - vous des enfants ?

- Oui : Combien ?
- Non

Quelle est votre profession ?

- Sans profession
- Mère au foyer
- Employée
- Ouvrière
- Cadre
- Profession libérale, chef d'entreprise
- Artisan, commerçant
- Agricultrice, exploitante
- Au chômage
- Retraitée (métier exercé :

Quel est votre niveau d'études ?

- Primaire, Certificat d'études
- Secondaire, Brevet, BEP, CAP
- Secondaire, Baccalauréat
- Supérieur

Dans quelle commune habitez - vous?

Nous allons maintenant vous poser des questions d'ordre médical.

Avez - vous déjà consulté un gynécologue ?

- Oui
- Non

Si oui, de quand date votre dernière consultation ?

- 3 ans ou moins
- 3 à 5 ans
- Plus de 5 ans

Avez - vous déjà eu des problèmes de santé d'ordre gynécologique (cancer du col de l'utérus, hystérectomie : « la totale, les organes »...)

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Avez - vous déjà réalisé un frottis cervico utérin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, de quand date votre dernier frottis ?

- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Plus de 5 ans

Si oui, par qui a été fait votre frottis ?

- Votre médecin généraliste
- Votre gynécologue
- Le planning familial
- Un laboratoire
- Autre :

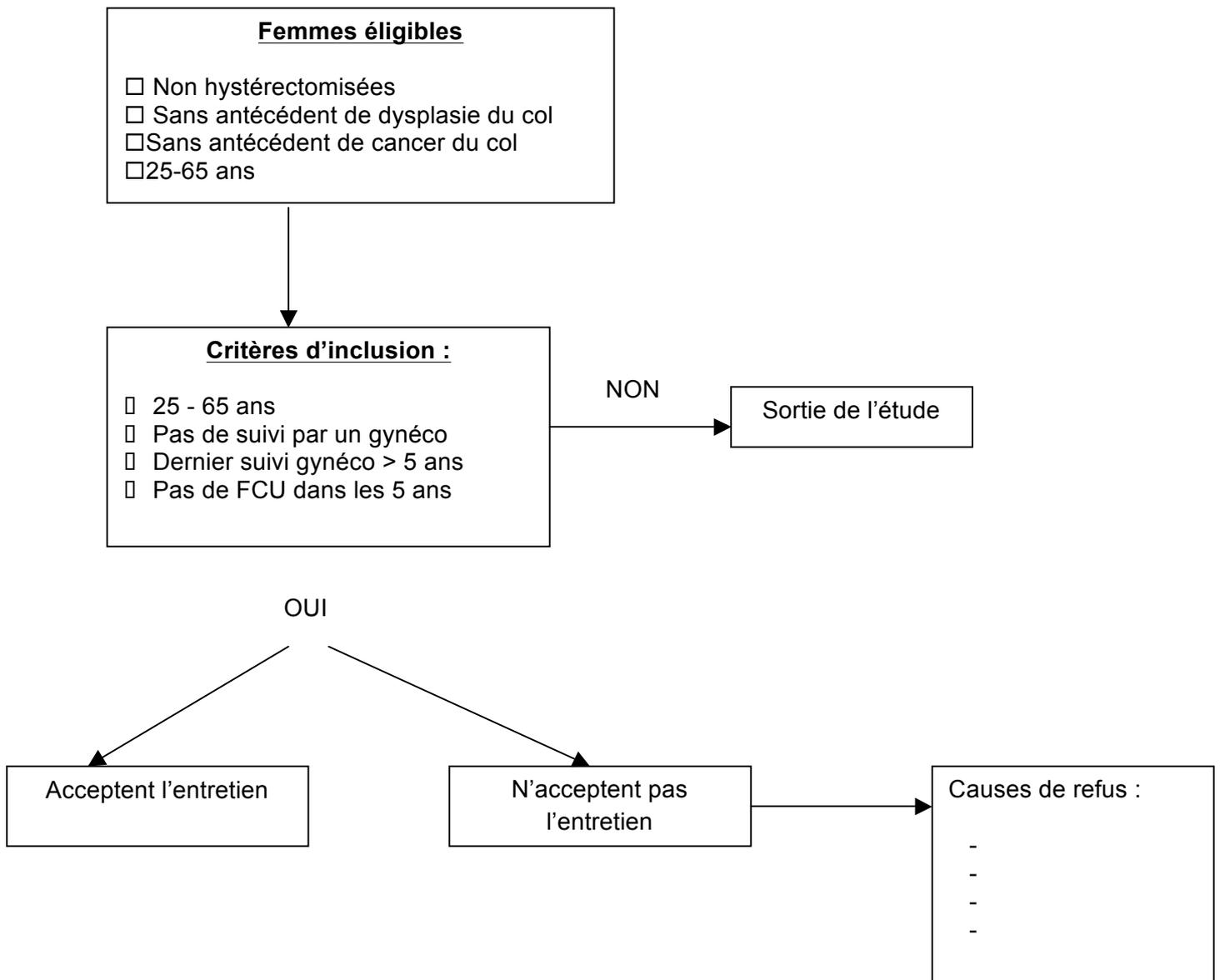
Accepteriez - vous un entretien personnalisé complémentaire avec une membre de notre équipe ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

Nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré et ne manquerons pas de vous recontacter pour un entretien complémentaire.

Annexe n° 4 : Flow Charts



Annexe n° 5 : Grille d'entretien Médecins généralistes

GRILLE D'ENTRETIEN TYPE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

1/ Le MG et sa pratique du FCU

- Réalisez vous des FCU au cabinet ?
- Que pensez-vous des recommandations actuelles concernant le FCU ?

- Comment abordez / proposez-vous un FCU à vos patientes ?
- Comment appréhendez-vous le geste?
- Proposez vous le FCU dans un contexte particulier, ou systématiquement ?
- Comment réagissez-vous à la demande spontanée d'une patiente concernant la réalisation d'un FCU ?
- Que pensez-vous du dépistage des femmes de plus de 50 ans ?

2/ Obstacles à la réalisation du FCU

- Quels obstacles avez-vous rencontré ?
- Seuls 4% des FCU sont réalisés par les MG, à votre avis, pour quelles raisons ?
- A votre avis, que pensent les femmes de la réalisation du FCU par le MG ?
- Quelle est la réaction de vos patientes quand vous leur proposez des FCU ?

3/ Le MG et les améliorations de la couverture du FCU

- A votre avis, que pourrait-on mettre en œuvre pour améliorer la participation des femmes et des MG ?
- Quels sont les éléments qui pourraient faire évoluer votre pratique vers la réalisation de plus de FCU ? Quels sont les éléments qui pourraient vous inciter à proposer systématiquement le FCU ?
- Avez-vous entendu parler d'alternatives au FCU ? Si oui, lesquelles ?
- Que penseriez-vous d'un prélèvement vaginal fait par les femmes elles-mêmes à leur domicile, basé sur un test HPV ? Le proposeriez-vous plus facilement ?
- Evaluation du Delphi Screener©
- Explications sur le triage par test HPV : maintenant que vous avez cette information, pensez-vous que ça changerait votre pratique ?
- Reprendre les obstacles cités précédemment.
- A votre avis en quoi cela peut améliorer le dépistage ?
- Quelles barrières peut il enlever ?
- Quelles femmes seraient intéressées (ou quelles catégories de femmes) ?
- Quels en sont les inconvénients

Annexe n° 6 : Guide d'entretien Patientes.

GRILLE D'ENTRETIEN TYPE POUR LES PATIENTES

1/ Connaissance du FCU

- Que savez-vous du FCU de dépistage ? Que permet-il de rechercher ?
- Quelle information avez-vous déjà eu du FCU ? de la part de qui ? (amies, médecin, affichage, internet, forums...)
- A votre avis, que pensent les femmes en général du FCU ? Partagez-vous leur point de vue ?
- Que pensent les femmes de votre entourage du FCU ? En parlez vous avec elles ? Partagez-vous leur point de vue ?

2/ Vous et le FCU

- Personnellement, avez-vous déjà bénéficié d'un FCU ? Si oui, par qui ? Si oui, comment s'est passé cet examen ? Qu'avez-vous ressenti ?
- Si vous décidiez de réaliser un FCU, vers qui vous tourneriez-vous ? Pourquoi ?

3/ Le FCU et le MG

- Vous avez déjà réalisé ou vous voudriez réaliser un FCU chez un gynécologue : que pensez-vous de la réalisation de cet acte par le MG ?
- Voyez-vous des obstacles à la réalisation du FCU par votre MG ?
- Votre MG vous a-t-il déjà proposé un FCU de dépistage? Si oui, quelle a été votre réaction quand votre MG vous a proposé le FCU ? Si non, quelle serait votre réaction si votre MG vous proposait un FCU ?

4/ Amélioration de la couverture du dépistage

- Quelles informations seraient nécessaires pour une meilleure connaissance du FCU ? Par quels moyens ?
- Que pourrait-on améliorer pour augmenter le nombre de femmes dépistées ? (rythme à espacer, dépistage organisé par invitation personnelle, ...)
- Que pensez-vous d'une méthode qui consisterait à effectuer un prélèvement vaginal vous-même, à la maison ?
- Evaluation du Delphi Screener© ou une autre méthode : en pratique ou par vidéo.

Annexe n°7 : Verbatim Entretien MG15

Contexte de l'entretien : L'entretien a lieu le 05/01/2012. MG15 me reçoit dans son cabinet. MG15 est un homme d'une cinquantaine d'années, qui exerce seul, en banlieue urbaine médicalisée. L'entretien se passe dans une atmosphère détendue, il dure 15min55.

IMG : Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu de votre pratique euh.. dans votre cabinet de médecine générale sur le frottis ? Est-ce que vous en proposez, est ce que vous adressez ? est ce que ...

MG : Non j'ai fait pas de frottis, parce que ça ne m'intéresse pas, tout simplement.

IMG : D'accord.

MG : Et même au niveau du temps, j'vois pas comment, comment ça serait faisable parce qu'il y a toute une organisation.

IMG : Oui,

MG : Il faudrait qu'elles viennent en rendez vous, ça devient compliqué ; mais c'est pas mon but.

IMG : Ok.

MG : Moi je suis plus, euh... j' suis généraliste mais vraiment généraliste.

IMG : D'accord. Donc est-ce que vous interrogez les femmes sur leur suivi gynéco ?

MG : Ah tout à fait, il n'empêche pas, hein donc euh, ça je leur demande s'il y a longtemps qu'elles ont vu soit leur gynécologue, soit si elles ont fait un frottis, sinon ben moi je les encourage à revoir leur gynéco ou, je leur prescris un frottis au laboratoire, hein.

IMG : Ok.

MG : Non, non, je ne les laisse pas dans la nature.

IMG : Ok, donc vous vous intéressez à leur dépistage, mais vous, le geste, ça vous intéresse pas.

MG : Voilà, tout à fait.

IMG : D'accord, et donc pourquoi il ne vous intéresse pas ce geste ?

MG : C'est comme la choucroute, pourquoi on aime ou on aime pas...

IMG : D'accord, ouais,

MG : C'est une question de goût c'est tout hein,

IMG : Est-ce que vous pensez que c'est difficile d'en faire en médecine générale ?

MG : Non. Je pense que y a certains confrères qui, chez qui ça intéresse et puis qui sont tout à fait aptes et qui arrivent à gérer le temps, j'l'espère pour eux, pour en faire.

IMG : Oui.

MG : C'qui serait plus grave c'est de vouloir en faire et n' pas pouvoir en faire !

IMG : Ouais.

MG : Ca serait moche pour eux parce que si ça les intéresse, autant le faire !

IMG : Et vis à vis des femmes est-ce que vous observez une réticence quand vous leur parlez ?

MG : Ben, je crois qu'il n'y a pas de demande.

IMG : Ouais ?

MG : Tout au moins moi, je me suis aperçu que bon ben, non y'a pas demande, elles trouvent ça naturel que je leur parle de leur gynéco ; qu'on fasse des frottis, je sais pas comment ça serait perçu mais bon on n'sait pas hein. Ceci dit j'ai des grandes relations de confiance avec mes patientes donc euh... j'pense que ça pourrait se faire puisque au moment d'un examen tout se passe bien, il n'y a pas de souci hein ?

IMG : Oui.

MG : Je ne sais pas, je sais pas du tout leur réaction. Mais il n'y a pas de demande il y a, limite, j'ai jamais quelqu'un qui m'a dit, ben « vous me faites un frottis ? » ou bien « est ce que je le fais chez vous ? », non j'ai jamais eu cette demande.

IMG : Et est-ce que quand vous abordez le sujet du frottis, vous voyez qu'elles sont réticentes euh quand vous abordez ?

MG : Euh... à un certain âge, les femmes plus âgées. Plus âgées euh mais vraiment âgées, je pense au delà de 70 ans, parce que nos femmes de 60- 65 ans se sont des jeunes femmes des années 68 qui sont libérées qui connaissent ça, qui ont connu la pilule ça va, mais au delà c'est euh, c'est tabou encore.

IMG : D'accord, ok. Donc vous avez remarqué une différence entre les âges ?

MG : Oui, tout à fait, mais je pense que c'est une chose qui va s'estomper avec la disparition de nos grand-mères entre guillemets.

IMG : Ok et chez les jeunes, il n'y a pas de souci ?

MG : Il n'y a pas de souci particulier mais une certaine euh insouciance. C'est-à-dire qu'il faut les rappeler à l'ordre un petit peu. Parce que elles, elles s'imaginent bon on prend la pilule, c'est comme si il y avait un distributeur quoi, les examens, ça ne les intéresse pas.

IMG : Ok.

MG : Par contre j'ai eu une réflexion d'une dame récemment, d'une jeune femme qui avait quoi 25 ans, qui a dit que je ne sais plus si c'était son gynéco ou le laboratoire, qui lui aurait dit « ah ben non vous êtes trop jeune, vous avez pas de risque c'est pas la peine de venir euh venait beaucoup plus tard ! »

IMG : Avant 25 ans ou après 25 ans ?

MG : Avant 25 ans.

IMG : Parce que c'est vrai que dans les recommandations c'est marqué euh à commencer à partir de 25 ans, euh après 25 ans le premier frottis, voilà donc euh...

MG : Mais d'un autre côté en ce moment je me méfie beaucoup parce que il y a une intrication assez importante entre tout ce qui est recommandations purement médicales et ce qui est problèmes financiers.

IMG : Hum...

MG : On voit que de plus en plus on essaye de limiter certains dépistages à cause de ça parce d'un problème financier que voilà ça coûte cher et puis voilà. Je trouve ça dommage.

IMG : Hum... Après, je pense qu'ils essaient de faire la balance bénéfices/risques quand même...

MG : Oui, tout à fait. Je pense que si une femme est à risque, soit elle-même, soit dans sa famille, je pense qu'il faut passer outre hein.

IMG : Et donc euh, en fait on sait que, dans les chiffres, on sait qu'il y a 40% des femmes qui ne sont pas dépistées, soit en ville soit chez le gynéco en global, qu'est-ce qui à votre avis dérange les femmes ? Ou pourquoi elles ne se font pas dépister ?

MG : Je pense euh y'en a... ça dépend vous savez, tout examen fait peur, on est content de l'avoir fait quand on a des bonnes euh des bons résultats mais on a peur de passer un examen vous savez euh « ah ben, euh... ». Surtout je pense à un certain âge. Après, les plus jeunes, il y a une certaine insouciance « pff ça ne va pas nous arriver, c'est pas pour nous euh ». Ensuite, vous avez les personnes qui ont une vie très active et qui n'ont pas le temps. Et le temps passe vite euh ... Il y a longtemps que vous avez... ah ben oui y'a ... elles savent plus ah ben oui il y a déjà plus de 2 ans, elles sont étonnées... euh le temps passe vite ...

IMG : C'est ça pour vous qui...

MG : Il y a ça et puis je vous dit euh la peur du résultat. Avec tout ce qu'on entend, il y a ça, le cancer du sein euh... Tout ce qui est dépistage ça fait peur.

IMG : Est-ce que vous avez remarqué une différence dans les catégories socioprofessionnelles ou pas du tout ? Est-ce que comme par exemple pour l'âge, les plus âgées sont plus réticentes... est ce qu'il y a une différence euh... ?

MG : Ben disons que, on va dire que ici j'ai beaucoup de classes euh... défavorisées et certaines euh classes moyennes, euh plus haut j'en ai pas, hein, c'est pas le quartier. Donc, on va dire que la classe défavorisée, ben pour euh il n'y pense pas d'trop, ou alors faudrait que ça soit fait au planning familial, des choses comme ça. C'est une question de coût, ils ont peur du coût, ils doivent se déplacer... Les autres dames sont plus motivées, parce qu'elles lisent, elles écoutent ce qu'on leur dit.

IMG : D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on en parle assez du dépistage du cancer du col ? du frottis ?

MG : Ah oui tout à fait, mais je crois qu'il arrive un moment il y a un blocage. Euh, c'est un peu malheureusement comme le tabac, on s'est aperçu que maintenant on en parle sans arrêt et il y a même au contraire une régression, que les jeunes passent outre. Je pense que trop de médecine tue la médecine. On est assailli, aussi bien sur les ondes qu'à la télé, on... , y se passe pas un moment sans qu'il y ait un moment une publicité plus ou moins en rapport avec la médecine. Est-ce qu'il y a pas un ras le bol ?

IMG : Ils en ont marre ? Donc sinon, par exemple, pour vous, c'est vraiment un manque d'intérêt euh pour le frottis ?

MG : Pour le geste, oui pour le geste.

IMG : Vous savez si les médecins aux alentours, euh... ils en font plus ou... ?

MG : Je sais pas vous savez, on n'a pas beaucoup de rapports entre nous. Peut-être que les dames, elles en font plus ?

IMG : Vous pensez qu'il y a un rapport...

MG : Elles se sentent peut-être plus concernées ? Je sais pas, c'est qu'une hypothèse hein, j'en sais pas plus. En fait, à la limite, c'est vous qui aurez plus de réponses que moi !

IMG : D'accord. C'est vrai que, en général, euh... les médecins hommes donnent comme argument par rapport à une femme, peut-être qu'il y a plus de gêne, enfin qu'ils pensent que les femmes sont peut-être plus gênées.

MG : Oui, oui et non. Parce que je vois qu'il y a certaines dames qui préfèrent un gynéco homme ou que ce soit fait par un homme

IMG : D'accord, elles vous le disent ça ?

MG : Oui oui oui ! Parce qu'elles se disent ils sont plus doux, et c'est un peu logique puisque on ne sait pas ce qu'on fait, on ne peut pas ressentir ce geste alors qu'entre femmes elles se font pas de cadeau vous dites c'est rien moi je sais ce que c'est euh... Vous voyez ?

IMG : Oui dans ce sens oui. Euh, est-ce que on propose, vous recevez des propositions de formations sur le frottis euh... ?

MG : Oui oui tout à fait, hum...

IMG : Donc ça, il y a des propositions ?

MG : Hum....

IMG : D'accord, ok. Bon. Et donc, est-ce qu'il y en a qui vous refuse d'aller voir le gynéco ? Qui disent « ah non moi je ne veux pas ! » ?

MG : Ah ben oui il y en a certaines oui, d'un certain âge déjà.

IMG : Plus d'un certain âge ?

MG : Plus d'un certain âge. Qui d'ailleurs on a beaucoup de mal à les examiner ne serait-ce que pour écouter leur cœur ou quelque chose comme ça, il faut un peu louvoyer parce que elles vont pas euh, elles viennent la pour faire une demande point. Je pense qu'elles se cachent, elles se cachent de la vérité quoi, elles veulent pas savoir !

IMG : D'accord. Et c'est pour ça qu'elles refusent l'examen ?

MG : Voilà, tout à fait !

IMG : Ok bon. Alors je vais vous montrer un petit outil, c'est un outil que les femmes recevraient chez elles un peu comme l'hémocult, dans une boîte donc euh.. c'est comme un tampon avec de l'eau et une petite gâchette, donc les femmes l'introduiraient dans le vagin, comme un tampon, elles appuient sur la gâchette, l'eau se libère et en relâchant la gâchette, l'eau est ré aspirée dans le dispositif.

MG : C'est un prélèvement comme ça euh tout simple ?

IMG : Et après euh elles mettent l'eau dans le pot et le donne au laboratoire.

MG : Ouais ça peut être sympa, l'idée est bonne.

IMG : Et en fait, au lieu d'analyser les cellules, comme un frottis parce que quand on fait un frottis c'est des cellules qu'on analyse et si elles sont malignes alors on fait le test HPV et puis ...alors là, on commence d'abord par le test HPV, comme c'est un liquide on ne prélève pas de cellule, et si le test HPV est positif, alors il faut faire un frottis conventionnel pour voir s'il y a cancer ou pas.

MG : Hum....

IMG : Donc euh qu'est-ce que vous en pensez de ça ?

MG : Ben euh l'idée est bonne mais faut voir, où ça va tomber ?

IMG : C'est-à-dire ?

MG : Ben faut voir un peu, il y a le milieu qui va jouer aussi hein, à mon avis ça va être bien mais on va retrouver des choses un peu bizarres ! (rires)

IMG : Dans les pots vous pensez ? (rires)

MG : Oui je pense que ça va être curieux mais ça peut être marrant ! (rires)

IMG : Vous pensez qu'il y aura une différence entre ...

MG : Ce serait intéressant de faire des échantillons à la fois socioéconomiques et des prélèvements, de voir un peu...

IMG : Ce qu'on récupère ?

MG : Oui ce qu'on récupère. Vous pensez qu'il y a des dames qui ne vont pas le mettre au bon endroit ?

MG : Entre autre. ça peut jouer mais il y en a aussi qui ne se lave pas souvent souvent hein mais bon maintenant est ce que ça va les intéresser? Mais l'idée est bonne parce que c'est d'une simplicité.

IMG : D'accord.

MG : Ca serait une bonne chose.

IMG : D'accord, du coup, quels obstacles euh... on pourrait lever ? Par exemple sur les obstacles que vous avez dit avant, pourquoi les femmes ne se font pas dépister ?

MG : Ben disons que celles qui ne le font pas parce qu'elles ont peur du résultat, elles ne le feront toujours pas.

IMG : Ouais.

MG : On aura plus de chance pour les dames actives qui n'ont pas le temps, donc là je pense qu'on est gagnant. On va quand même récupérer pas mal de population c'est une bonne chose. Et puis celles qui sont un petit peu tête en l'air oui ça peut être intéressant.

IMG : Est-ce que vous pensez que si on leur envoie directement par la poste, les femmes qui ont peur du résultat elles le feront quand même pas, elles mettront ça de côté ?

MG : Ben disons, qu'il y en a qui seront vraiment décidées et qui ne le feront pas et il y en a d'autres ça va être un casse tête elles vont dire « j'y vais, j'y vais pas ». Non, mais je pense que c'est une bonne chose, on a des chances d'avoir plus de dépistage.

IMG : D'accord. Et qu'est-ce qui pourrait poser problème alors avec ce protocole ? Donc de pas dépister tout le monde, celles qui ne veulent pas le faire, elles le feront toujours pas ?

MG : Ben ça elles le feront pas de toute façon !

IMG : Donc qu'est-ce qui pourrait poser problème ?

MG : Non ben... je vous ai dit euh... pas de problème si ce n'est voir dans un premier temps les échantillons si c'est fiable, si les prélèvements sont fiables si on peut en faire quelque chose si... ?

IMG : D'accord.

MG : Si c'est pas trop euh... tout et n'importe quoi !

IMG : D'accord, en fait euh... ça, ça a été étudié en Hollande et dans quelques pays du sud, l'Italie je pense, et il y avait une très bonne réponse euh... des hollandaises.

MG : Oui mais bon je pense qu'on peut plus se fier à la réponse des italiens.

IMG : D'accord, parce que ça se rapproche plus ?

MG : Ca se rapproche plus de la mentalité française qui est un peu bordélique (*rires*). J pense qu'on peut plus se rapprocher de ça, bon, sachant que nous on est dans le nord on a plus nous un petit peu plus la mentalité nordiste. Là aussi ce serait intéressant de faire en fonction des départements.

MG : Les résultats, le nombre de résultats, la qualité.

IMG : Vous pensez qu'il y aurait une différence euh ?

MG : Nord/Sud, ouais !

IMG : D'accord.

MG : Mais bon, les hollandaises euh... sont des dames très structurées euh... ça doit bien se passer à mon avis.

IMG : Ouais euh oui ça c'était très bien passé. C'est vrai qu'il y avait une réponse euh... je ne me souviens plus exactement mais je pense qu'il y avait eu 70% de réponses il me semble.

MG : Hum..., euh... tout à fait mais ça, ça ne m'étonne pas !

IMG : D'accord. Bon je regarde, si on a fait un petit peu le tour. A votre avis, quelles femmes seraient plus intéressées par ce dépistage ? Par ce dispositif ?

MG : Je vous l'ai dit, je pense que dans les premiers essais, il faut l'envoyer à tout le monde, au départ, faut pas, faut pas d'emblée dire ben je l'envoie pas à untel, untel. Non, faut l'envoyer à tout le monde et c'est au retour que vous pourrez en tirer des conclusions.

IMG : D'accord, ok, donc je crois qu'on a fait un petit peu le tour des questions que je voulais vous poser, bon ben voilà.

Annexe n°8 : Verbatim Entretien P14

L'entretien a lieu le 16/03/2012. La patiente a 50 ans, elle est mariée et a 3 enfants. Elle est employée et a un niveau d'étude de l'ordre du primaire/Certificat d'études. Elle habite Ronchin, banlieue urbaine, en zone médicalisée. Elle a déjà consulté un gynécologue mais il y a plus de 5 ans. Son dernier frottis cervico-utérin date d'il y a plus de 5 ans également et avait été fait au laboratoire. Elle ne signale pas de problème de santé d'ordre gynécologique. L'entretien se déroule chez la patiente dans son salon, dans une ambiance détendue, il dure 15min30.

IMG : Bonjour, donc je viens vous interviewer parce que j'ai vu que sur le questionnaire vous n'aviez pas fait votre frottis depuis un moment.

P : Avant je le faisais au laboratoire mais maintenant ils le font plus au laboratoire, et j'ai pas de gynécologue euh...

IMG : D'accord donc ce qui vous empêche de le faire pour vous c'est parce qu'il y a pas de gynéco ?

P : ben oui euh, maintenant faudrait qu'j'en trouve un.

IMG : D'accord. Est ce que vous savez si votre médecin traitant il peut en faire ou pas ?

P : Euh, j'sais qu'il m'en a déjà fait.

IMG : Ouais d'accord, donc le médecin traitant peut en faire après tous ne le font pas euh ça dépend des médecins

P : Ben lui il préfère envoyé au spécialiste en gynécologie.

IMG : D'accord. Et pourquoi vous prenez pas rendez vous avec un gynéco ?

P : Pff ; c'est la flemme. C'est moi, j'traîne beaucoup pour ça.

IMG : Ouais ?

P : Ouais !

IMG : Il y a quelque chose qui vous embête ?

P : Oui j'aime pas tout ça. Les visites euh.... J'aime pas trop.

IMG : De gynéco ?

P : Ouais. Mais bon il faut y aller quand même.

IMG : D'accord.

P : Pourtant je fais tout hein. J'ai fais euh la mammographie tout ce que j'ai reçu j'ai fait les examens.

IMG : Quand vous recevez pas euh vous n'y allez pas ?

P : Ah si euh il l'avait fait d'office mon médecin quand j'avais 38, il me l'avait fait. Après j'ai reçu le courrier je l'avais fait.

IMG : La mammographie ?

P : Oui, je l'ai fait y a pas longtemps là.

IMG : Et au niveau du frottis si vous receviez un courrier vous iriez ou ?

P : Ben faudrait que j'y aille quand même !

IMG : Ouais. Et qu'est ce qui vous embête dans l'examen ?

P : (rires) Je sais pas, j'aime pas.

IMG : C'est quoi c'est ? Qu'est ce que vous aimez pas ?

P : J'sais pas euh, peut être j'suis fort pudique c'est ça aussi ?

IMG : Ouais.

P : Il y a beaucoup de ça je suis fort euh...

IMG : D'accord.

P : C'est gênant c'est ça aussi. C'est gênant, ça m'gêne beaucoup.

IMG : D'accord c'est parce que c'est gênant l'examen ?

P : Ouais.

IMG : D'accord. Est ce qu'il y a d'autres raisons ?

P : Non, ben non. Non j'ai déjà tout fait, j'ai même eu des problèmes euh d'intestin et puis que j'avais rien. J'ai tout fait les examens, coloscopie, tout ça. J'ai tout fait.

IMG : Et ça vous avez fait ? Ca ne vous a pas dérangé ?

P : Ben il fallait bien le faire, j'avais tellement mal que ! J'avais mal ici, j'avais tellement mal que j'étais obligé d'y aller.

IMG : Et la comme vous avez pas mal euh ?

P : Finalement c'était pas les intestins c'était le dos, la douleur ici.

IMG : D'accord. Et là la gynéco, comme vous ressentez rien peut être euh ?

P : Ben faudrait que j'y vais quand même. Ca fait déjà une paire d'années que j'y suis pas été. J'suis quand même décidée à y aller.

IMG : Ouais ? Vous savais c'est pour quoi faire ?

P : Comment ?

IMG : Vous savez à quoi ça sert le frottis ?

P : Ben c'est pour le cancer du colon euh.

IMG : Du col de l'utérus.

P : Euh du colon.

IMG : Colon c'est la coloscopie.

P : Ah en plus j'ai dis une bêtise.

IMG : Non c'est pas grave, je pourrai l'enlever si vous voulez (rires)

P : Vaut mieux ! (rires)

IMG : D'accord donc euh oui c'est pour dépister le cancer du col de l'utérus. Et vraiment si vous deviez dire une raison pour lequel vous ne faites pas l'examen.

P : ben non c'est pour ça, j'traîne beaucoup. Et puis j'ai jamais le temps, le travail, avec les enfants, je cours beaucoup, hein.

IMG : Est ce que si euh on vous dit ben voilà la vous avez rendez vous tel jour est ce que vous iriez ?

P : Ah ben si la quand même.

IMG : Est ce que c'est plus dans la démarche de prendre le rendez vous ?

P : Ben c'est plus dans trouver l'endroit. Ou c'est que j'pourrai aller.

IMG : D'accord trouver l'endroit, ça c'est difficile.

P : Ouais. Sur le laboratoire ça allait vite hein. Je faisais ma prise de sang et je demandais en même temps pour le frottis et

IMG : Et maintenant ils ne font plus ?

P : Ben non ils ont plus le droit !

IMG : Ah bon. Ok. Vous en parlez un petit peu dans votre entourage, du frottis tout ça ?

P : Non, non.

IMG : Non, vous savez pas si vos amies elles sont dépistées ?

P : Ah si, si. A mon travail ils l'font tous.

IMG : Ils l'font tous ok. Vous avez des enfants ? Des filles ?

P : Oui, et ma fille aussi elle doit le faire !

IMG : Elle à quel âge ?

P : 32 ans.

IMG : D'accord. Et vous en parlez un petit peu avec elle ?

P : Elle a le papier aussi, on a le papier !

IMG : Pour le frottis ? L'ordonnance ?

P : Oui on a tous les 2 l'ordonnance mais on a du mal à se décider à y aller. Elle aussi elle traîne.

IMG : D'accord, ok et ça marche. Donc c'est vraiment parce que y a pas d'endroit où vous pouvez y aller et parce que l'examen il est gênant ? c'est ça ?

P : Ouais.

IMG : D'accord, j'ai un autre euh procédé à vous montrer. Donc en fait ça ça a été étudié en Hollande. D'accord ? Le principe c'est un autoprélèvement. D'accord ? Ca veut dire que les femmes elles recevraient ça par la poste donc un tube comme ça. Avec du liquide à l'intérieur. On l'introduit dans le vagin comme un tampon. En appuyant le liquide sort et quand on relâche le liquide il est ré aspiré.

P : Ah ouais.

IMG : Et du coup ça dépiste les cellules euh HPV, le virus qui déclenche le cancer. Et après si c'est positif, il faut quand même aller faire le frottis normal. Si c'est négatif par contre on en fait pas. Qu'est ce que vous pensez de ce système ?

P : Bon c'est bien ouais.

IMG : Qu'est ce qui est bien ?

P : Ben autant aller faire un frottis direct, et puis être tranquille.

IMG : Et pourquoi alors vous préféreriez faire le frottis plutôt que ça ?

P : Ben pff, mouais. C'est nouveau ça ?

IMG : C'est pas sorti en France ça. En Hollande oui, mais pas en France.

P : Est ce que c'est fiable ?

IMG : Est ce que c'est fiable ? Oui c'est fiable.

P : Ah ouais ?

IMG : Oui c'est fiable. Alors le problème, enfin c'est pas un problème mais ça veut dire qu'il y a beaucoup de positifs qui devront aller faire un frottis, et finalement qu'il n'y a pas de cancer derrière.

P : Ben je préfère faire direct euh le frottis que...

IMG : Pourquoi ?

P : Ben si j'vois qu'il y a un... ça va me contrarier. S'il y a un doute ou que... ah non, je préfère faire un frottis.

IMG : Pour être sûre du résultat tout de suite ? Et pas avoir un doute ?

P : Un doute et puis après être contrariée, surtout moi.

IMG : D'accord, si c'est positif alors quand faite il y a rien...

P : Oui c'est ça, si y est marqué positif alors là je serai affolée.

IMG : D'accord. Même si en fait ça veut pas dire qu'il y a cancer ?

P : Ben oui.

IMG : Et le fait de recevoir ça par la poste ?

P : Pfff (rires).

IMG : Un peu comme l'Hemocult©. Vous connaissez l'Hemocult©? Oui il faut mettre euh. Vous avez quel âge ?

P : 50.

IMG : Vous devriez bientôt le recevoir, c'est des petites poches où on doit mettre ses selles.

P : Ah si si mais comme j'ai fait les examens du colon.

IMG : Ah oui vous c'est différent.

P : Du colon, que j'me trompe pas. J'avais fait tous les examens donc je m'étais dit je vais pas le faire vu que tout était normal.

IMG : Ouais ouais. Donc recevoir ça par la poste en fait ? Vous pensez quoi ?

P : Pfff.

IMG : Est ce que pour vous ça va faire que les femmes elles vont plus faire leur frottis ou pas ?

P : Ah y en a surement hein ?

IMG : Et vous non ?

P : Ben moi j'préfère aller chez le gynéco.

IMG : Mais vous allez pas au gynéco ?

P : (rires) Ah ouais c'est sur. Mais faut qu'j'ai une adresse et je vais y aller.

IMG : D'accord. Et qu'est ce qui vous dérange alors à part la peur que ce soit ...

P : Ben c'est contrariant quand même quand euh. Quelques fois qui serait marqué positif et qui faut qu'on attende le rendez vous de l'autre côté le temps qu'on attend.

IMG : Mouais, c'est ça qui vous embête le plus ?

P : Ah ouais, ouais.

IMG : Est ce qu'il y a quelque chose que vous trouvez bien dans ce procédé ?

P : Ben c'est bien ça dépend pour les gens quoi.

IMG : Pourquoi c'est difficile à ?

P : Ben ouais si on voit qu'il est marqué positif et puis euh... C'est affolant quoi.

IMG : Et en dehors des résultats, l'outil en lui même ? Est ce que vous trouvez qu'il est bien ou non ?

P : Ah ouais quand même ouais.

IMG : Ou c'est difficile à utiliser ou ?

P : Non ça va, ça a l'air bien ça va.

IMG : Est ce que le fait de faire l'examen vous même c'est embêtant ?

P : Ben non ouais c'est ?

IMG : Est ce que vous trouvez que pour vous ? Si on vous donne ça, ça vous paraît facile à faire ?

P : Ben moi ça me paraît facile à faire mais c'est pour les résultats.

IMG : Ca ne vous embête pas de mettre ça comme un tampon, et tout ça ?

P : Non, non.

IMG : D'accord. C'est surtout pour les résultats le problème.

P : Si c'est pas sûr à 100% et qui est écrit qu'il est positif, c'est embêtant quand même quand il faut attendre euh d'un autre côté.

IMG : D'accord, avec les délais des autres rendez vous ?

P : Ouais.

IMG : D'accord ok. Mais vous ne trouvez pas mieux de faire ça ? Parce que si vous n'allez pas chez le gynéco ? C'est parce que là vous êtes dans une optique où « je vais prendre mon rendez vous » peut être ?

P : De toutes façon, il faut que je le fasse. Je suis obligée de le faire.

IMG : D'accord. Ok. Sinon vous ne voyez pas d'autre raison à ce que vous ou les autres femmes ne fassent pas leur frottis ?

P : Ben si j'sais que mes collègues, elles vont régulièrement.

IMG : Et celles qui ne le font pas vous ne savez pas pourquoi, à votre avis ?

P : Ben pour l'instant euh ma fille c'est parce qu'elle y pense même pas.

IMG : Ouais.

P : Ouais elle y pense même pas.

IMG : Et vous à part l'adresse il n'y a pas autre chose qui vous embête à faire cet examen ?

P : Ben de toutes façon, quand on passe les visites pour les grossesses hein c'est pareil. Fallait faire les visites. C'est parce que c'est la flemme aussi d'y aller de... Puis on est pris par le travail, les enfants et on y pense plus après.

IMG : D'accord ok. Ca marche. Vous voyez d'autres choses à dire sur ce qui est embêtant pour l'examen gynéco ?

P : Ben non.

IMG : Vous étiez suivi pendant les grossesses ? Et ça fait combien de temps ? Et après vous avez été suivi régulièrement ?

P : Ben après non.

IMG : Non dès qu'il n'y a plus eu de grossesse après c'était, euh vous avez abandonné le suivi ?

P : Si j'ai fais par le laboratoire, mais après quand ils ont plus fait euh j'ai trainé quoi j'ai pas trouvé ailleurs.

IMG : D'accord ok.

P : Mais c'est de ma faute euh j'traine aussi. Pourtant mon médecin il fait le...

IMG : L'ordonnance ?

P : Ouais.

IMG : Bon ben ça marche. Merci Madame.

AUTEUR : NESSLANY Pamela

Date de soutenance : 12 juin 2012

Titre de la thèse : Intérêt de l'autoprélèvement vaginal pour améliorer la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus : étude qualitative chez les médecins généralistes et les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais

Thèse, Médecine, Lille

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : frottis cervico-utérin, patientes, médecine générale, obstacles, auto-prélèvement vaginal

Résumé :

Contexte : En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est opportuniste, en dehors d'un dépistage organisé qui se met en place dans 13 départements. La recommandation est d'effectuer un frottis cervico-utérin tous les 3 ans, après 2 frottis annuels initiaux, chez toutes les femmes entre 25 et 65 ans. Le taux de couverture est insuffisant (56,6 %). Environ 5 % des frottis sont réalisés par des médecins généralistes. La plupart des obstacles à la réalisation du frottis tant chez les femmes que chez les médecins ont été identifiés.

L'objectif est d'estimer si l'introduction de l'auto-prélèvement comme nouveau comportement pourrait améliorer les taux de dépistage des cancers cervico-utérins en contournant les obstacles, tant du point de vue des médecins généralistes que du point de vue des femmes.

Méthode : Etude qualitative par analyse catégorielle. A l'issue d'entretiens individuels explorant les obstacles à la réalisation des frottis de dépistage chez des femmes recrutées dans les salles d'attentes et chez leurs médecins généralistes une présentation du matériel d'auto-prélèvement vaginal a été effectuée. La poursuite de l'entretien a porté sur l'exploration des premières réactions à cette présentation et des avantages et inconvénients qu'ils envisageaient pour cette technique. Après transcription des entretiens par l'intervieweuse, l'analyse catégorielle des verbatim a été réalisée indépendamment par 2 chercheuses différentes pour éviter les biais d'interprétation.

Résultat : Les principaux résultats étaient une première impression positive à la fois chez les médecins généralistes et les patientes. Ils ont apprécié les caractéristiques du test, facile, simple d'utilisation, pratique. L'avantage principal cité par les patientes était le fait que le test serait réalisé par elles-mêmes, sans la présence d'une tierce personne, dans le respect de leur pudeur et de leur disponibilité. Les médecins généralistes ont également souligné le fait qu'il respectait la pudeur des femmes et qu'il serait un argument supplémentaire dans la négociation pour la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Les patientes ont pour la plupart adhéré à cette technique et certaines seraient enclines à se faire dépister avec ce procédé. De même les médecins généralistes déclaraient que pour les femmes non dépistées, l'auto-prélèvement vaginal pouvait représenter une alternative.

Conclusion : L'auto-prélèvement vaginal est donc un test à envisager pour l'avenir. L'inclure dans un dépistage organisé en deuxième intention pour les femmes ne répondant pas au dépistage classique est une piste à étudier.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout (Directeur)

Monsieur le Docteur Benoît Savatier