

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

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

**PREVALENCE DES FEMMES NON DEPISTÉES
POUR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS
CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE
DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS**

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juin 2012

Par Eugénie FROMONT

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	23
INTRODUCTION	25
I- Contexte	25
I-1- Épidémiologie du cancer du col de l'utérus	25
I-2- Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus	27
I-2-1- L'infection à Human Papilloma Virus (HPV)	27
I-2-2- Les lésions précancéreuses	27
I-2-3- Les lésions cancéreuses	29
I-2-4- Facteurs favorisant la persistance de l'infection à HPV ou cofacteurs de l'évolution vers des lésions cancéreuses	29
I-2-5- Facteurs protecteurs de l'infection à HPV	29
I-3- Le frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage	29
I-3-1- Un test de référence	29
I-3-2- Le test HPV	30
I-3-3- Alternative au FCU : l'autoprélèvement vaginal	31
I-4- Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France	31
I-4-1- Un dépistage individuel	31
I-4-2. Un taux de couverture insuffisant	32
I-4-3- Le dépistage organisé	33
I-5- Les freins au dépistage	33
I-5-1- Du point de vue des médecins	33
I-5-2- Du point de vue des patientes	34
II- Objectifs de l'étude	36
MATERIELS ET METHODE	39
Un projet de recherche commun	39
I- Type d'étude	39
II- Population étudiée	39
II-1- Sélection des cabinets de médecine générale	39
II-2- Population cible	40
III- Le questionnaire (Annexe 1)	41

III-1- Première partie du questionnaire	41
III-2- Deuxième partie du questionnaire	45
III-3- Dernière question : acceptation d'un entretien	47
IV- Définition des populations	47
IV-1- Exclusion des questionnaires sans âge	47
IV-2- Population consultant en médecine générale	47
IV-3- Population cible	48
IV-4- Population « Dépistées »	48
IV-5- Population « Dépistées par le médecin généraliste »	49
IV-6- Population « Dépistées par un gynécologue »	49
IV-7- Population « Non dépistées »	50
V- Recueil des données	50
VI- Analyse des données	51
VI-1- Analyse descriptive	51
VI-2- Croisement des données	51
VI-3- Tests statistiques	52
VII- Biais attendus	52
VIII- Méthodologie de la recherche bibliographique	52
RESULTATS	55
I- Déroulement de l'étude	55
I-1- Période de l'étude	55
I-2- Participation des médecins généralistes	55
I-3- Participation des femmes	57
I-4- Difficultés rencontrées	58
I-5- Objectifs	58
II- Description des femmes consultant en médecine générale	61
III- Description des femmes dépistées consultant en médecine générale	74
IV- Description des femmes dépistées par un médecin généraliste consultant en médecine générale	84
V- Description des femmes dépistées par un gynécologue consultant en médecine générale	92

VI- Description des femmes non ou insuffisamment dépistées consultant en médecine générale	99
VII- Description des femmes dépistées au sein de la population cible	111
VIII- Description des femmes non ou insuffisamment dépistées au sein de la population cible	121
IX- Comparaison des femmes dépistées et non dépistées consultant en médecine générale	133
X- Comparaison des femmes dépistées par un médecin généraliste ou un gynécologue	141
XI- Comparaison des femmes dépistées et non dépistées au sein de la population cible	144
DISCUSSION	153
I-Résultat principal	153
II- Résultats secondaires	154
II-1- Répartition en fonction de l'âge	154
II-2- Facteurs favorisant le dépistage	154
II-2-1- Etre mariée ou en couple	154
II-2-2- Avoir des enfants	155
II-2-3- Etre professionnellement actif	155
II-2-4- Avoir un niveau d'étude élevé	155
II-2-5- Déjà avoir consulté un gynécologue	156
II-2-6- Habiter une commune rurale	156
II-3- Facteurs de non dépistage	156
II-3-1- Ne pas avoir fait d'études	156
II-3-2- Ne jamais avoir consulté de gynécologue	157
II-4- Réalisation du FCU par le médecin généraliste ou le gynécologue	157
III- Forces et faiblesses	159
IV-Nouvelles pistes de recherche	160
CONCLUSION	163
BIBLIOGRAPHIE	165
ANNEXES	169

ABREVIATIONS

HPV :	Human Papilloma 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
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
URPS-ML :	Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des soins
PRS :	Projet Régional de Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
SASPAS :	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
FLM :	Flandre-Lille-Métropole
L :	Littoral
AD :	Artois-Douaisis
HC :	Hainaut-Cambrais

INTRODUCTION

I- Contexte

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 termes d'incidence, et le 1^{er} cancer de la femme en termes 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 termes de taux d'incidence standardisé (7,1 cas pour 100 000 femmes en 2005) et de 12^{ème} en termes de taux de mortalité standardisé (1,9 décès pour 100 000 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].

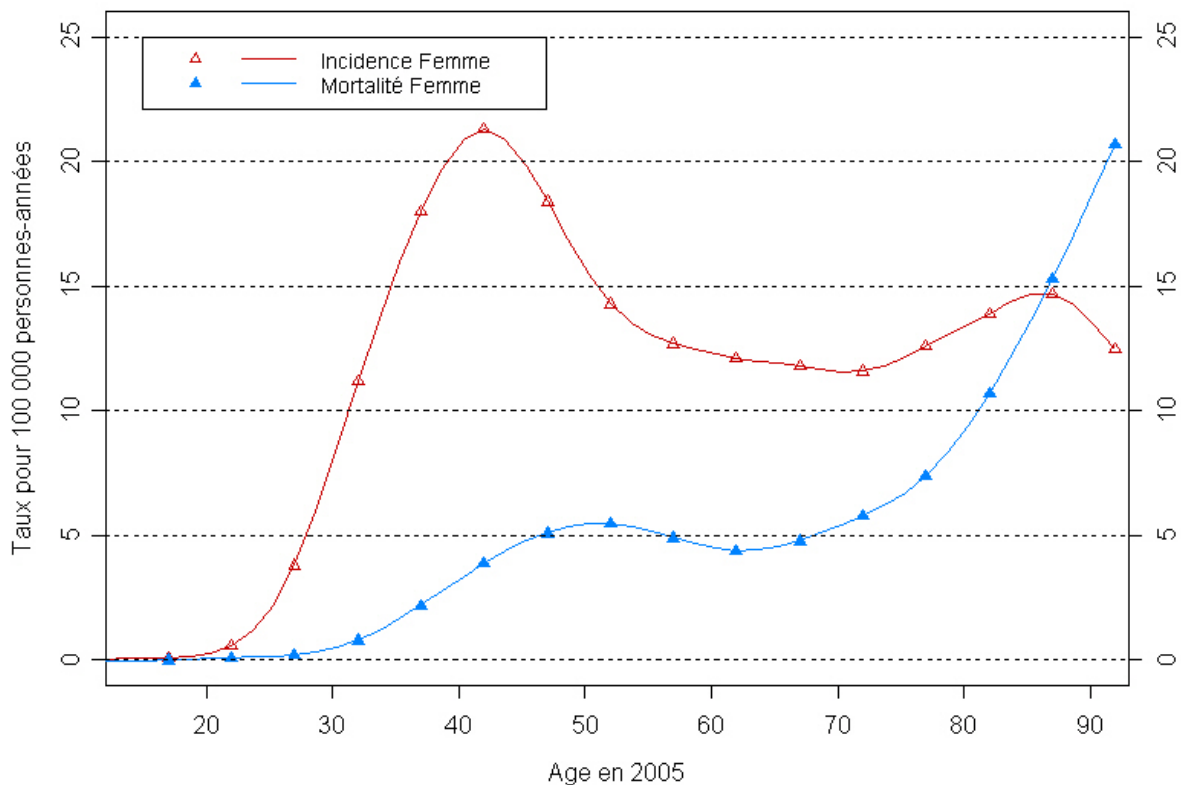


Figure n°1 : Incidence et mortalité par âge en 2005 [2]

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].

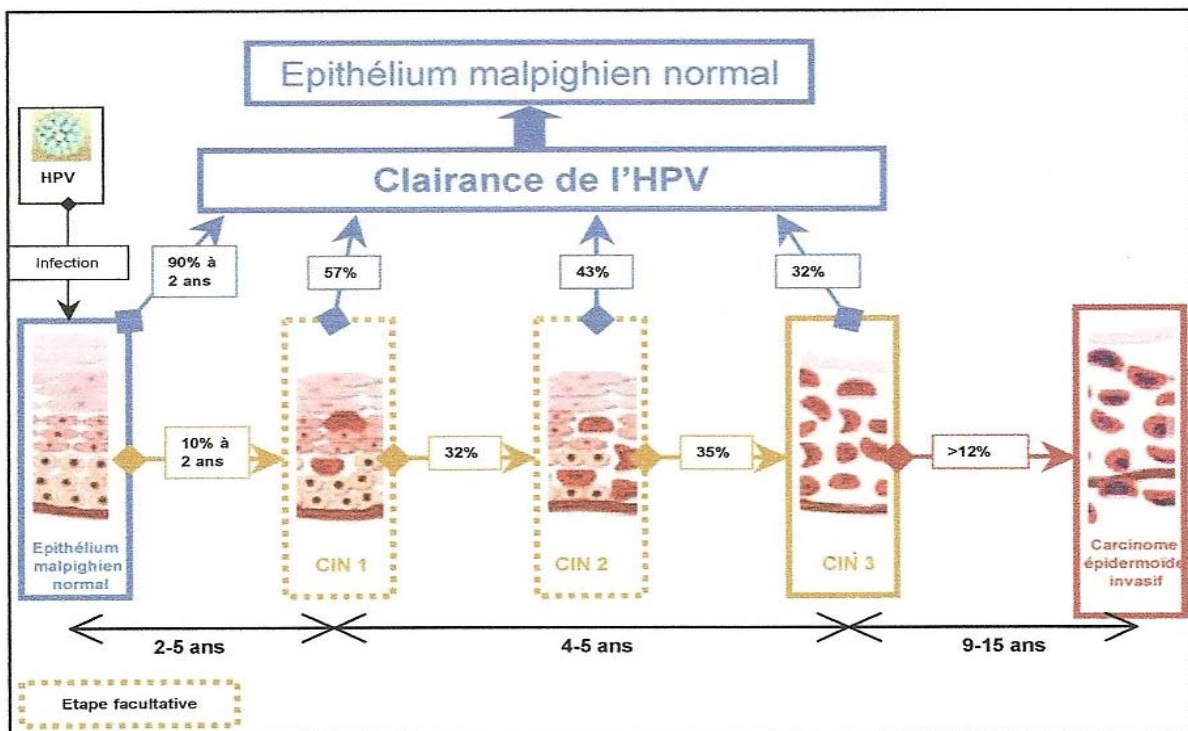


Figure n°2 : Histoire naturelle du cancer épidermoïde du col de l'utérus [1]

I-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

I-3-1- Un 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 FCU 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 interprétables 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 coût de la technique conventionnelle est inférieur au coût de la technique en phase liquide [12]. 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 [13].

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. La troisième partie peut apporter des recommandations et des précisions [14].

I-3-2- 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 [14].

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 [15].

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 [16].

La valeur prédictive négative du test HPV est évaluée entre à 99 et 100 % [17].

I-3-3- Alternative au FCU : l'autoprélèvement vaginal

Plusieurs études s'intéressent à l'autoprélèvement comme alternative au FCU pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [18] [19] [20].

L'intérêt des autoprélèvements repose sur leur association au test HPV.

En effet, les échantillons cervico-vaginaux obtenus par autoprélèvement ne se prêtent pas à un examen cytologique [17].

L'autoprélèvement par système de lavage du vagin supérieur et du col est particulièrement étudié dans les études récentes [18] [19] [20]. Différents modèles existent, par exemple : Mermaid, Delphi screener, Pantarhei-screener.

L'autoprélèvement est aussi sensible que le FCU réalisé par un médecin pour détecter un HPV de haut risque [20]. Sa sensibilité est de 90 % et sa spécificité de 88 % [21].

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 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 National 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 [14].

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 [14].

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 [14].

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) [14].

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 [15].

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 » [14].

I-4-3- 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 : International Agency for Research on Cancer) en 2005 ont indiqué que le dépistage organisé du cancer du col par FCU constituait un dépistage coût-efficace [14]. Il a également été recommandé en 2003 par le Conseil de l'Union européenne [14]. En France, le dépistage organisé a été recommandé par l'HAS [14].

Sept pays en Europe ont déjà mis en place des programmes de dépistage organisé au niveau national conformément à ces recommandations : Finlande, Royaume-Uni, Danemark, Suède, Islande, Pays-Bas, Norvège [4].

En France, le dépistage organisé est présent actuellement dans treize départements : Bas-Rhin et Haut-Rhin, Isère, Martinique, Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne. Les modalités d'organisation sont différentes d'un département à l'autre, une harmonisation est en cours. Une évaluation de ces initiatives a été réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a montré une augmentation de la couverture de dépistage chez les plus de 50 ans [1]. Dans deux départements (Indre-et-Loire et Ardennes), une expérimentation d'autoprélèvement serait à l'étude.

I-5- Les freins au dépistage

I-5-1- Du point de vue des médecins

Selon une récente étude [22], 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 hommes. 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 médecins généralistes 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.

I-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 [23].

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 %) [24].

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 [24].

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 [24].

88 % d'entre elles pensent que le gynécologue est plus compétent et maîtrise mieux ce domaine que le médecin généraliste [25].

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].

II- Objectifs de l'étude

Comme nous l'avons vu, le dépistage du cancer du col de l'utérus représente un enjeu de santé publique. Néanmoins, son taux de couverture est encore actuellement insuffisant [14] et les freins sont nombreux.

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prévention des cancers car il est le médecin de première ligne, référent des patients. A ce titre, la prévention des cancers fait partie de ses compétences (compétence numéro 7 : Collaborer à la réalisation d'objectifs de santé publique) [26].

Or, la pratique du FCU est peu répandue en médecine générale. En France, 87,8 % des FCU sont effectués par les gynécologues et 8,4 % chez le médecin généraliste [27].

En 2009, on comptait 20 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes de plus de 15 ans [9]. 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 [10]. Les FCU de dépistage devront donc progressivement être réalisés par d'autres professionnels de santé, dont les médecins généralistes.

Une des pistes d'amélioration de la couverture du dépistage du cancer du col utérin serait donc de remettre le médecin généraliste et les sages-femmes libérales en première ligne de ce dépistage. Le premier axe développé dans les recommandations de l'HAS de 2010 consiste à « s'appuyer sur les acteurs traditionnels du dépistage » [14].

Mais l'augmentation de l'implication des médecins généralistes suffira-t-elle à améliorer la couverture de dépistage ? Les médecins généralistes ont-ils vraiment accès aux patientes non dépistées ? Les patientes sous-dépistées se trouvent elles dans les cabinets de médecine générale ?

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la prévalence des femmes non dépistées consultant en médecine générale.

L'objectif secondaire était de connaître la proportion des patientes dépistées par les médecins généralistes et celle des patientes dépistées par les gynécologues parmi les femmes présentes dans les cabinets de médecine générale.

D'autre part, cette étude cherchait à caractériser les patientes dépistées et non dépistées selon différents facteurs sociologiques.

MATERIELS ET METHODE

Un projet de recherche commun

Cette étude s'intègre 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, Pamela NESSLANY, Charlotte SQUIMBRE et moi-même avons travaillé ensemble au recueil de données.

I- Type d'étude

Il s'agit d'une enquête épidémiologique observationnelle transversale au sein de la population féminine consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Cette étude de prévalence est fondée sur l'exploitation quantitative de questionnaires remis dans les salles d'attente des médecins généralistes inclus afin de repérer les femmes non dépistées et leur proposer un entretien.

II- Population étudiée

II-1- Sélection des cabinets de médecine générale

Cette enquête a été menée dans les salles d'attente de médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais.

52 médecins généralistes ont 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-Cambrais : 8 médecins généralistes
- Littoral : 10 médecins généralistes
- Métropole-Flandre intérieure : 19 médecins généralistes.

Les médecins généralistes ont été sollicités dans l'ordre de la liste de randomisation par territoire de santé. Ils ont été contactés par courrier puis par téléphone.

II-2- Population cible

II-2-1- Patientes présentes dans les salles d'attente des médecins généralistes randomisés

Le questionnaire a été distribué à toutes les femmes majeures présentes dans les salles d'attente des médecins généralistes randomisés.

En cas de cabinet de groupe avec une salle d'attente commune, les patientes n'ont pas été différenciées.

Une statisticienne a déterminé le nombre nécessaire de questionnaires à distribuer afin d'obtenir des données représentatives.

L'objectif était de 250 questionnaires dont 200 patientes d'âge compris entre 25 et 65 ans et 30 patientes éligibles à un entretien.

II-2-2- Patientes hors randomisation

Dans le cas où l'objectif des 30 patientes éligibles à un entretien ne serait pas atteint, nous avons la possibilité de recruter des patientes en dehors des cabinets de médecins généralistes randomisés.

Ces patientes devaient être présentes dans un cabinet de médecine générale et devaient pouvoir être définies comme éligible à un entretien afin de participer aux deuxième et troisième parties de notre projet de recherche [28] [29].

Les critères d'éligibilité pour un entretien sont les suivants :

- Patientes âgées de 25 à 65 ans

Et

- Absence d'antécédent modifiant le dépistage (cancer du col utérin, dysplasie du col utérin, hystérectomie)

Et

- Absence de consultation chez un gynécologue

Et

- Absence de réalisation d'un FCU *ou* réalisation du dernier FCU depuis plus de 5 ans.

Ces questionnaires devaient permettre d'atteindre l'objectif des 30 questionnaires demandés par la statisticienne afin de pouvoir caractériser les patientes non dépistées.

III- Le questionnaire (Annexe 1)

Le questionnaire se présentait sous la forme d'une feuille recto-verso et comportait deux parties.

III-1- Première partie du questionnaire

La première partie du questionnaire avait pour but de caractériser les patientes.

Les différentes variables choisies étaient les suivantes :

III-1-1- La présence ou non dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel

Nous voulions savoir par cette question si les patientes consultant en médecine générale se trouvaient dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

III-1-2- La consultation à visée personnelle ou pour accompagner un proche

Le but de cette question était de savoir si les femmes présentes en salle d'attente de médecine générale venaient pour elles-mêmes ou pour accompagner un proche.

III-1-3- L'âge de la patiente

Cette question permettait de mettre en évidence les différences de dépistage en fonction de l'âge des patientes.

Nous avons choisi de répartir les patientes selon les tranches d'âge suivantes :

- 18 à 24 ans
- 25 à 34 ans
- 35 à 44 ans
- 45 à 54 ans
- 55 à 65 ans
- 66 ans et plus.

Les bornes de limite de dépistage étaient 25 et 65 ans inclus (en accord avec les recommandations de l'HAS [14]). Les premières et dernières tranches étaient donc en dehors de la cible de dépistage.

III-1-4- Le statut marital

Cette question, croisée avec celle relative au dépistage par FCU, permettait de vérifier s'il existait une différence dans la pratique du dépistage par FCU en fonction du statut marital.

III-1-5- Le nombre d'enfants

Cette question, croisée avec celle relative au dépistage par FCU, permettait de vérifier s'il existait une différence dans la pratique du dépistage par FCU en fonction du nombre d'enfant.

III-1-6- La profession

Cette question, croisée avec celle relative au dépistage par FCU, permettait de vérifier s'il existait une différence dans la pratique du dépistage par FCU en fonction de la profession.

Nous avons utilisé les catégories suivantes :

- Sans profession
- Etudiante
- Mère au foyer
- Employée
- Ouvrière

- Cadre
- Profession libérale, chef d'entreprise
- Artisan, commerçant
- Agricultrice, exploitante
- Au chômage
- Retraitée.

En cas de retraite, la profession antérieure était demandée et devait ensuite être reclassée dans les différentes catégories précédemment décrites.

Afin de disposer d'un nombre suffisant d'effectif par catégorie et permettre l'analyse statistique, nous avons secondairement introduit un amendement au protocole et choisi de regrouper les professions selon les catégories suivantes :

- Sans profession, étudiante, mère au foyer, au chômage
- Employée, ouvrière
- Artisan, commerçant, agricultrice, exploitante
- Cadre, profession libérale, chef d'entreprise
- Retraitée.

Nous avons décidé d'analyser à part les retraitées, posant l'hypothèse fondée sur la littérature [4] [23] que la retraite était un facteur de représentation de soi, qui va de pair avec la cessation du besoin de faire des FCU.

III-1-7- Le niveau d'étude

Cette question, croisée avec celle relative au dépistage par FCU, permettait de vérifier s'il existait une différence dans la pratique du dépistage par FCU en fonction du niveau d'étude.

Nous avons regroupé ces niveaux en quatre catégories :

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

III-1-8- La commune d'habitation

Cette question, croisée avec celle relative au dépistage par FCU, permettait de vérifier s'il existait une différence dans la pratique du dépistage par FCU en fonction de la commune d'habitation.

III-1-8-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

Les communes étaient classées en zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile.

Le groupe de travail du SROS (Schéma Régional d'Organisation des soins) a déterminé les zones fragiles et en difficulté en offre de soins de premier recours pour le Projet Régional de Santé (PRS).

Sont définies « zones en difficulté », les zones identifiées dans le cadre des travaux préparatoires du volet ambulatoire du SROS, comme des zones d'offre de soins de premier recours qui nécessitent d'être confortées sur le plan démographique (médical, paramédical) et sur lesquelles seront priorisées les actions régionales de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Ces zones correspondent à des espaces de projet et sont définies à partir de la méthodologie générale élaborée dans le cadre des travaux du groupe offre de soins de 1^{er} recours.

Sont définies « zones fragiles », les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues à l'article L.1434-7 du code de la santé publique.

Ces zones sont déterminées par l'ARS dans le cadre du volet ambulatoire du SROS (article R.1434-4 du code de santé publique). Conformément à la méthodologie proposée par le groupe de travail, les zones fragiles sont définies au sein des zones en difficulté.

La définition des zones fragiles est limitée par un cadrage national dont l'objectif est de tenir compte des inégalités de médecins entre les régions.

III-1-8-2- Commune rurale ou urbaine

Les communes étaient également classées en fonction du type de commune rurale ou urbaine à partir des bases de données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) sur le classement des communes de France de l'année 2010.

De plus, nous avons rattaché chaque commune à son unité urbaine. Les unités urbaines étaient classées en fonction de leur nombre d'habitants :

- unité urbaine de 2 000 à 9 999 habitants
- unité urbaine de 10 000 à 49 999 habitants
- unité urbaine de 50 000 à 199 999 habitants
- unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants.

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.

Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2 000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

III-2- Deuxième partie du questionnaire

La seconde partie du questionnaire s'intéressait au suivi gynécologique.

III-2-1- Consultation chez un gynécologue

Cette question avait pour but de sélectionner les patientes non dépistées éligibles à un entretien pour les deuxième et troisième parties du projet de recherche commun [28] [29].

La patiente était invitée à préciser la date de la dernière consultation chez un gynécologue :

- entre 1 et 3 ans
- entre 3 et 5 ans
- plus de 5 ans.

Les patientes éligibles à un entretien devaient ne jamais avoir consulté un gynécologue ou en avoir consulté un depuis plus de 5 ans. Nous avons estimé qu'une patiente ayant un suivi gynécologique de moins de 5 ans avait dû réaliser un FCU dans cet intervalle.

III-2-2- Problèmes de santé d'ordre gynécologique

Cette question permettait de classer les patientes en fonction de leurs antécédents :

- Antécédents modifiant le dépistage du cancer du col utérin : cancer du col utérin, dysplasie du col utérin, hystérectomie

Ou

- Antécédents ne modifiant pas le dépistage du cancer du col utérin (antécédent non précisés dans la première catégorie, exemple : mycoses, ovariectomie).

III-2-3- Réalisation du FCU

Cette question permettait de savoir si la patiente avait déjà réalisé un FCU, de quand datait son dernier FCU et par qui il avait été réalisé.

En cas de réponse « Ne sait pas » à la question « Avez-vous déjà réalisé un frottis ? », la patiente était considérée comme n'ayant jamais fait de FCU.

Les intervalles choisis permettaient de définir, en fonction de la recommandation française :

- entre 1 et 3 ans = patientes suffisamment dépistées
- entre 3 et 5 ans = patientes sous-dépistées
- plus de 5 ans = patientes non dépistées.

Les différents intervenants choisis étaient :

- le médecin généraliste
- le gynécologue
- le planning familial
- le laboratoire.

Une case « autre » a été rajoutée avec réponse libre. En effet, il existe d'autres moyens d'accès au prélèvement, par exemple : les centres d'examen de santé, les laboratoires d'analyse médicales, les sages femmes, les PMI, les structures d'accès aux soins des personnes défavorisées, les structures d'Anatomie et de Cytologie Pathologique équipées pour le prélèvement.

III-3- Dernière question : acceptation d'un entretien

La dernière question était utile en cas de patiente non dépistée éligible pour un entretien semi-dirigé entrant dans le cadre de la deuxième et la troisième partie du projet de recherche commun [28] [29].

Une question ouverte sur les raisons de refus éventuel d'un entretien terminait le questionnaire.

IV- Définition des populations

IV-1- Exclusion des questionnaires sans âge

Nous avons exclu de l'analyse des données les questionnaires ne mentionnant pas de réponse à la question « Quel âge avez-vous ? ».

IV-2- Population consultant en médecine générale

IV-2-1- Critère d'inclusion

Toutes les femmes majeures ayant répondu au questionnaire ont été incluses.

IV-2-2- Critère d'exclusion

Les questionnaires obtenus chez les médecins généralistes en dehors de la randomisation ont été exclus de l'analyse descriptive de la population consultant en médecine générale. Ils n'ont été exploités que pour l'analyse descriptive des patientes non dépistées au sein de la population cible et pour l'analyse factorielle au sein de la population cible pour lesquels l'aléa de recrutement n'entrait pas en ligne de compte.

IV-3- Population cible

IV-3-1- Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion définissant la population cible était :

- Age compris entre 25 et 65 ans.

IV-3-2- Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Questionnaires obtenus chez les médecins généralistes en dehors de la randomisation (hors analyse factorielle)

Ou

- Antécédents d'ordre gynécologique modifiant le dépistage : cancer du col utérin, dysplasie du col utérin, hystérectomie.

IV-4- Population « Dépistées »

IV-4-1- Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion définissant la population « Dépistées » était :

- Date du dernier FCU entre 1 et 3 ans.

Ce groupe comprenait donc les patientes dépistées et surdépistées.

IV-4-2- Critère d'exclusion

Le critère d'exclusion était :

- Antécédents d'ordre gynécologique modifiant le dépistage : cancer du col utérin, dysplasie du col utérin, hystérectomie.

IV-5- Population « Dépistées par le médecin généraliste »

IV-5-1- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion définissant la population « Dépistées par le médecin généraliste » étaient :

- Date du dernier FCU entre 1 et 3 ans

Et

- Dernier FCU réalisé par le médecin généraliste.

IV-5-2- Critères d'exclusion

Le critère d'exclusion était :

- Antécédents d'ordre gynécologique modifiant le dépistage : cancer du col utérin, dysplasie du col utérin, hystérectomie.

IV-6- Population « Dépistées par un gynécologue »

IV-6-1- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion définissant la population « Dépistées par un gynécologue » étaient :

- Date du dernier FCU entre 1 et 3 ans

Et

- Dernier FCU réalisé par un gynécologue.

IV-6-2- Critère d'exclusion

Le critère d'exclusion était :

- Antécédents d'ordre gynécologique modifiant le dépistage : cancer du col utérin, dysplasie du col utérin, hystérectomie.

IV-7- Population « Non dépistées »

IV-7-1- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion définissant le groupe « Non dépistées » étaient :

- Absence de réalisation de FCU

Ou

- Patiente ne sachant pas si elle a déjà réalisé un FCU

Ou

- Date du dernier FCU entre 3 et 5 ans

Ou

- Date du dernier FCU de plus de 5 ans.

Ce groupe comprenait donc les patientes non dépistées (jamais de FCU ou ne sait pas) et les patientes sous-dépistées (dernier FCU entre 3 et 5 ans ou de plus de 5 ans).

IV-7-2- Critère d'exclusion

Le critère d'exclusion était :

- Antécédents d'ordre gynécologique modifiant le dépistage : cancer du col utérin, dysplasie du col utérin, hystérectomie.

V- Recueil des données

Les questionnaires étaient remplis sur place, dans la salle d'attente, avant ou après le rendez-vous avec le médecin généraliste. Ils étaient remis à la personne menant l'enquête en salle d'attente, au médecin généraliste ou à la secrétaire. Dans les deux derniers cas, les questionnaires ont été récupérés quelques jours après ou renvoyés à l'aide d'une enveloppe timbrée.

Les données ont été saisies informatiquement sur le logiciel Microsoft® Office Excel® 2003.

VI- Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par Madame Valérie DEKEN, statisticienne du département statistique du CHU de Lille.

VI-1- Analyse descriptive

L'analyse comprenait dans un premier temps une description des différentes populations.

VI-1-1- Parmi la population consultant en médecine générale

- Description des femmes consultant en médecine générale.
- Description des femmes dépistées consultant en médecine générale.
- Description des femmes dépistées par un médecin généraliste consultant en médecine générale.
- Description des femmes dépistées par un gynécologue consultant en médecine générale.
- Description des femmes non dépistées consultant en médecine générale.

VI-1-2- Au sein de la population cible

- Description des femmes dépistées au sein de la population cible.
- Description des femmes non dépistées au sein de la population cible.

VI-2- Analyse factorielle

Dans un deuxième temps, nous avons pu croiser les données.

VI-2-1- Parmi la population consultant en médecine générale

- Comparaison des femmes dépistées et non dépistées consultant en médecine générale.
- Comparaison des femmes dépistées par un médecin généraliste ou un gynécologue.

VI-2-2- Au sein de la population cible

- Comparaison des femmes dépistées et non dépistées au sein de la population cible.

VI-3- Tests statistiques

Un minimum de 8 individus par groupe était nécessaire pour la validité des tests.

La comparaison des variables qualitatives ou binaires était réalisée par le test du Chi².

Si n du tableau de contingence était inférieur à 5, on utilisait le test d'exact de Fisher.

La comparaison des variables numériques était réalisée par le test de Student. Si n du tableau de contingence était inférieur à 30, on utilisait le test de U de Mann Whitney.

Les résultats étaient considérés comme statistiquement significatifs si la *p-value* était inférieure ou égale à 0,05.

VII- Biais attendus

Aucun biais autre que ceux de la méthode n'était attendu.

VIII- 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
- prévalence
- freins, obstacles
- facteurs socio-économiques
- inégalités

- autoprélèvement, auto-frottis.

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

- cervical cancer screening
- cervical cancer prevention
- primary care
- barriers
- socio economics factors
- inequalities
- self-collected pap-test
- human papilloma virus testing.

Ces listes de mots clefs ne sont pas exhaustives.

RESULTATS

I- DEROULEMENT DE L'ETUDE

I-1- Période de l'étude

La liste des médecins généralistes randomisés par l'URPS avait été obtenue en juillet 2011. La distribution des questionnaires avait débuté le 10 août 2011. Les derniers questionnaires avaient été réceptionnés le 4 avril 2012.

I-2- Participation des médecins généralistes

52 médecins généralistes avaient été randomisés par l'URPS. Ils étaient répartis selon quatre territoires de santé. On comptait 15 médecins généralistes en Artois-Douais, 8 en Hainaut-Cambrasis, 10 en Littoral et 19 en Métropole-Flandre intérieure.

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

Nous nous étions répartis les territoires de santé et avons essayé d'obtenir un nombre proportionnel de médecins généralistes dans chaque territoire.

Nous avons essayé de contacter 6 médecins généralistes en Artois-Douais, 4 en Hainaut-Cambrasis, 7 en Littoral et 15 en Métropole-Flandre intérieure.

Les médecins généralistes avaient d'abord reçu une lettre leur expliquant qu'ils allaient être contactés afin de participer à l'étude. Dans la semaine suivant l'envoi du courrier, nous les avons joints par téléphone afin de savoir s'ils acceptaient la distribution de questionnaires à leurs patientes en salle d'attente.

Au cours de l'étude, nous nous étions rendu compte que les courriers étaient très peu lus et la majorité des médecins généralistes se 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 avaient été contactés par courrier puis par téléphone. 14 médecins généralistes avaient été contactés uniquement par téléphone.

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

- Un médecin généraliste n'avait 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'avaient pas pu être joints malgré de multiples appels téléphoniques et messages laissés.

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

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

Un médecin généraliste avait accepté de participer à une partie du projet de recherche commun [30] mais avait refusé la distribution des questionnaires dans sa salle d'attente.

Un médecin généraliste avait accepté de faire remplir les questionnaires à ses patientes mais les avait renvoyés après la date butoir. Ces questionnaires n'ont pu être exploités ni être pris en compte dans les calculs réalisés par la statisticienne.

Au total, 19 médecins généralistes randomisés (59,37 %) ont participé à l'étude : 4 en Artois-Douais, 3 en Hainaut-Cambrais, 4 en Littoral et 8 en Métropole-Flandre intérieure.

Les questionnaires remplis chez les médecins généralistes hors randomisation avaient été recueillis chez 5 médecins généralistes. Il s'agissait de médecins généralistes

remplacés et d'un maître de stage dans le cadre d'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS).

Les questionnaires avaient été présentés et lus par les médecins généralistes avant leur distribution en salle d'attente.

5 médecins généralistes avaient accepté de distribuer les questionnaires eux-mêmes, ou par l'intermédiaire de leur secrétaire. Nous étions ensuite allés les récupérer ou le médecin généraliste nous les avait renvoyés à l'aide de l'enveloppe timbrée fournie.

I-3- Participation des femmes

Nous avons globalement eu un très bon accueil en salle d'attente. Très peu de femmes avaient refusé de remplir le questionnaire.

La majorité des questionnaires avait été remplie en salle d'attente par les patientes elles-mêmes ou par un membre de notre équipe si la patiente ne pouvait pas lire ou écrire. Dans ce cas, les questionnaires étaient complétés dans la salle d'attente si elle était vide ou dans une pièce à part, par souci de confidentialité.

Les questionnaires distribués par erreur à des jeunes filles mineures avaient immédiatement été détruits.

Au cours de l'étude, nous avons constaté que le nombre de patientes non dépistées présentes dans les cabinets de médecine générale était moins important que ce qui était attendu. Afin d'atteindre l'objectif des 30 patientes non dépistées, nous avons donc eu recours à la distribution de questionnaires chez des médecins généralistes hors randomisation.

I-4- Difficultés rencontrées

I-4-1- Avec les médecins généralistes

Nous avons rencontré des difficultés pour contacter les médecins généralistes. En effet, les plages horaires où nous pouvions les joindre étaient parfois courtes. Nous avons dû également faire face à quelques barrages de la part des secrétaires.

Dans le cas où les médecins généralistes avaient accepté de renvoyer les questionnaires par enveloppe timbrée, nous avons dû les relancer souvent par téléphone.

Le recueil des questionnaires était plus difficile et long chez les médecins généralistes exerçant seuls et chez ceux ne travaillant que sur rendez-vous.

Enfin, la superficie de la région Nord-Pas-de-Calais étant relativement étendue, nous rendre dans les territoires de l'Artois-Douaisis et du Hainaut-Cambrais était plus contraignant. En effet, les quatre membres de l'étude habitaient les territoires du Littoral ou de Métropole-Flandre intérieure.

I-4-2- Avec les patientes

Certaines patientes n'ont pas répondu à toutes les questions. Le verso du questionnaire n'était parfois pas complété.

Des patientes avaient dû interrompre le remplissage de leur questionnaire car leur tour de consultation était arrivé. Parfois, nous n'avons pas réussi à leur faire terminer le questionnaire après leur consultation.

Les patientes nous avaient souvent interrogées au sujet de la dernière question (« Accepteriez-vous un entretien ? »).

I-5- Objectifs

L'objectif fixé de 250 questionnaires total a été dépassé avec 282 questionnaires remplis par des patientes majeures consultant chez des médecins généralistes randomisés du Nord-Pas de Calais.

17 questionnaires supplémentaires ont été remplis hors randomisation, soit un total de 299 questionnaires.

Nous avons recueillis 225 questionnaires de patientes âgées entre 25 et 65 ans. L'objectif était de 200 questionnaires.

Le nombre de questionnaires remplis par les patientes éligibles à un entretien était de 27 parmi les médecins généralistes randomisés et 17 hors randomisation soit un total de 44 patientes éligibles à un entretien. L'objectif était de 30 questionnaires.

5 questionnaires ne mentionnaient pas l'âge de la patiente et n'ont pas été pris en compte pour l'analyse.

294 questionnaires ont été analysés, 277 entrant dans la randomisation, 17 hors randomisation.

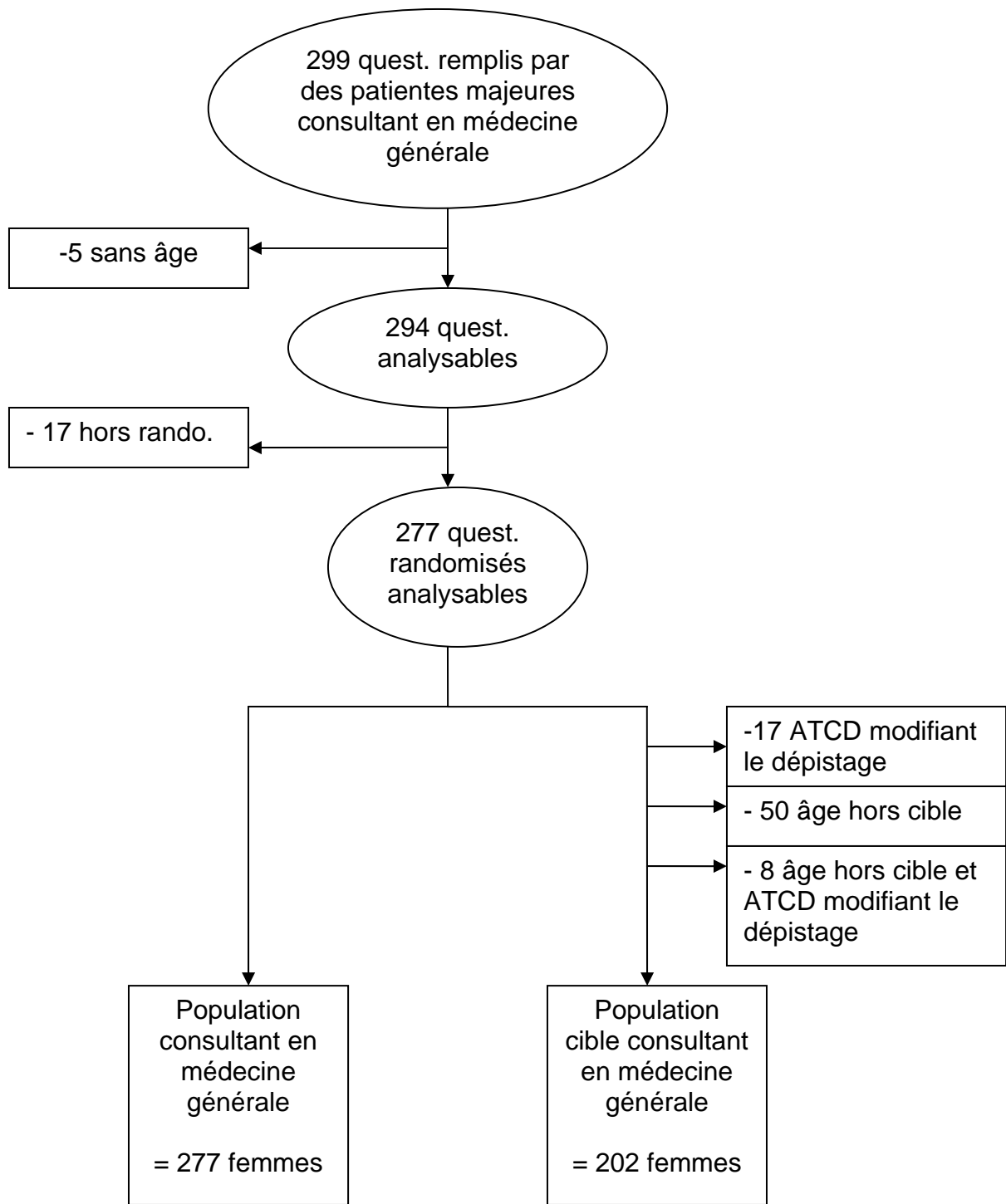
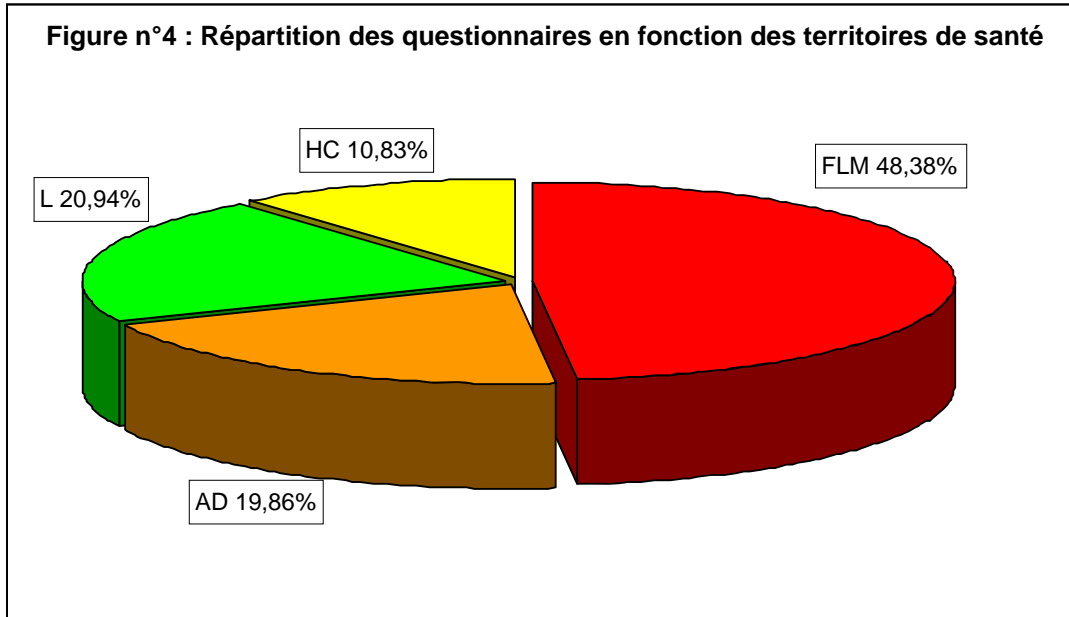


Figure n°3 : Flow charts

II- DESCRIPTION DES FEMMES CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

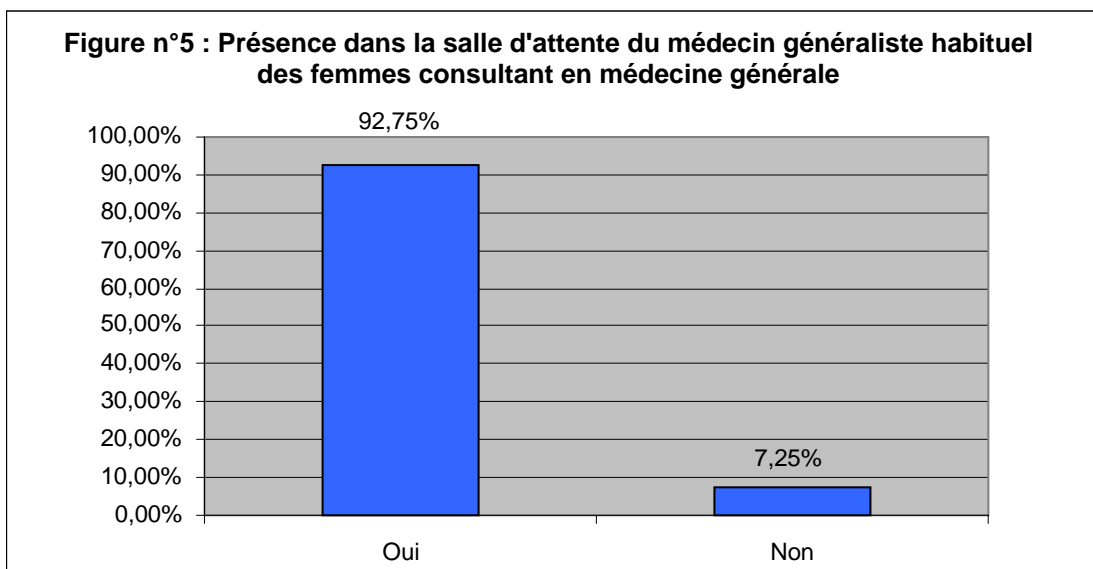
277 questionnaires ont été analysés.

II-1- Distribution selon les territoires de santé



134 questionnaires (48,38 %) ont été complétés dans le territoire de Flandre-Lille-Métropole (FLM), 58 (20,94 %) dans le territoire du Littoral (L), 55 (19,86 %) dans le territoire de l'Artois-Douaisis (AD) et 30 (10,83 %) dans le territoire du Hainaut-Cambrasis (HC).

II-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel

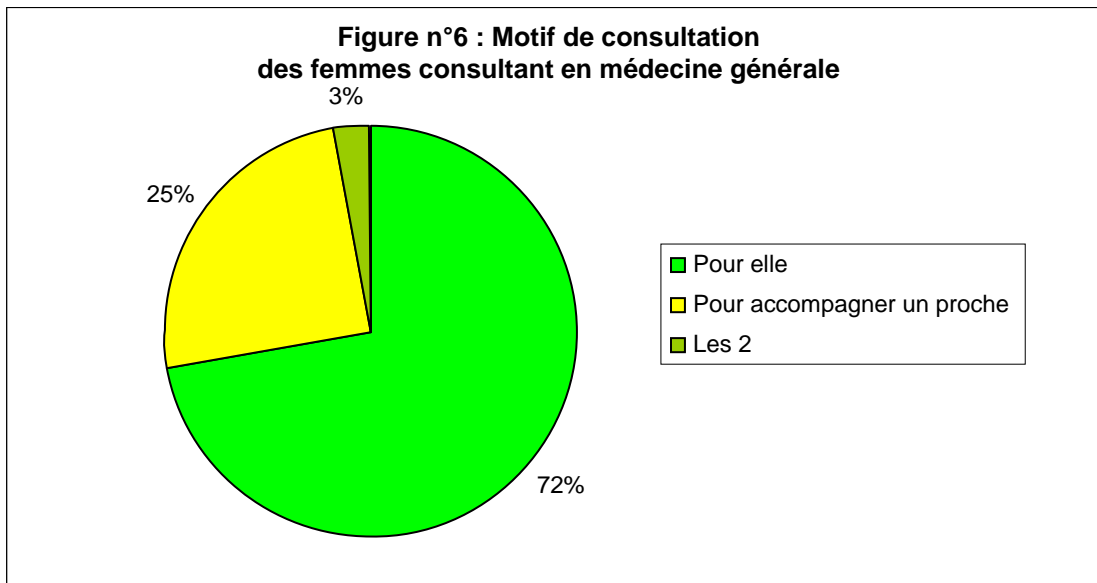


276 réponses : 1 donnée manquante.

256 femmes (92,75 %) étaient dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

20 (7,25 %) n'étaient pas dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

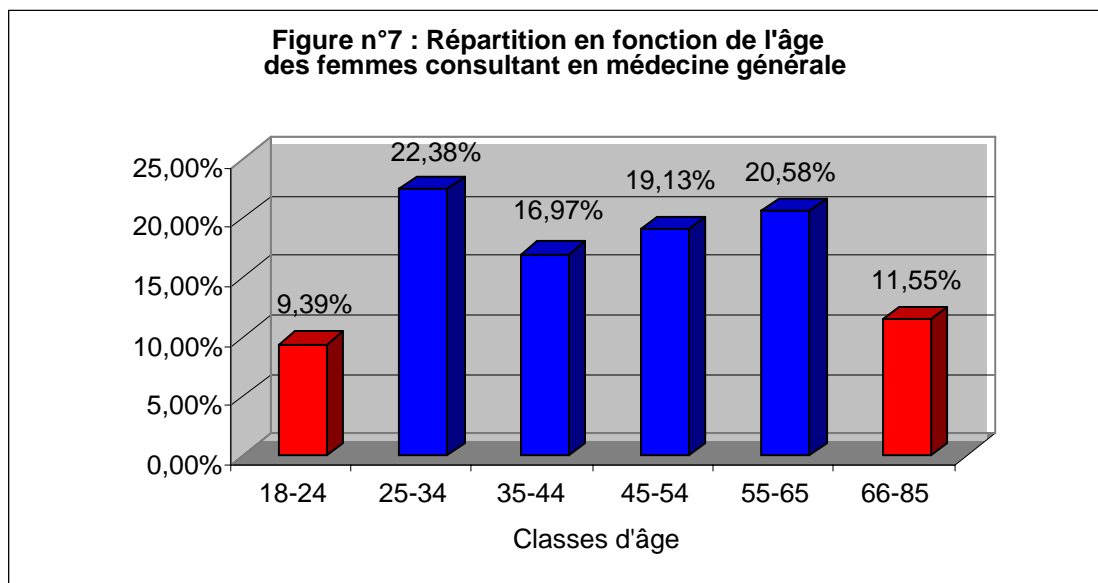
II-3- Motif de consultation



184 réponses, 93 données manquantes (33,57 %).

133 femmes (72,28 %) venaient pour elles-mêmes, 46 (25 %) pour accompagner un proche et 5 (2,72 %) pour les deux.

II-4- Age des patientes



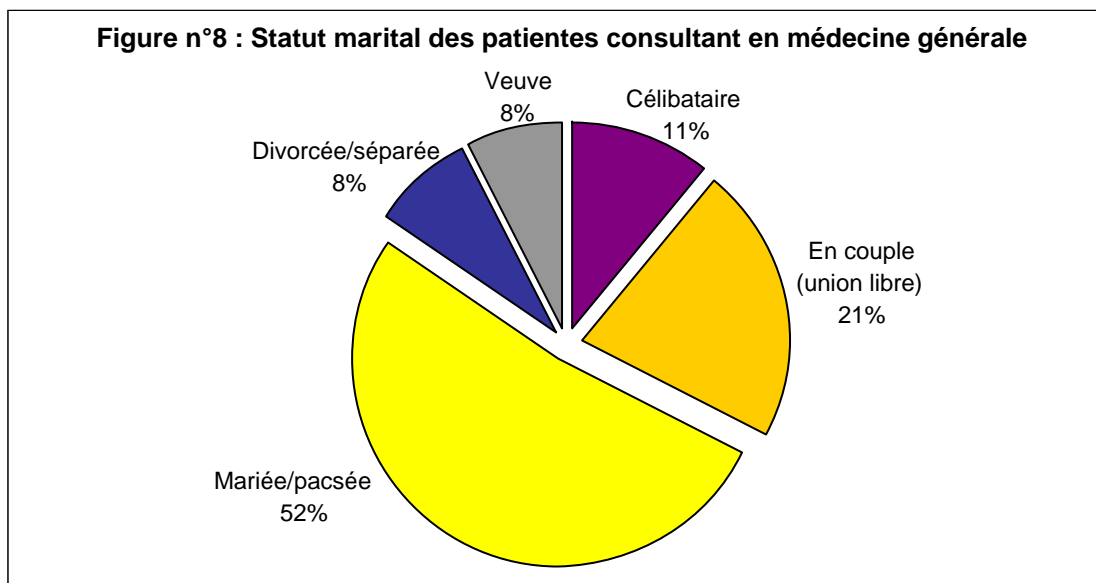
Borne inférieure : 18 ans, borne supérieure : 85 ans.

Médiane : 45 ans.

58 patientes (20,94 %) se trouvaient en dehors des limites d'âge pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. 26 patientes (9,39 %) avaient entre 18 et 24 ans, 32 patientes (11,55 %) avaient plus de 66 ans.

Au sein de la tranche cible (25-65 ans), on constatait que les patientes âgées de 25 à 34 ans étaient les plus représentées avec 62 patientes (22,38 %), suivies des patientes âgées de 55 à 65 ans avec 57 patientes (20,58 %). La tranche d'âge la moins représentée était la tranche 35 à 44 ans avec 47 patientes (16,97 %). Enfin, il y avait 53 patientes âgées de 45 à 54 ans (19,13 %).

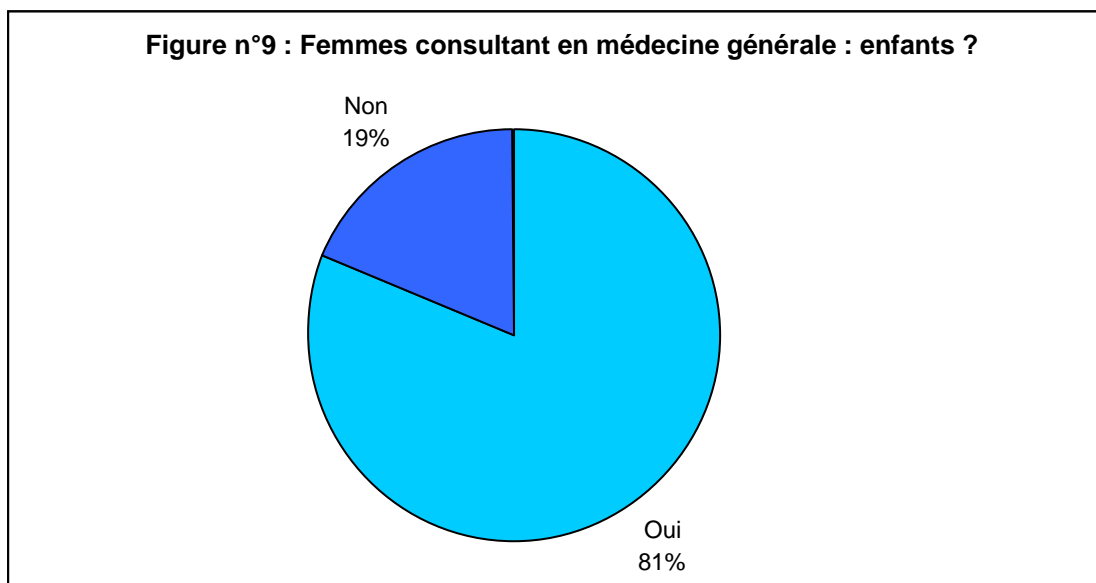
II-5- Statut marital



144 femmes (51,99 %) étaient mariées ou pacsées et 59 (21 %) vivaient en couple. 31 femmes (11,19 %) étaient célibataires, 22 (7,94 %) étaient divorcées ou séparées et 21 (7,58 %) étaient veuves.

74 femmes (26,71 %) vivaient seule (célibataire, divorcée, séparée ou veuve), contre 203 (73,29 %) qui vivaient en couple ou mariées/pacsées.

II-6- Nombre d'enfants

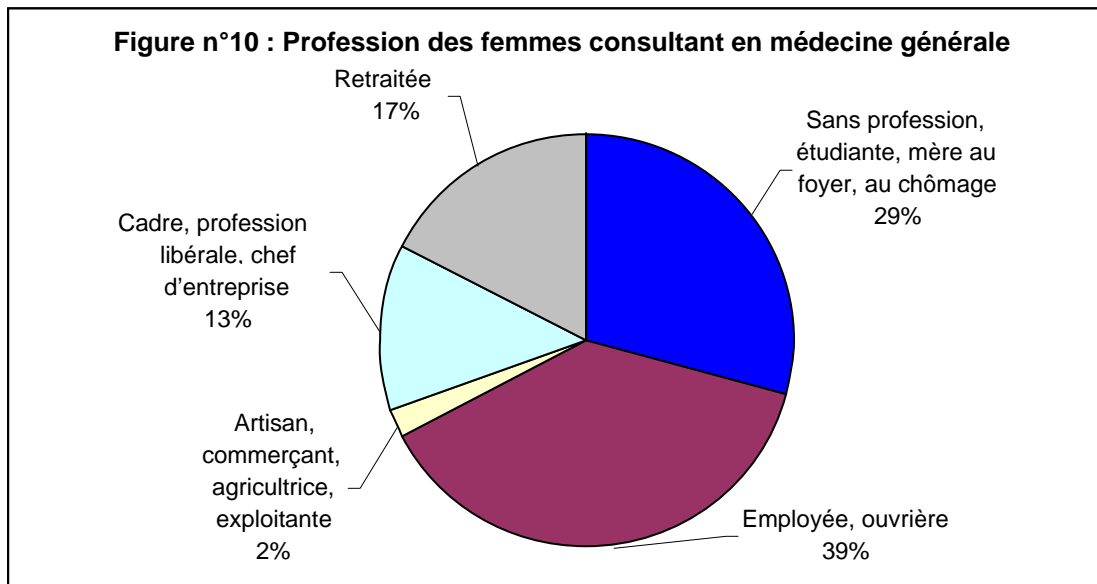


52 femmes (18,77 %) n'avaient pas d'enfant.

225 femmes (81,23 %) avaient entre 1 et 9 enfants.

Médiane du nombre d'enfants : 2.

II-7- Profession



275 réponses : 2 données manquantes.

80 femmes (29,09 %) étaient sans profession, étudiantes, mères au foyer ou au chômage.

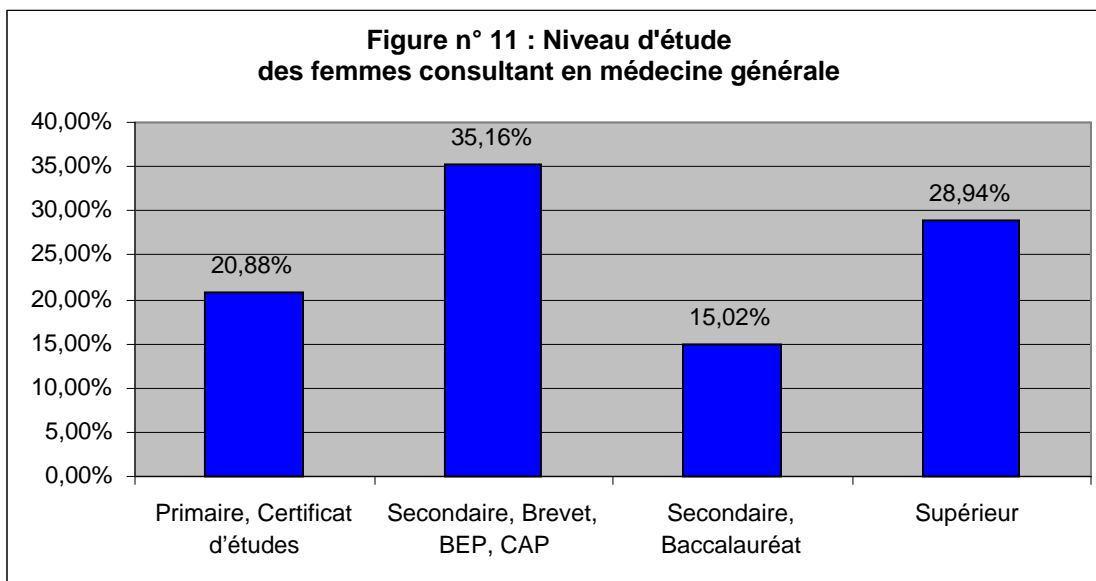
105 femmes (38,18 %) étaient employées ou ouvrières.

6 femmes (2,18 %) étaient artisans, commerçantes, agricultrices ou exploitantes.

36 femmes (13,09 %) étaient cadre, chef d'entreprise ou exerçaient une profession libérale.

48 femmes (17,45 %) étaient retraitées.

II-8- Niveau d'étude



273 réponses : 4 données manquantes.

57 femmes (20,88 %) avaient un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude.

96 (35,16 %) avaient un niveau d'étude secondaire, brevet, BEP ou CAP.

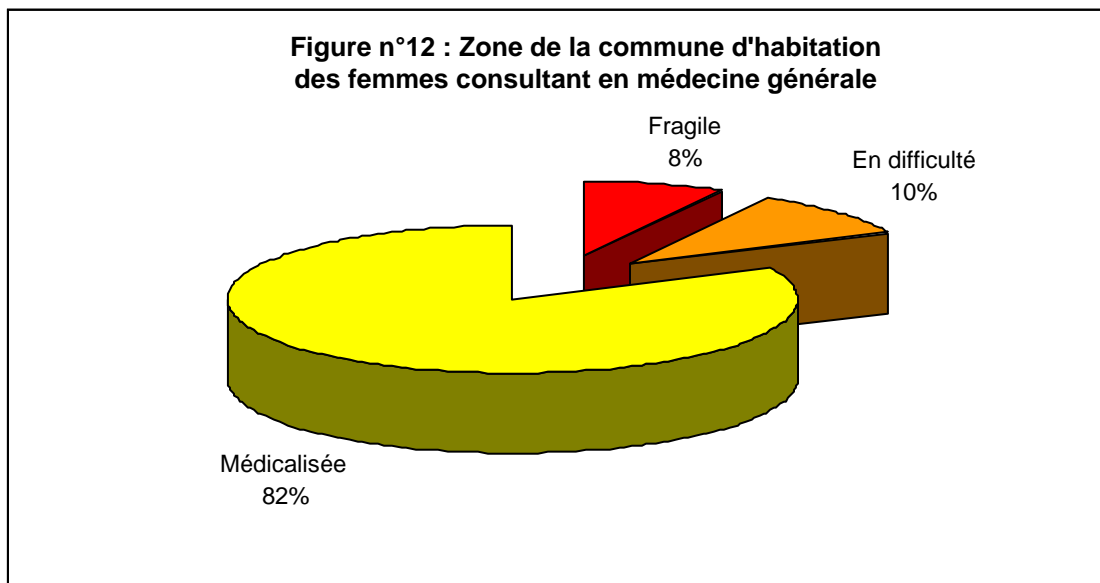
41 (15,02 %) avaient un niveau d'étude secondaire, baccalauréat.

79 (28,94 %) avaient un niveau d'étude supérieur.

II-9- Commune d'habitation

273 réponses : 4 données manquantes.

II-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

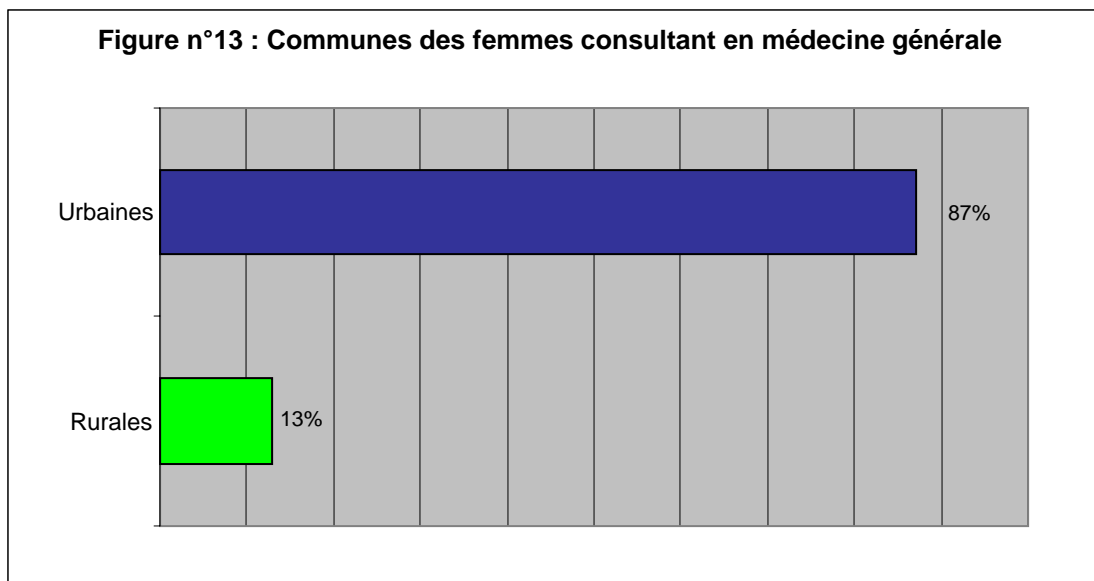


270 réponses : 7 données manquantes.

221 femmes (81,85 %) vivaient dans des communes classées en zone médicalisée.

49 femmes (18,15 %) vivaient dans des zones « sous médicalisées » : 27 (10 %) dans des zones en difficultés et 22 (8,15 %) dans des zones fragiles.

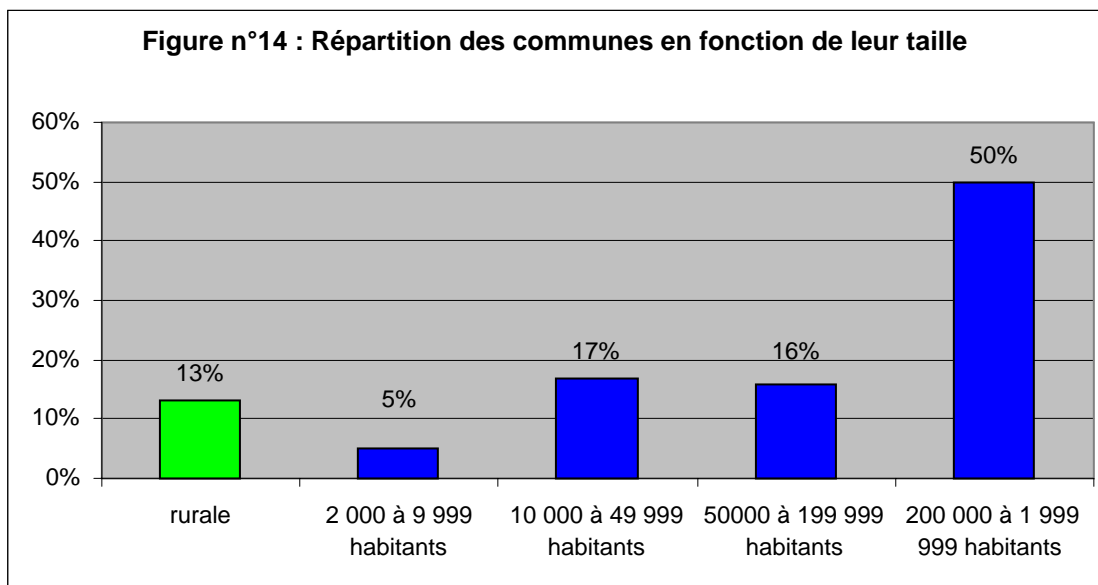
II-9-2- Commune rurale ou urbaine



269 réponses : 8 données manquantes.

235 femmes (87,36 %) habitaient des communes urbaines.

34 femmes (12,64 %) habitaient des communes rurales.



13 femmes (4,83 %) vivaient dans des communes de 2 000 à 9 999 habitants.

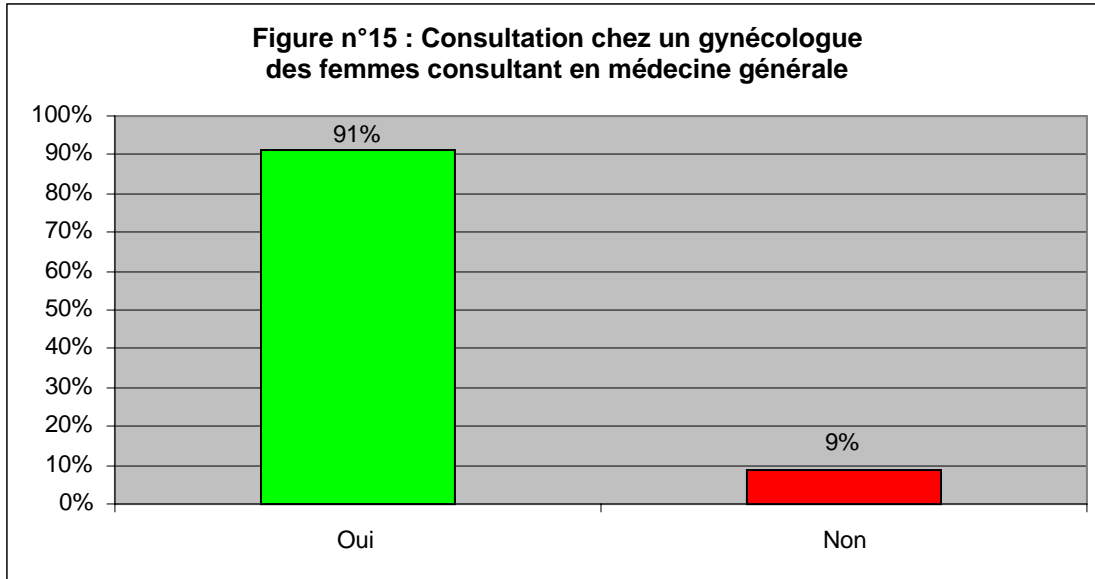
45 femmes (16,73 %) vivaient dans des communes de 10 000 à 49 999 habitants.

42 femmes (15,61 %) vivaient dans des communes de 50 000 à 199 999 habitants.

135 femmes (50,19 %) vivaient dans des communes de 200 000 à 1 999 999 habitants.

II-10- Consultation chez un gynécologue

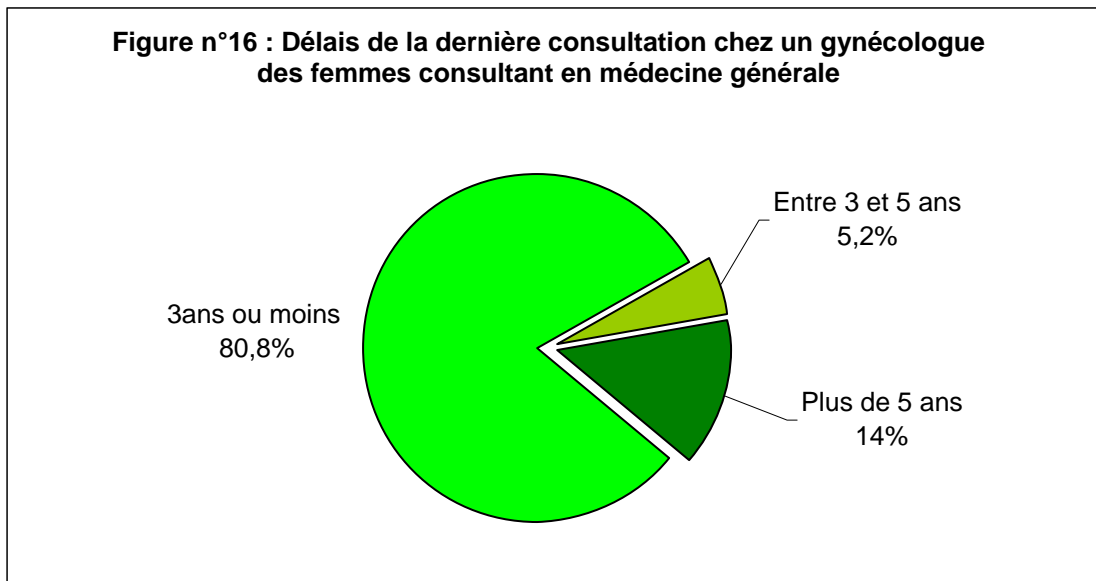
II-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue



252 femmes (90,97 %) avaient déclaré avoir déjà consulté un gynécologue.

25 (9,03 %) n'avaient jamais consulté de gynécologue.

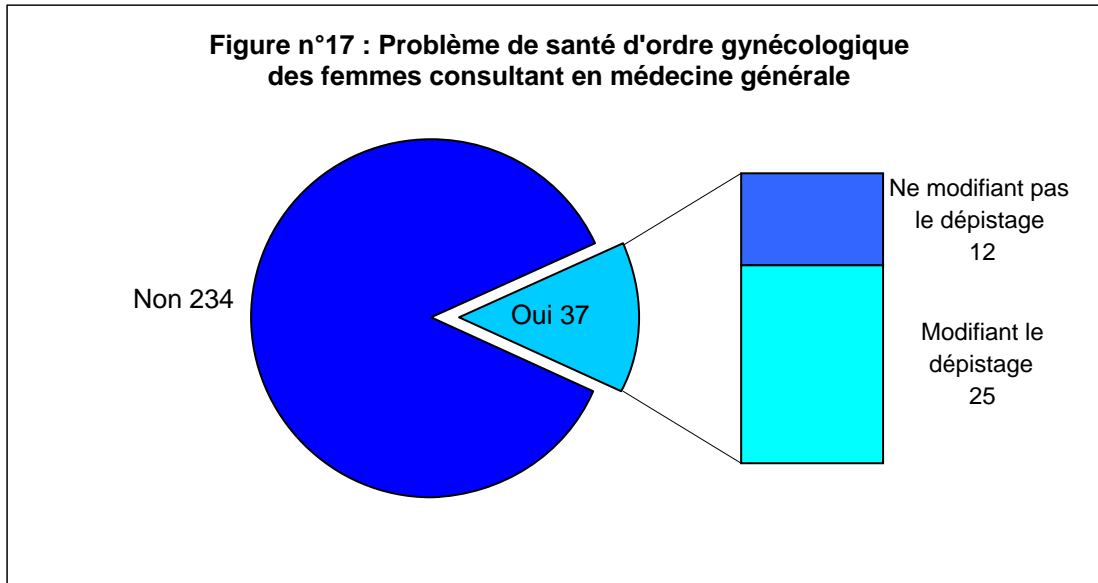
II-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue



275 réponses : 2 données manquantes.

202 femmes (80,8 %) avaient consulté un gynécologue moins de 3 ans auparavant.
13 femmes (5,2 %) avaient consulté un gynécologue entre 3 et 5 ans auparavant.
35 femmes (14 %) avaient consulté un gynécologue plus de 5 ans auparavant.

II-11- Problèmes de santé d'ordre gynécologique



271 réponses : 6 données manquantes.

234 femmes (86,35 %) ont déclaré n'avoir jamais eu de problèmes de santé d'ordre gynécologique.

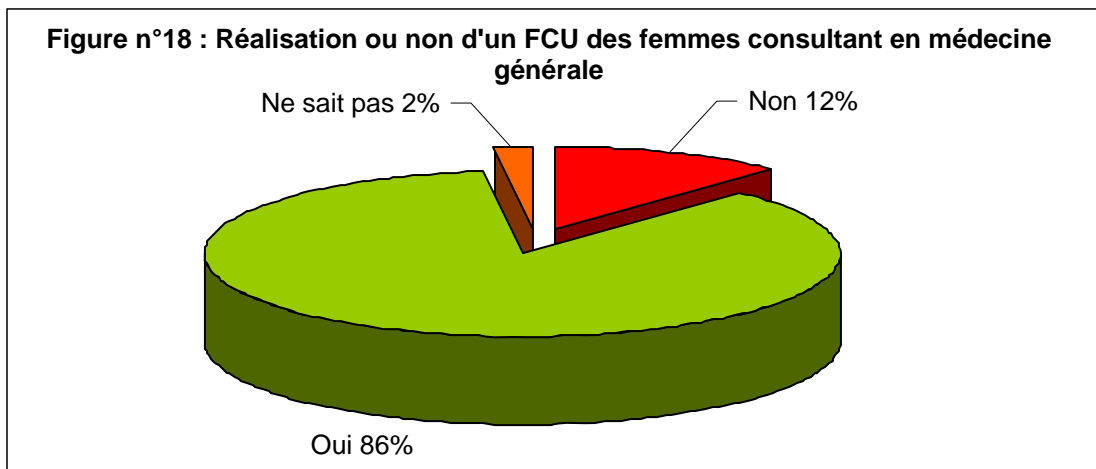
Parmi les 37 patientes (13,65 %) déclarant avoir déjà eu des problèmes de santé d'ordre gynécologique :

- 25 femmes (9,23 %) avaient des antécédents modifiant le dépistage du cancer du col utérin : 7 femmes avaient eu un cancer du col utérin et 18 avaient subi une hystérectomie.

- 12 femmes (4,43 %) avaient des antécédents ne modifiant pas le dépistage du cancer du col utérin (ectropion, kystes ovariens, fausses couches précoces, ovariectomie, endométrite, cancer du sein, bartholinite, endométriose, mycoses, polypes, infection transitoire à HPV avant 30 ans).

II-12- Réalisation du FCU

II-12-1- Réalisation ou non d'un FCU



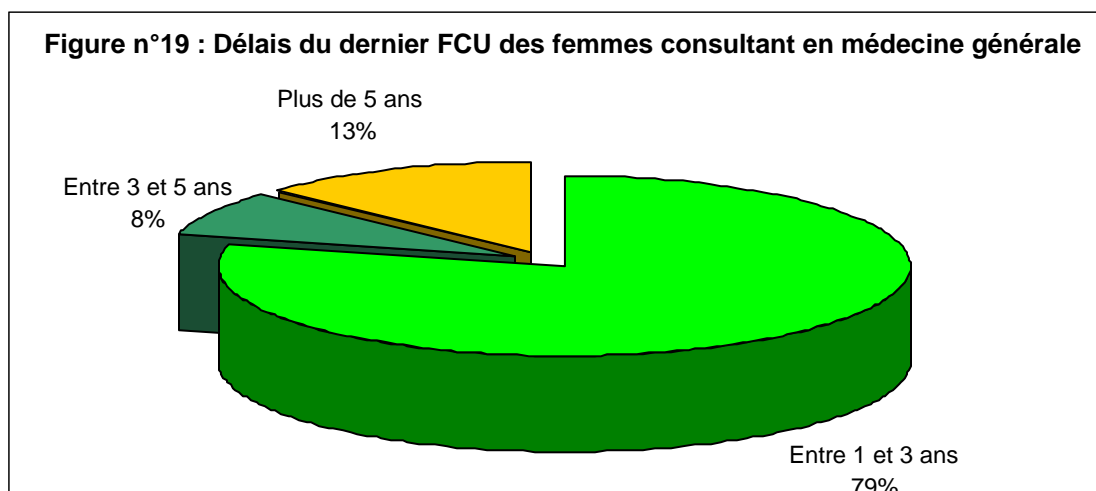
275 réponses : 2 données manquantes.

237 femmes (86,18 %) ont déclaré avoir déjà réalisé un FCU.

33 femmes (12 %) ont déclaré ne jamais avoir réalisé de FCU.

5 femmes (1,82 %) ne savaient pas si elles avaient déjà réalisé un FCU.

II-12-2- Délai de réalisation du dernier FCU

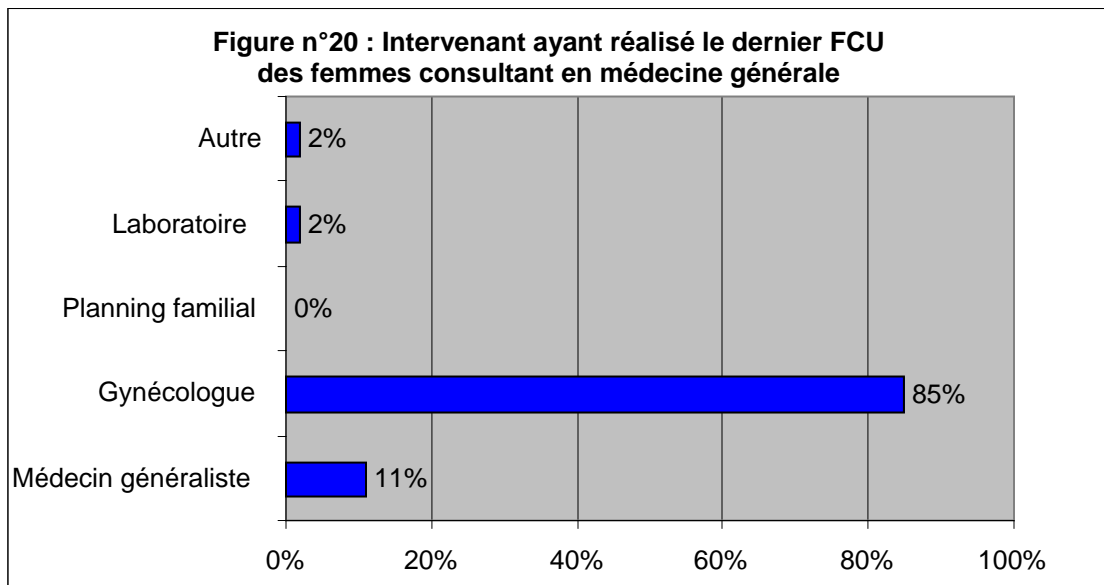


276 réponses : 1 donnée manquante.

186 femmes (78,81 %) avaient réalisé leur FCU entre 1 et 3 ans.

50 femmes (21,19 %) étaient sous-dépistées : 19 femmes (8,05 %) avaient réalisé un FCU entre 3 et 5 ans et 31 femmes (13,14 %) avaient réalisé leur FCU plus de 5 ans auparavant.

II-12-3- Intervenant ayant réalisé le dernier FCU



274 réponses : 3 données manquantes.

200 femmes (85,47 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un gynécologue.

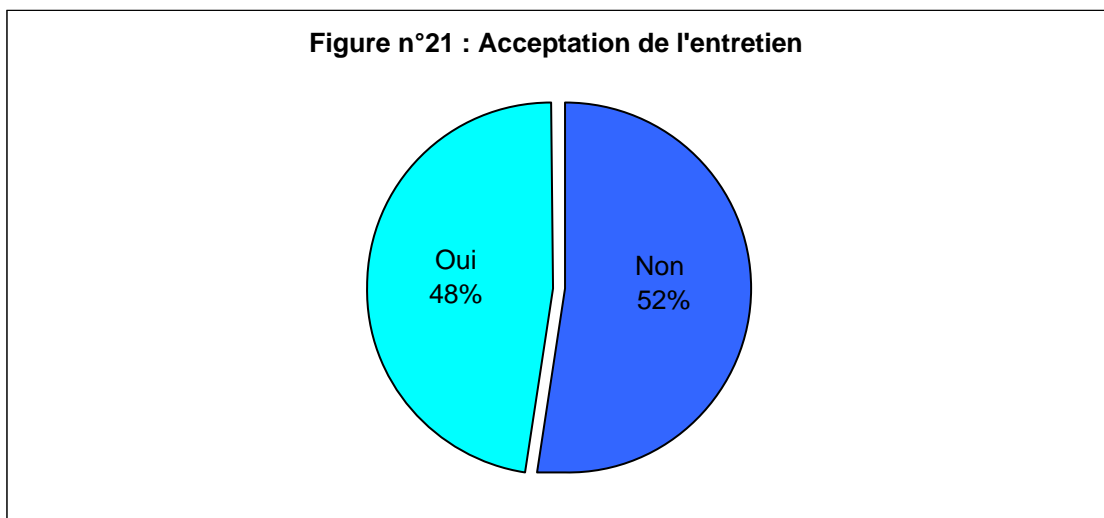
25 femmes (10,68 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un médecin généraliste.

Aucune femme n'avait réalisé son dernier FCU au planning familial.

5 femmes (2,14 %) avaient réalisé leur dernier FCU au laboratoire.

4 femmes (1,71 %) avaient réalisé leur dernier FCU dans une autre structure.

II-13- Acceptation de l'entretien



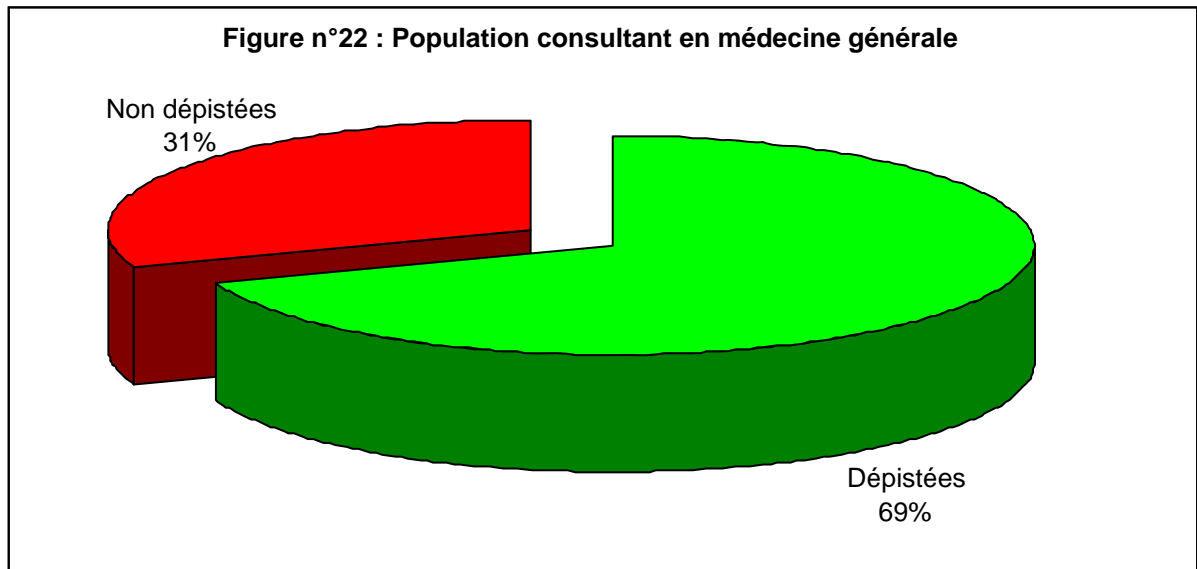
239 réponses : 38 données manquantes (13,71 %).

114 femmes (47,7 %) acceptaient de participer à un entretien.

125 femmes (52,3 %) refusaient de participer à un entretien.

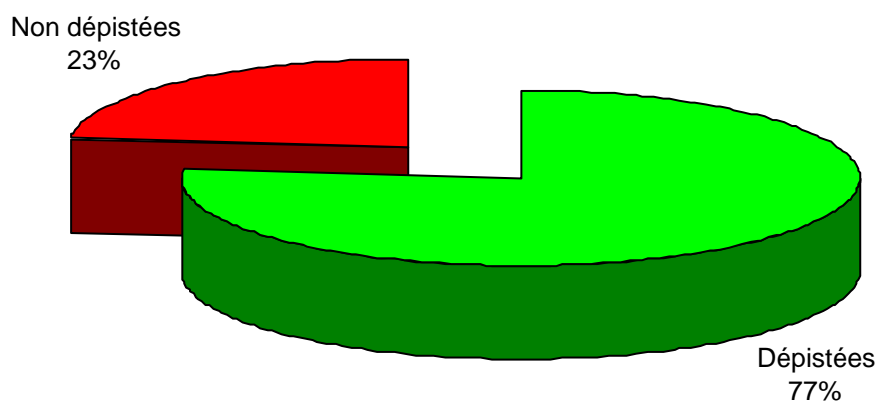
III- DESCRIPTION DES FEMMES DEPISTÉES CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

Pour étudier la population des femmes dépistées consultant en médecine générale, nous avons exclu les 25 patientes présentant des antécédents modifiant le dépistage. Une patiente n'avait pas précisé si elle avait déjà réalisé un FCU. Nous disposons donc de 251 questionnaires.



174 patientes soit 69,32 % des femmes tout âge confondu consultant en médecine générale étaient dépistées pour le cancer du col de l'utérus. Leur dernier FCU avait été réalisé entre 1 et 3 ans, ces patientes correspondaient donc aux femmes suffisamment dépistées et à celles surdépistées.

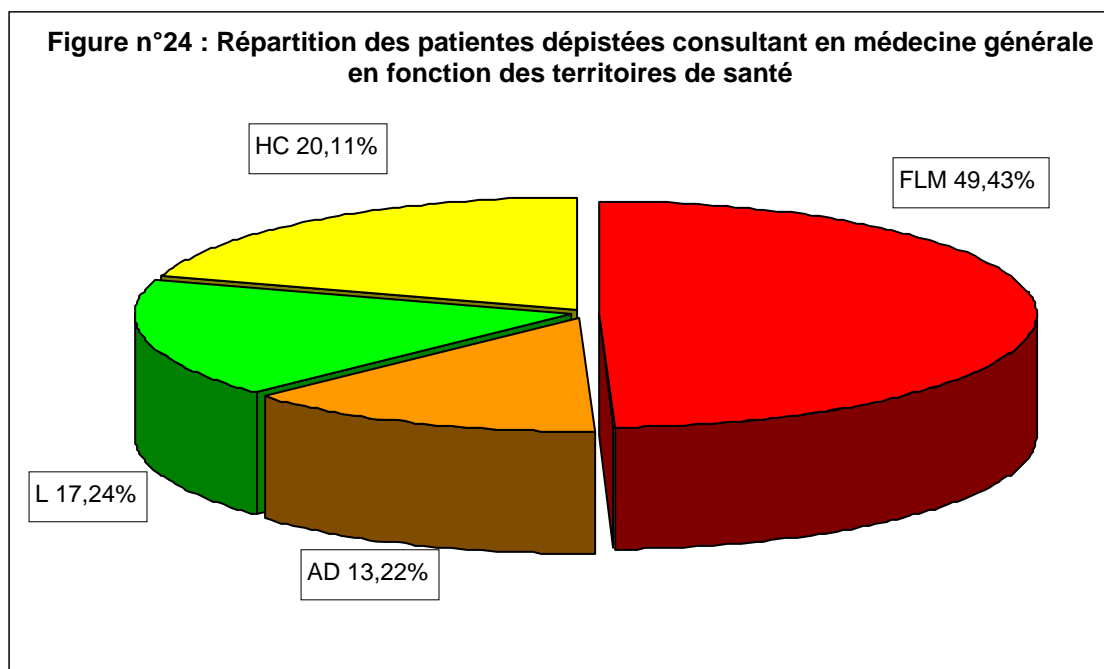
Figure n°23 : Population de 25 à 65 ans consultant en médecine générale



Chez les 25-65 ans consultant en médecine générale, 155 patientes (76,73 %) étaient dépistées.

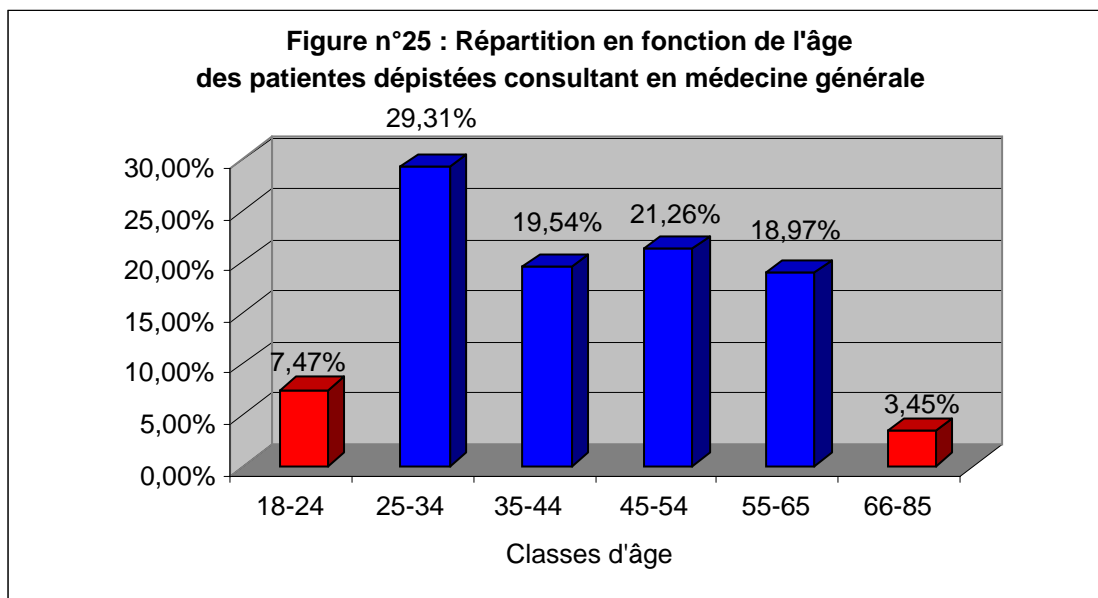
III-1- Distribution selon les territoires de santé

Figure n°24 : Répartition des patientes dépistées consultant en médecine générale en fonction des territoires de santé



86 femmes dépistées (49,43 %) se trouvaient dans le territoire de Flandre-Lille-Métropole (FLM), 30 (17,24 %) dans le territoire du Littoral (L), 23 (13,22 %) dans le territoire de l'Artois-Douais (AD) et 35 (20,11 %) dans le territoire du Hainaut-Cambrais (HC).

III-2- Age des patientes



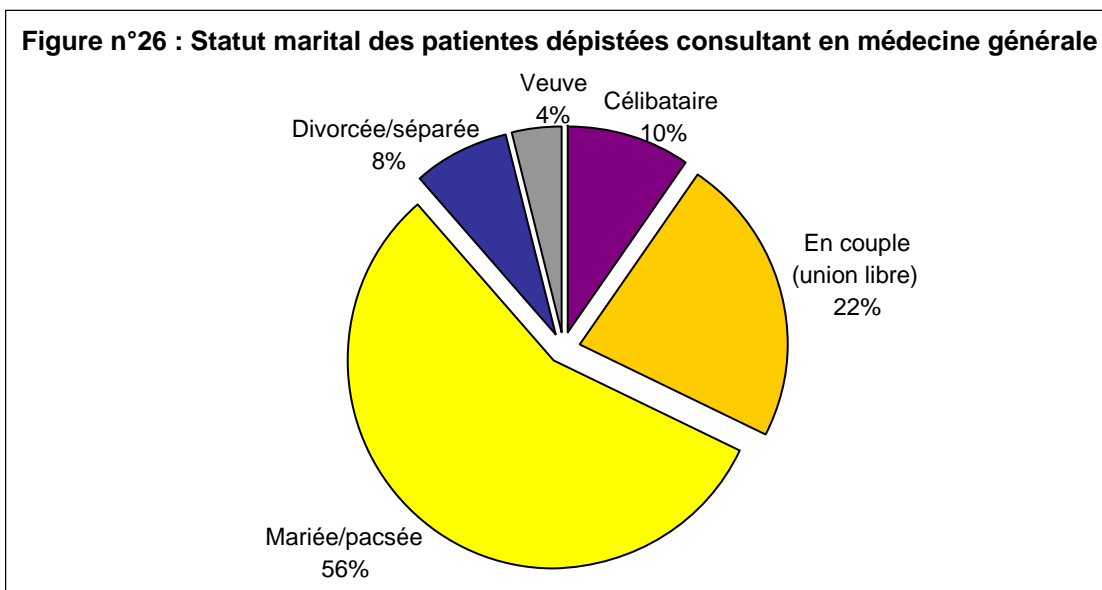
La plus jeune patiente dépistée avait 18 ans, la plus âgée avait 79 ans.

Médiane : 42 ans.

19 patientes (10,92 %) dépistées consultant en médecine générale étaient dépistées à tort : 13 femmes sur 26 (50 %) âgées de 18 à 24 ans et 6 femmes sur 32 (18,75 %) âgées de 66 à 85 ans.

Au sein de la population cible (25 à 65 ans), les femmes dépistées étaient : 51 âgées de 25 à 34 ans (29,31 %), 34 de 35 à 44 ans (19,54 %), 37 de 45 à 54 ans (21,26 %) et 33 de 55 à 65 ans (18,97 %).

III-3- Statut marital

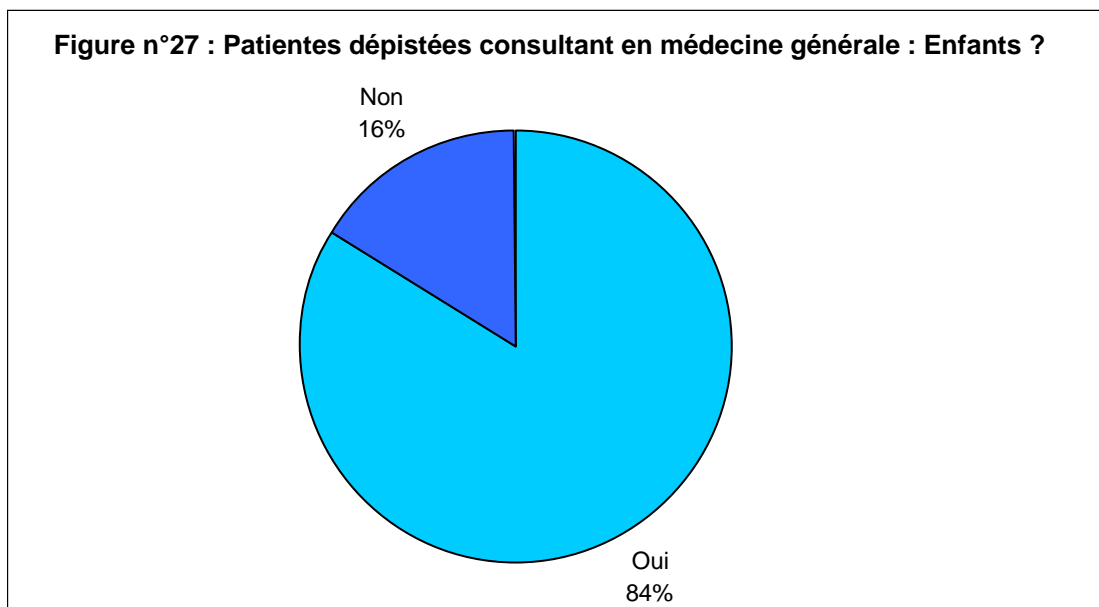


98 femmes dépistées (56,32 %) étaient mariées ou pacsées et 39 (22,41 %) vivaient en couple.

17 femmes (9,77 %) étaient célibataires, 13 (7,47 %) étaient divorcées ou séparées et 7 (4,02 %) étaient veuves.

37 femmes (21,26 %) vivaient seules (célibataire, divorcée, séparée ou veuve), contre 137 (78,73 %) qui vivaient en couple ou mariées/pacsées.

III-4- Nombre d'enfants

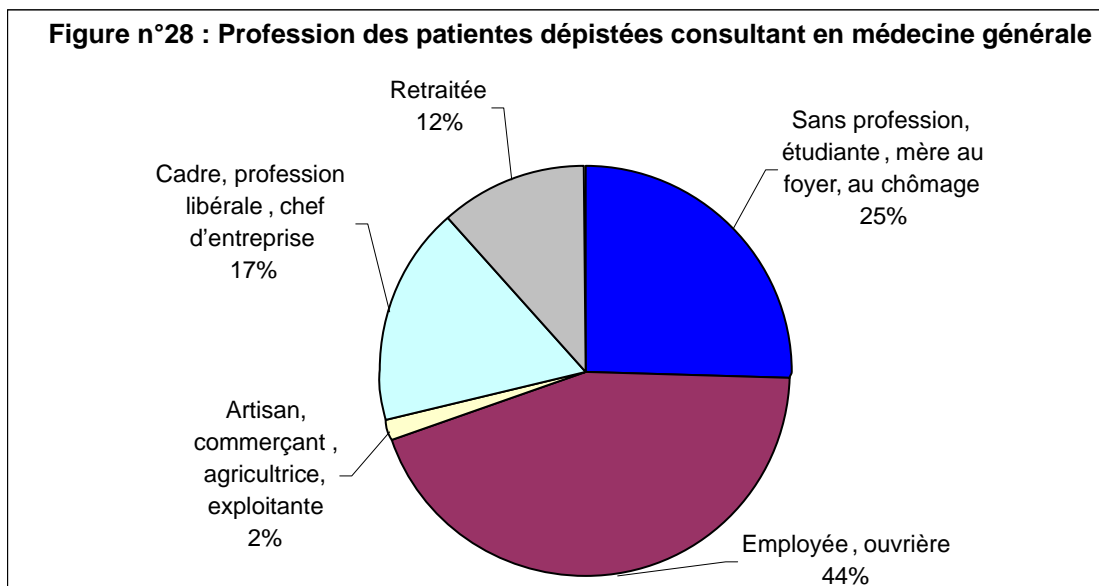


28 femmes dépistées (16,09 %) n'avaient pas d'enfant.

146 femmes (83,91 %) avaient entre 1 et 7 enfants.

Médiane du nombre d'enfants : 2.

III-5- Profession



250 réponses : 1 donnée manquante.

44 femmes dépistées (25,43 %) étaient sans profession, étudiantes, mères au foyer ou au chômage.

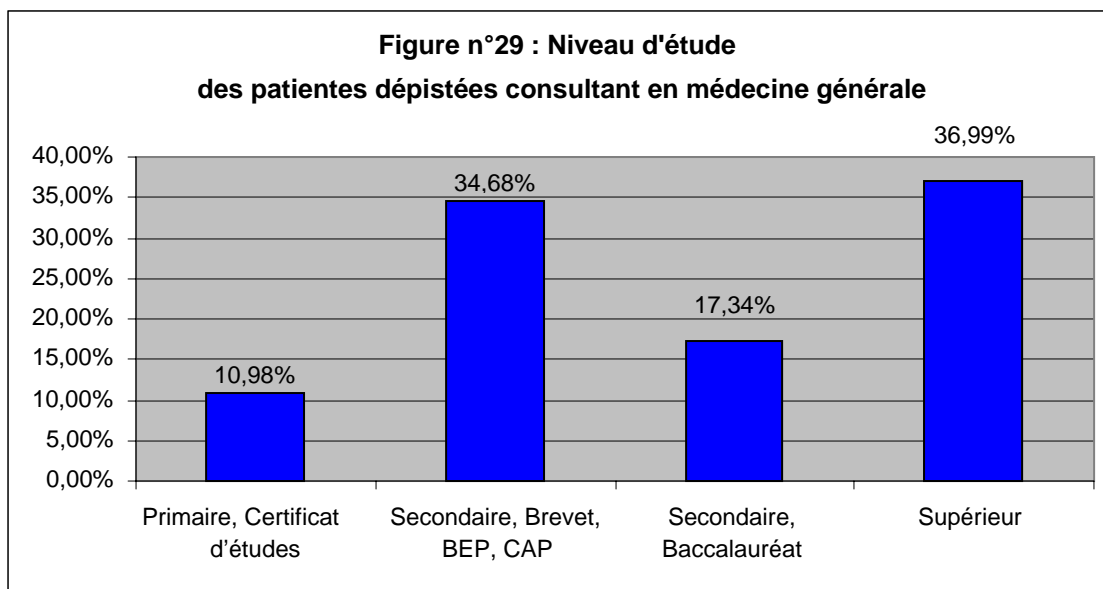
76 femmes (43,93 %) étaient employées ou ouvrières.

3 femmes (1,73 %) étaient artisans, commerçantes, agricultrices ou exploitantes.

30 femmes (17,34 %) étaient cadre, chef d'entreprise ou exerçaient une profession libérale.

20 femmes (11,56 %) étaient retraitées.

III-6- Niveau d'étude



250 réponses : 1 donnée manquante.

19 femmes dépistées (10,98 %) avaient un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude.

60 (34,68 %) avaient un niveau d'étude secondaire, brevet, BEP ou CAP.

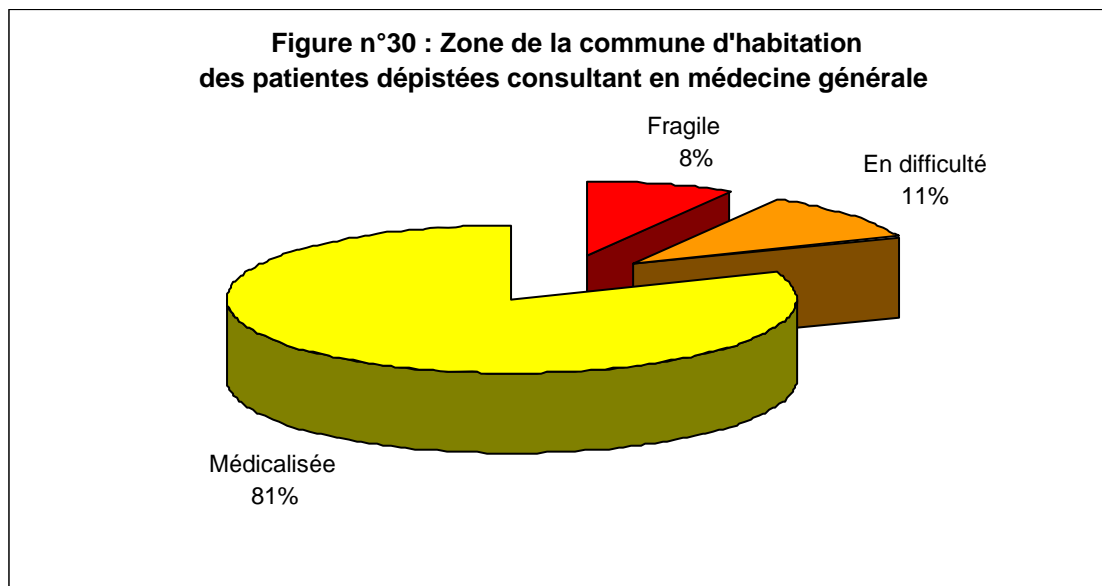
30 (17,34 %) avaient un niveau d'étude secondaire, baccalauréat.

64 (36,99 %) avaient un niveau d'étude supérieur.

III-7- Commune d'habitation

248 réponses : 3 données manquantes.

III-7-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

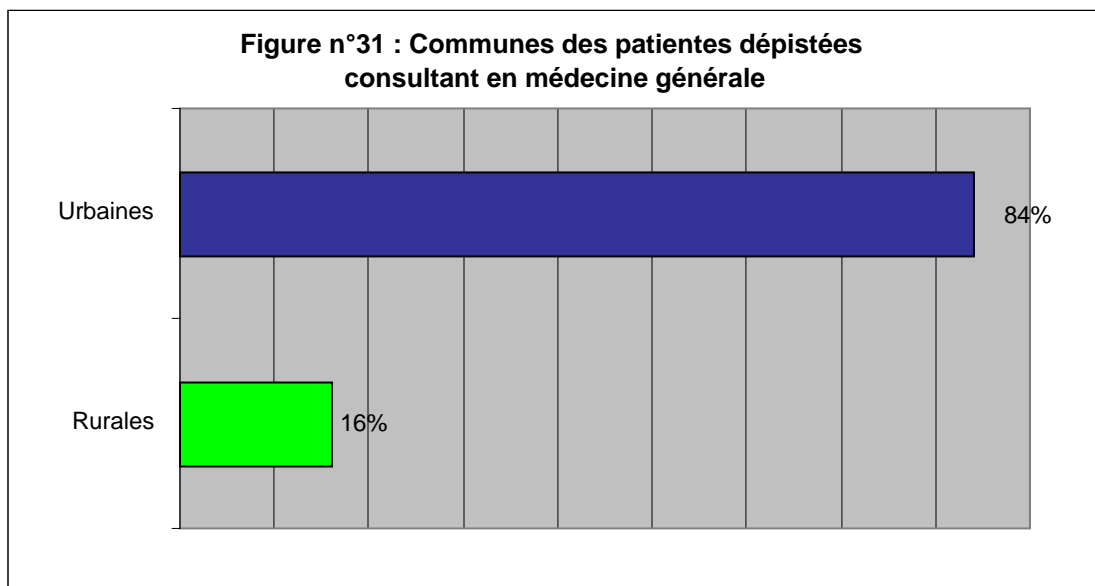


245 réponses : 6 données manquantes.

136 femmes dépistées (80,95 %) vivaient dans des communes classées en zone médicalisée.

32 femmes (19,04 %) vivaient dans des zones « sous médicalisées » : 18 (10,71 %) dans des zones en difficulté et 14 (8,33 %) dans des zones fragiles.

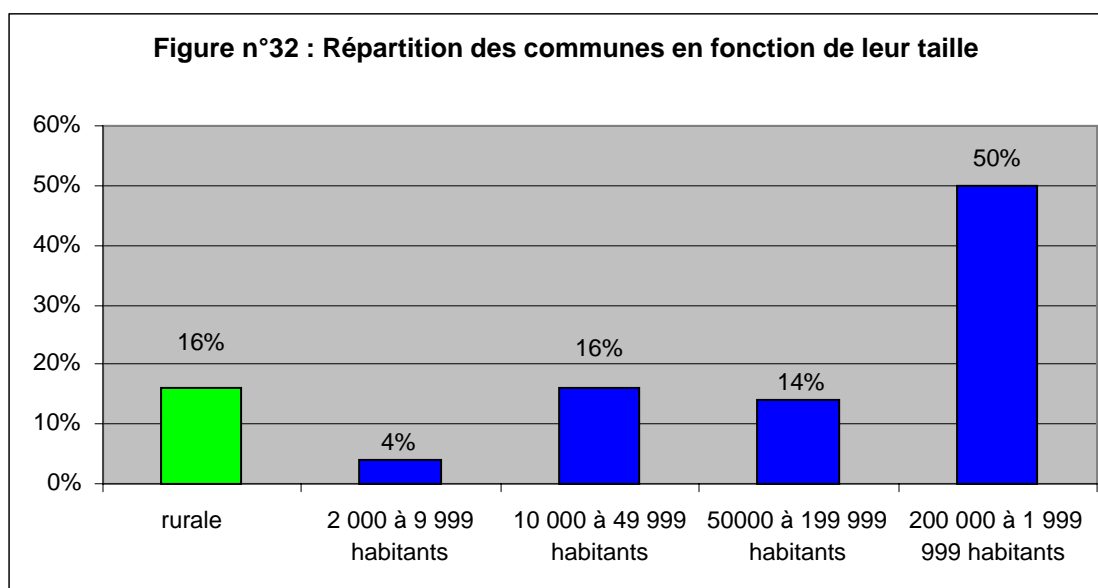
III-7-2- Commune rurale ou urbaine



244 réponses : 7 données manquantes.

140 femmes dépistées (83,83 %) habitaient des communes urbaines.

27 femmes (16,17 %) habitaient des communes rurales.



6 femmes (3,59 %) vivaient dans des communes de 2 000 à 9 999 habitants.

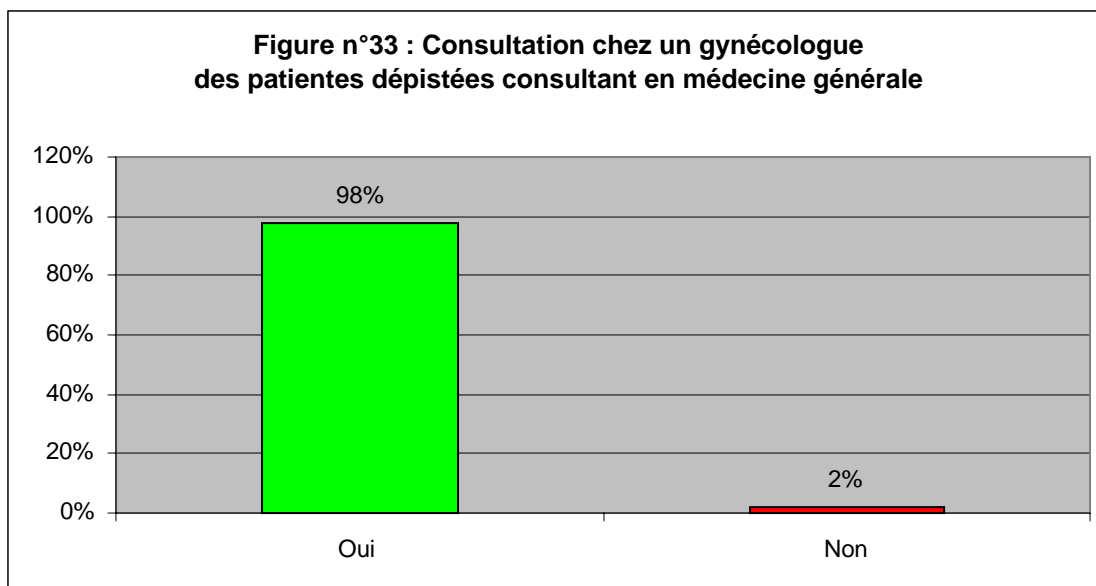
27 femmes (16,17 %) vivaient dans des communes de 10 000 à 49 999 habitants.

24 femmes (14,37 %) vivaient dans des communes de 50 000 à 199 999 habitants.

83 femmes (49,7 %) vivaient dans des communes de 200 000 à 1 999 999 habitants.

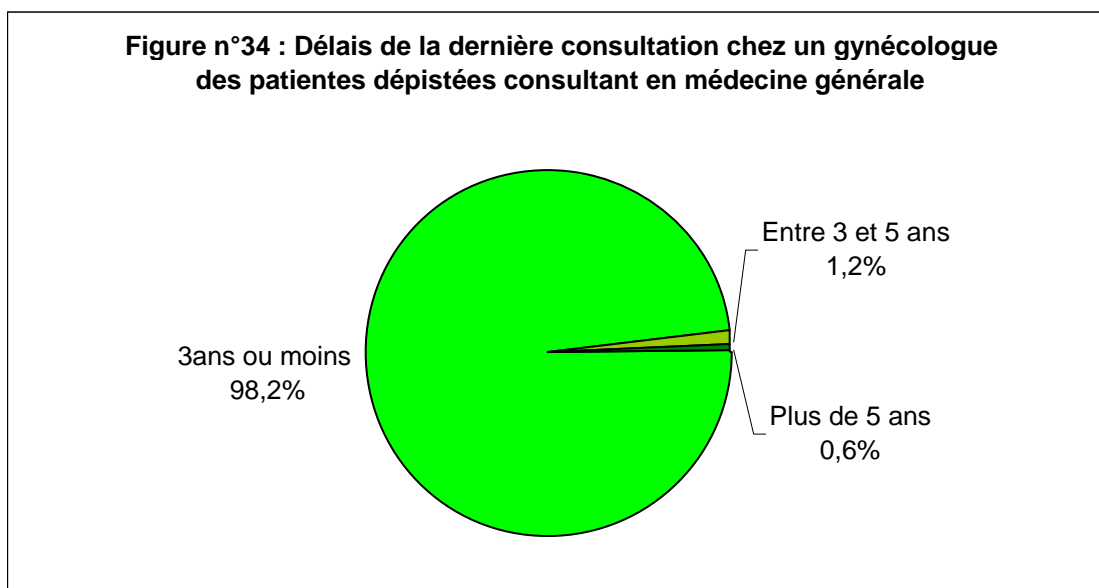
III-8- Consultation chez un gynécologue

III-8-1- Consultation ou non d'un gynécologue



170 femmes dépistées (97,7 %) avaient déclaré avoir déjà consulté un gynécologue. 4 (2,3 %) n'avaient jamais consulté de gynécologue.

III-8-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue



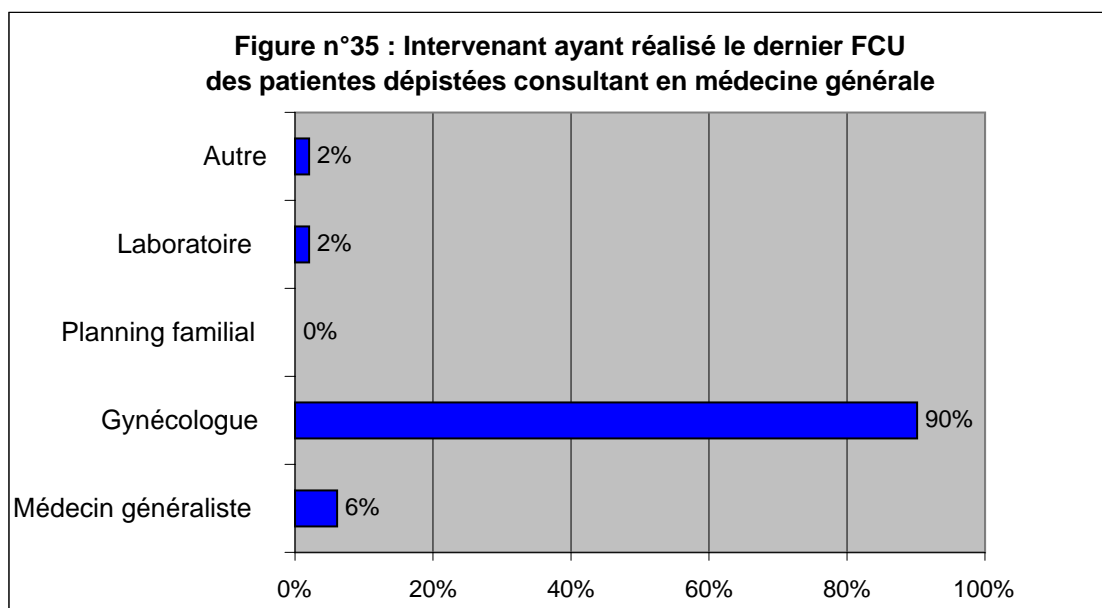
250 réponses : 1 donnée manquante.

166 femmes dépistées (98,22 %) avaient consulté un gynécologue moins de 3 ans auparavant.

2 femmes (1,18 %) avaient consulté un gynécologue entre 3 et 5 ans auparavant.

1 femme (0,59 %) avait consulté un gynécologue plus de 5 ans auparavant.

III-9- Intervenant ayant réalisé le dernier FCU



250 réponses : 1 donnée manquante.

156 femmes dépistées (90,17 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un gynécologue.

11 femmes (6,36 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un médecin généraliste.

Aucune femme n'avait réalisé son dernier FCU au planning familial.

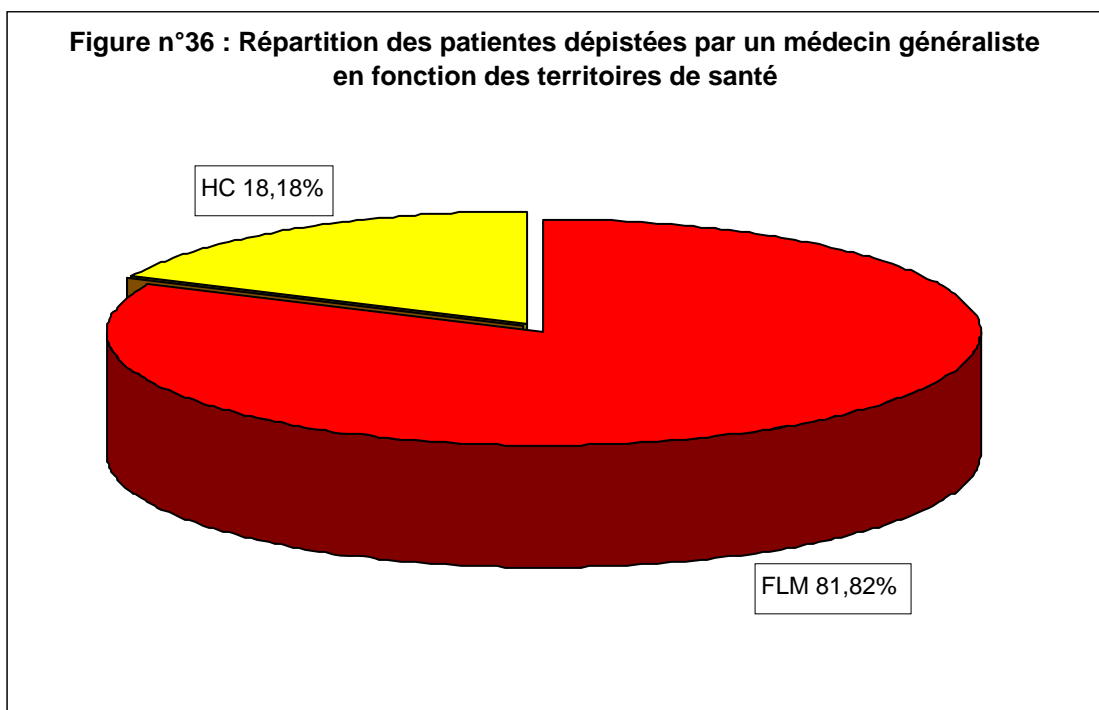
3 femmes (1,73 %) avaient réalisé leur dernier FCU au laboratoire.

3 femmes (1,73 %) avaient réalisé leur dernier FCU dans une autre structure.

IV- DESCRIPTION DES FEMMES DEPISTÉES PAR UN MEDECIN GENERALISTE CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

11 patientes (6,36%) consultant en médecine générale suffisamment dépistées avaient réalisé leur dernier FCU chez un médecin généraliste.

IV-1- Distribution selon les territoires de santé



Les femmes dépistées par un médecin généraliste se trouvaient dans les territoires de Flandre-Lille-Métropole (9 femmes soit 81,82 %) et du Hainaut-Cambrais (2 femmes soit 18,18 %). Il n'y avait pas de femme dépistée par le médecin généraliste dans les territoires de l'Artois-Douais et du Littoral.

IV-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel

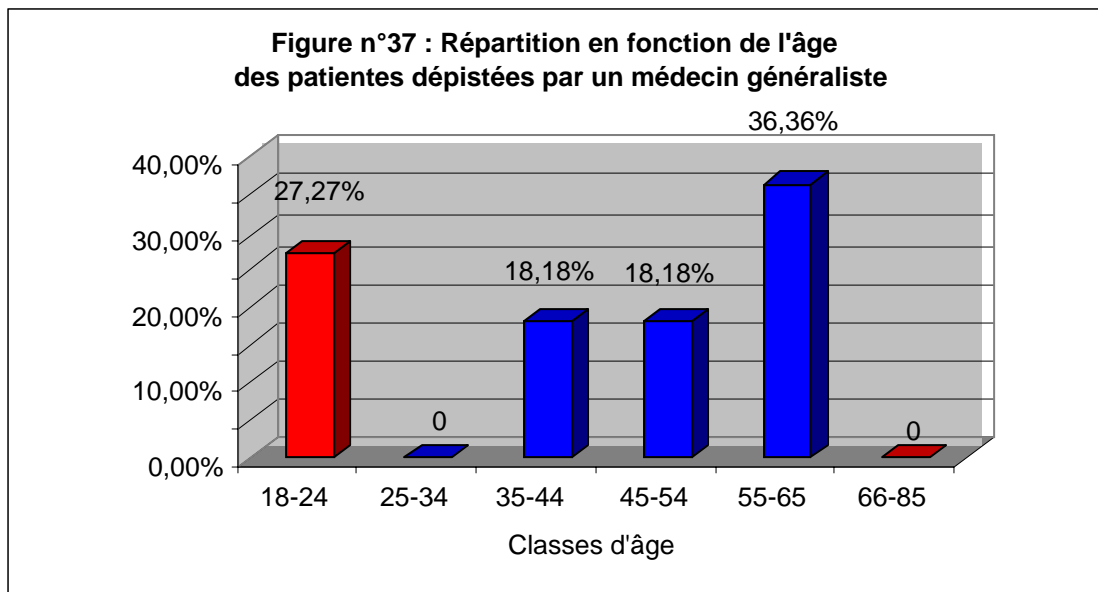
Les 11 patientes (100 %) dépistées par un médecin généraliste se trouvaient dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

IV-3- Motif de consultation

5 réponses : 6 données manquantes (54,5 %).

4 femmes dépistées par un médecin généraliste (80 %) venaient pour elles-mêmes et 1 (20 %) venait pour accompagner un proche.

IV-4- Age des patientes



La plus jeune patiente dépistée par un médecin généraliste avait 18 ans, la plus âgée avait 63 ans. Médiane : 52 ans.

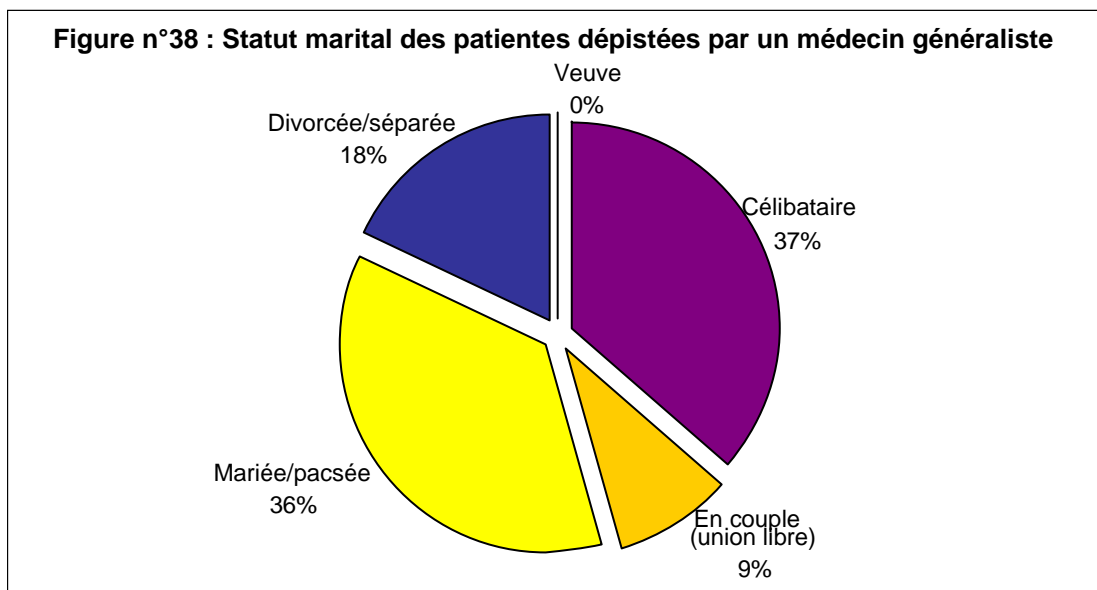
3 patientes (27,27 %) dépistées par un médecin généraliste étaient dépistées à tort. Il s'agissait des 3 femmes sur les 13 âgées de 18 à 24 ans (23,07 %). Aucune patiente de plus de 66 ans n'était dépistée par un médecin généraliste.

La tranche d'âge la plus dépistée par un médecin généraliste était la tranche 55 à 65 ans avec 4 patientes (36,36 %).

Aucune patiente de 25-34 ans n'était dépistée par un médecin généraliste.

2 patientes âgées de 35 à 44 ans (18,18 %) et 2 de 45 à 54 ans (18,18 %) étaient dépistées par un médecin généraliste.

IV-5- Statut marital

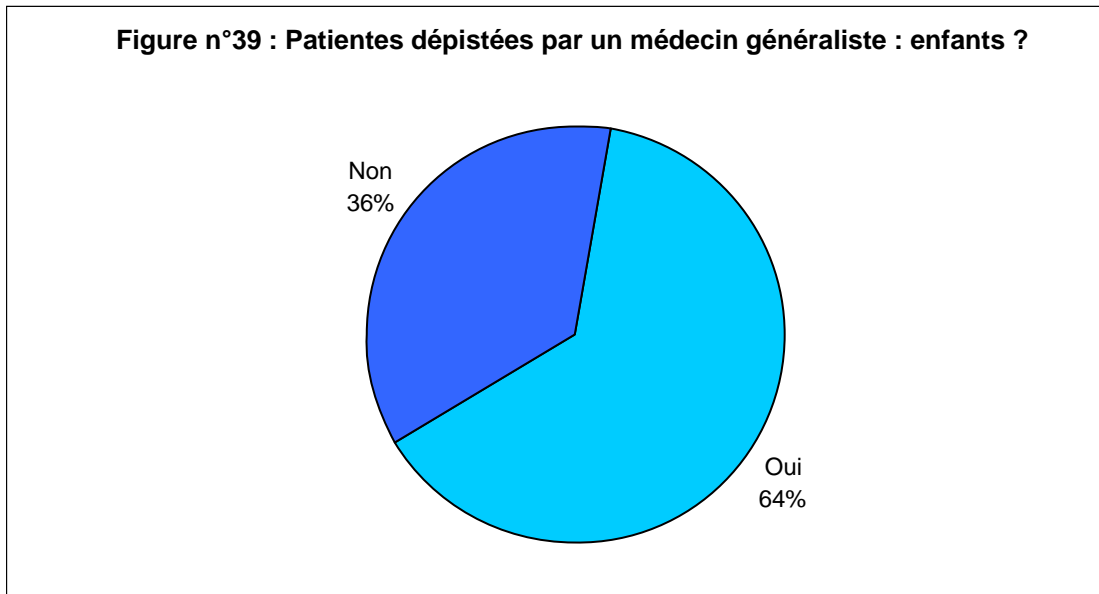


4 femmes dépistées par un médecin généraliste (36,36 %) étaient mariées ou pacsées et 1 (9,09 %) vivait en couple.

4 femmes (36,36 %) étaient célibataires, 2 (18,18 %) étaient divorcées ou séparées et aucune femme n'était veuve.

6 femmes (54,54 %) vivaient seules (célibataire, divorcée ou séparée), contre 5 (45,45 %) qui vivaient en couple ou étaient mariées ou pacsées.

IV-6- Nombre d'enfants

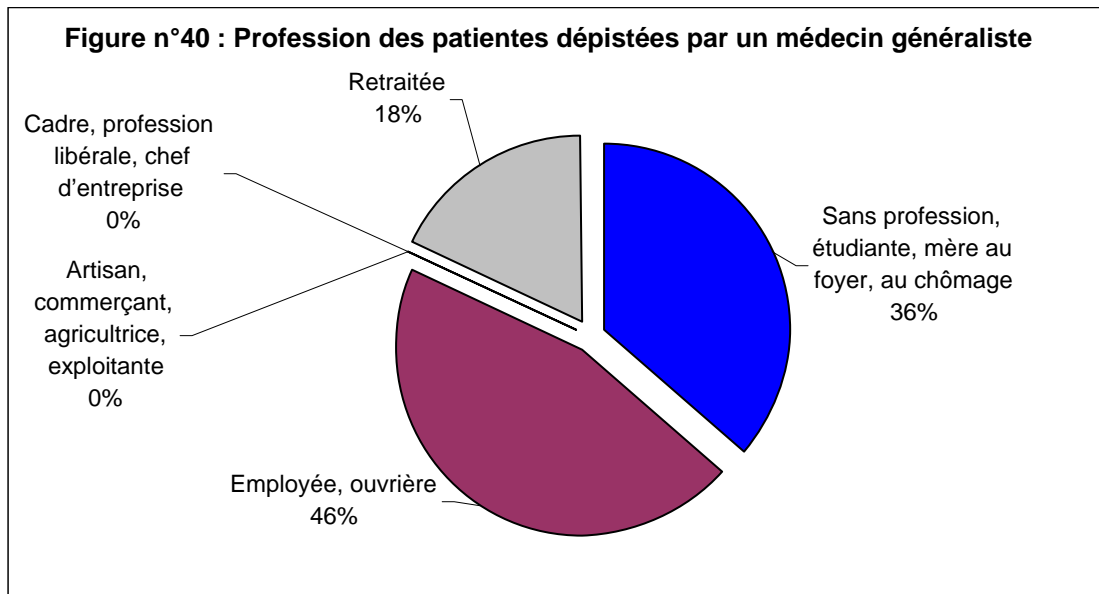


4 femmes dépistées par un médecin généraliste (36,36 %) n'avaient pas d'enfant.

7 femmes (63,64 %) avaient entre 1 et 4 enfants.

Médiane du nombre d'enfants : 2.

IV-7- Profession

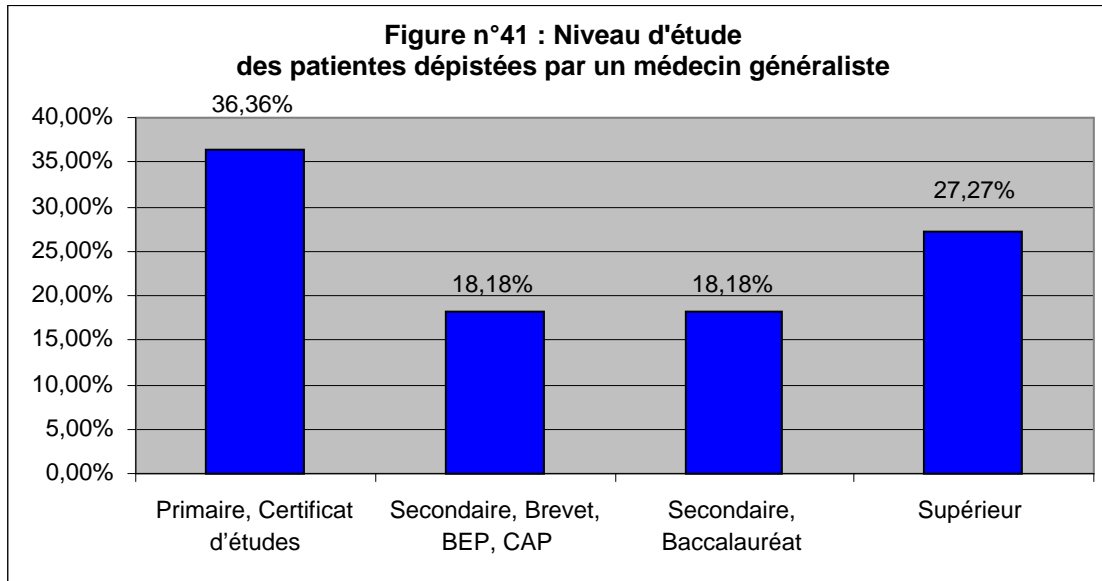


Les catégories socioprofessionnelles défavorisées étaient dépistées par un médecin généraliste : 4 femmes (36,36 %) étaient sans profession, étudiantes, mères au foyer ou au chômage et 5 femmes (45,45 %) étaient employées ou ouvrières.

2 femmes (18,18 %) étaient retraitées.

Aucune femme cadre, chef d'entreprise ou exerçant une profession libérale n'était dépistée par un médecin généraliste. De même, aucune femme artisan, commerçante, agricultrice ou exploitante n'était dépistée par un médecin généraliste.

IV-8- Niveau d'étude



Les femmes dépistées par un médecin généraliste avaient principalement un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude avec 4 femmes (36,36 %).

2 femmes dépistées par un médecin généraliste (18,18 %) avaient un niveau d'étude secondaire, brevet, BEP ou CAP.

2 femmes (18,18 %) avaient un niveau d'étude secondaire, baccalauréat.

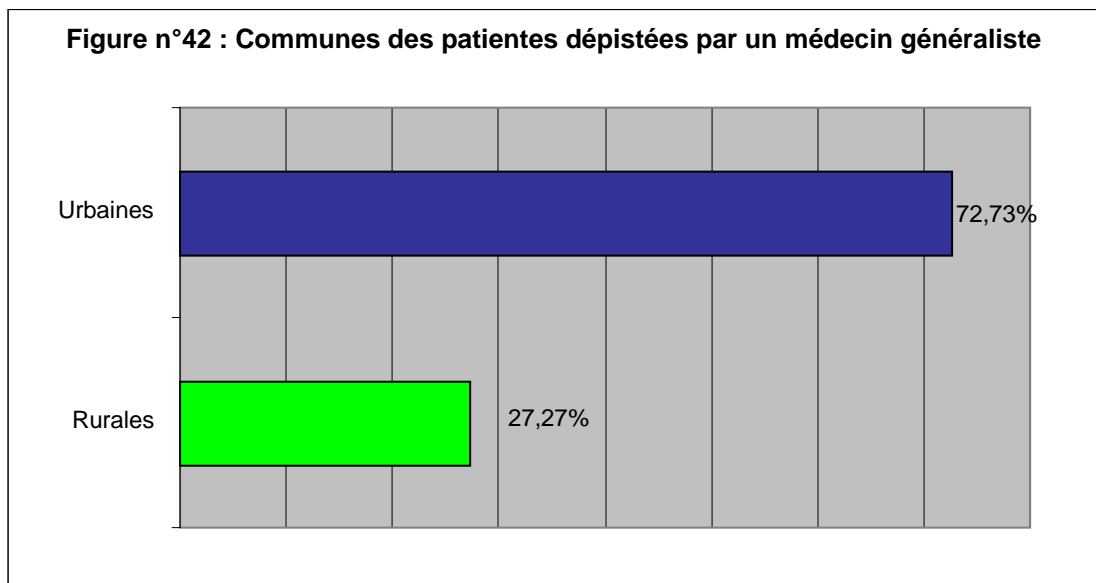
3 femmes (27,27 %) avaient un niveau d'étude supérieur.

IV-9- Commune d'habitation

IV-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

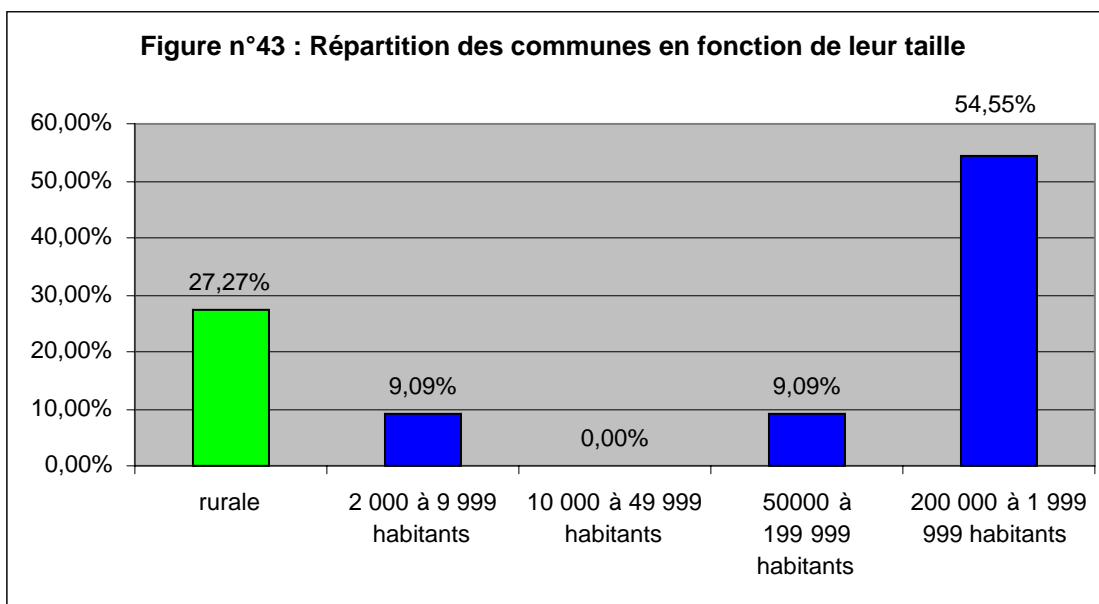
Les 11 femmes dépistées par un médecin généraliste (100 %) vivaient dans des communes classées en zone médicalisée.

IV-9-2- Commune rurale ou urbaine



8 femmes dépistées par un médecin généraliste (72,73 %) habitaient des communes urbaines.

3 femmes (27,27 %) habitaient des communes rurales.



1 femme dépistée par un médecin généraliste (9,09 %) vivait dans une commune de 2 000 à 9 999 habitants.

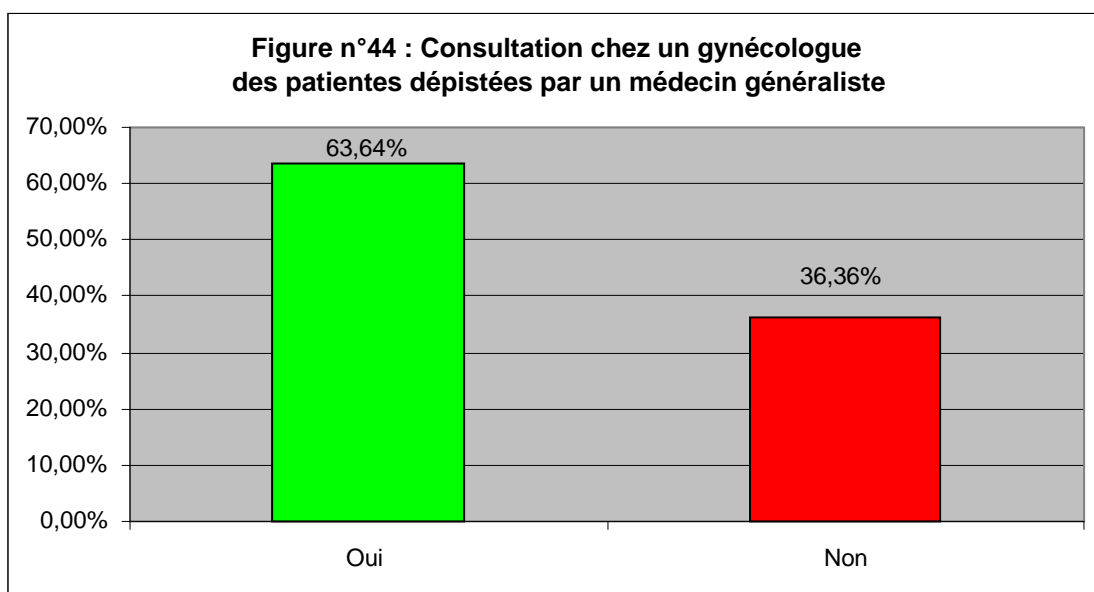
Aucune femme ne vivait dans une commune de 10 000 à 49 999 habitants.

1 femme (9,09 %) vivait dans une commune de 50 000 à 199 999 habitants.

6 femmes (54,55 %) vivaient dans des communes de 200 000 à 1 999 999 habitants.

IV-10- Consultation chez un gynécologue

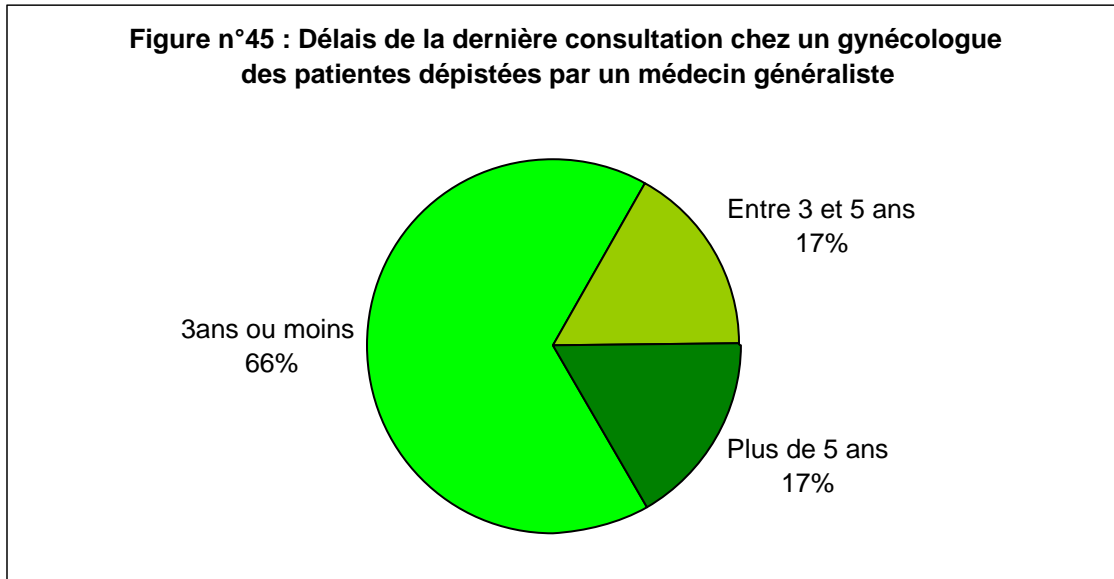
IV-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue



7 femmes dépistées par un médecin généraliste (63,64 %) avaient déclaré avoir déjà consulté un gynécologue.

4 (36,36 %) n'avaient jamais consulté de gynécologue.

IV-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue



6 réponses : 1 donnée manquante.

4 femmes dépistées par un médecin généraliste (66,67 %) avaient consulté un gynécologue moins de 3 ans auparavant.

1 femme (16,67 %) avait consulté un gynécologue entre 3 et 5 ans auparavant.

1 femme (16,67 %) avait consulté un gynécologue plus de 5 ans auparavant.

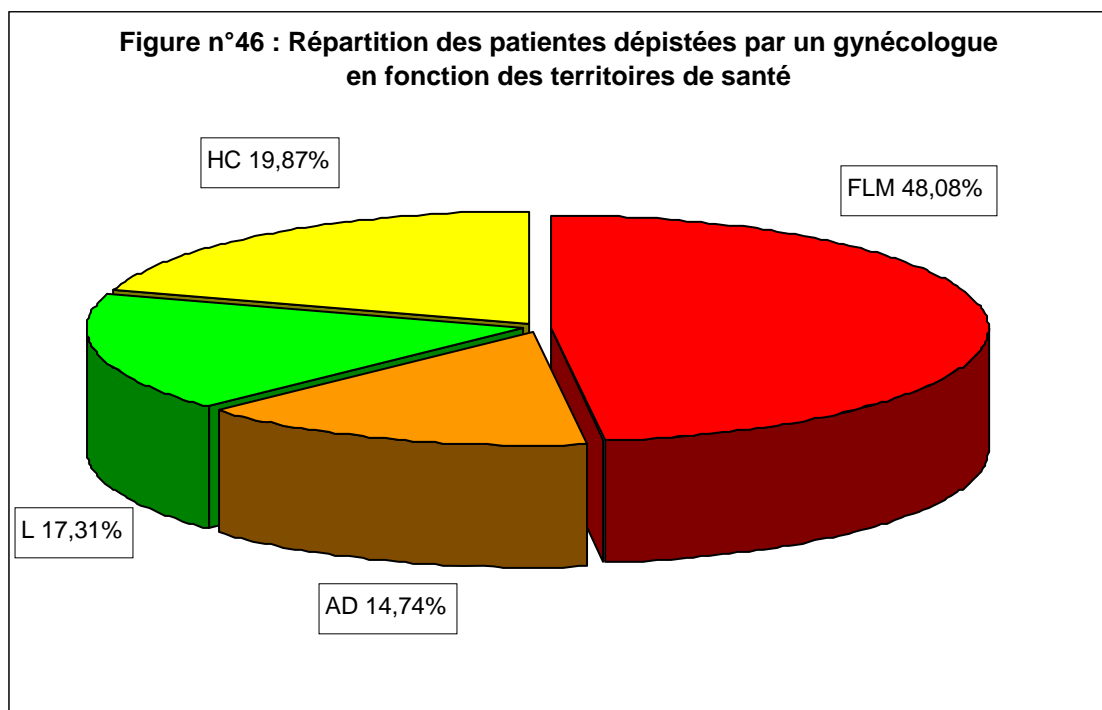
IV-11- Problèmes de santé d'ordre gynécologique

Les 11 femmes dépistées par un médecin généraliste (100%) avaient déclaré n'avoir jamais eu de problèmes de santé d'ordre gynécologique.

V- DESCRIPTION DES FEMMES DEPISTÉES PAR UN GYNECOLOGUE CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

156 patientes (90,17%) consultant en médecine générale suffisamment dépistées avaient réalisé leur dernier FCU chez un gynécologue.

V-1- Distribution selon les territoires de santé



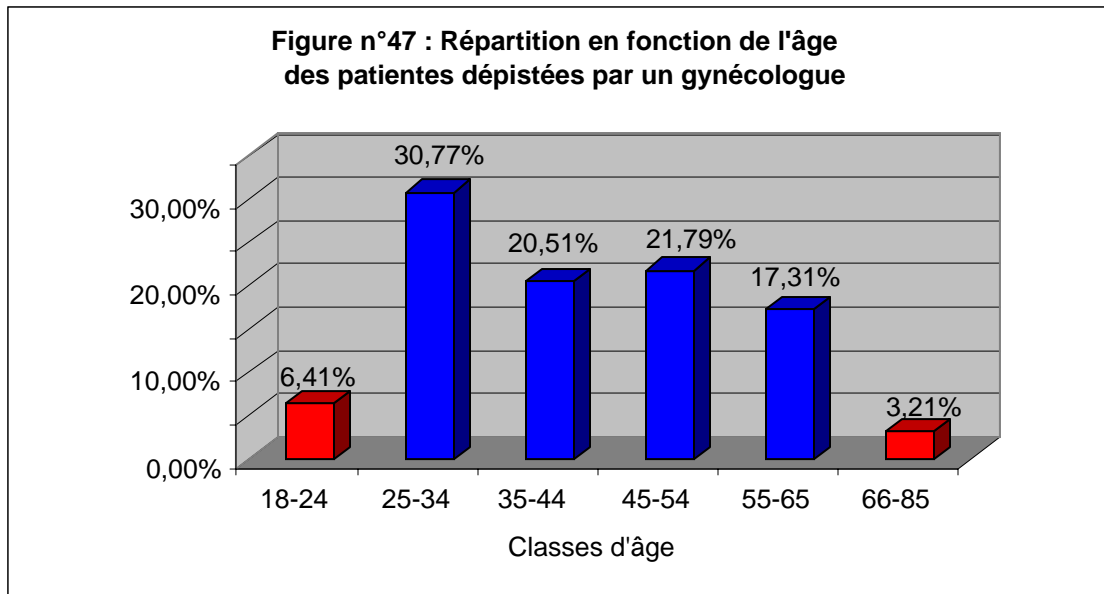
75 femmes dépistées par un gynécologue (48,08 %) se trouvaient dans le territoire de Flandre-Lille-Métropole (FLM), 27 (17,31 %) dans le territoire du Littoral (L), 23 (14,74 %) dans le territoire de l'Artois-Douais (AD) et 31 (19,87 %) dans le territoire de du Hainaut-Cambrasis (HC).

V-2- Motif de consultation

102 réponses : 54 données manquantes (34,61 %).

73 femmes dépistées par un gynécologue (71,57 %) venaient pour elles-mêmes, 27 (26,47 %) pour accompagner un proche et 2 (1,96 %) pour les deux.

V-3- Age des patientes



La plus jeune patiente dépistée par un gynécologue avait 18 ans, la plus âgée avait 79 ans. Médiane : 42 ans.

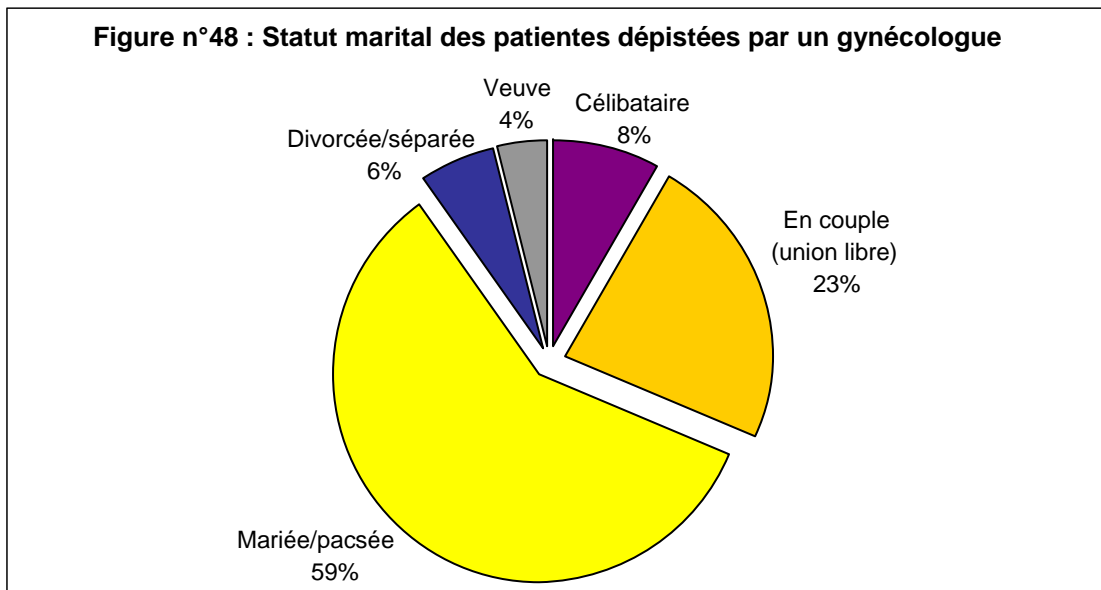
La tranche d'âge la plus dépistée par un gynécologue était la tranche 25 à 34 ans avec 48 patientes (30,77 %).

Dans les autres tranches d'âge dépistées par un gynécologue, il y avait :

- 32 patientes (20,51 %) âgées de 35 à 44 ans
- 34 patientes (21,79 %) âgées de 45 à 54 ans
- 27 patientes (17,31 %) âgées de 55 à 65 ans.

15 patientes (9,62 %) dépistées par un gynécologue étaient dépistées à tort : 10 patientes sur 13 (76,92 %) âgées de 18 à 24 ans et 5 patientes sur 6 (83,33 %) âgées de plus de 66 ans.

V-4- Statut marital

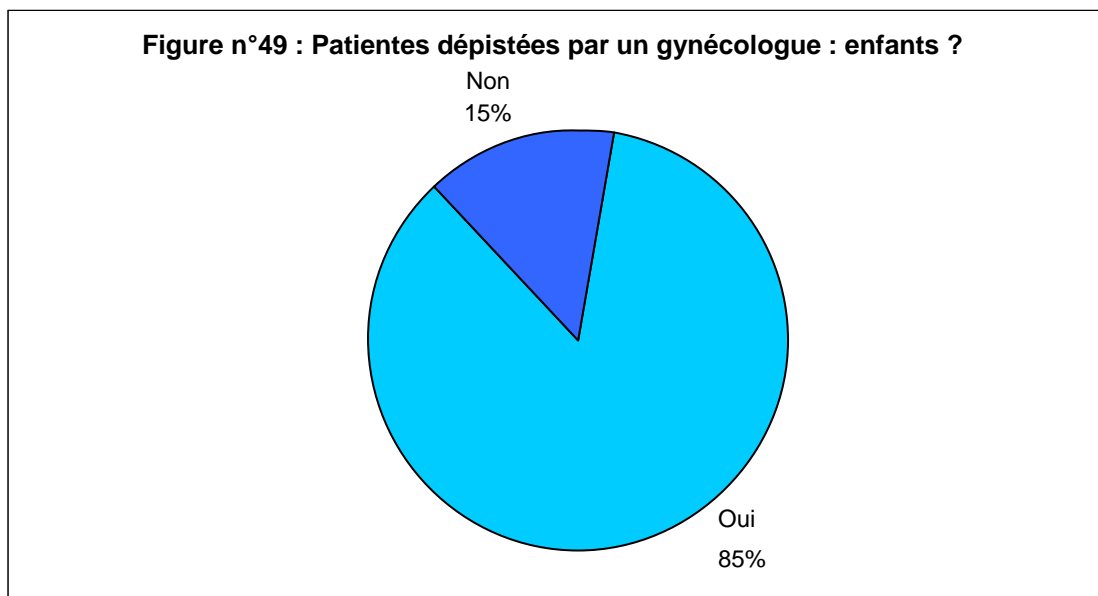


92 femmes dépistées par un gynécologue (58,97 %) étaient mariées ou pacsées et 36 (23,08 %) vivaient en couple.

13 femmes (8,33 %) étaient célibataires, 9 (5,77 %) étaient divorcées ou séparées et 6 (3,85 %) étaient veuves.

28 femmes (17,95 %) des patientes vivaient seule (célibataire, divorcée, séparée ou veuve), contre 128 (82,05 %) qui vivaient en couple ou mariées/pacsées.

V-5- Nombre d'enfants

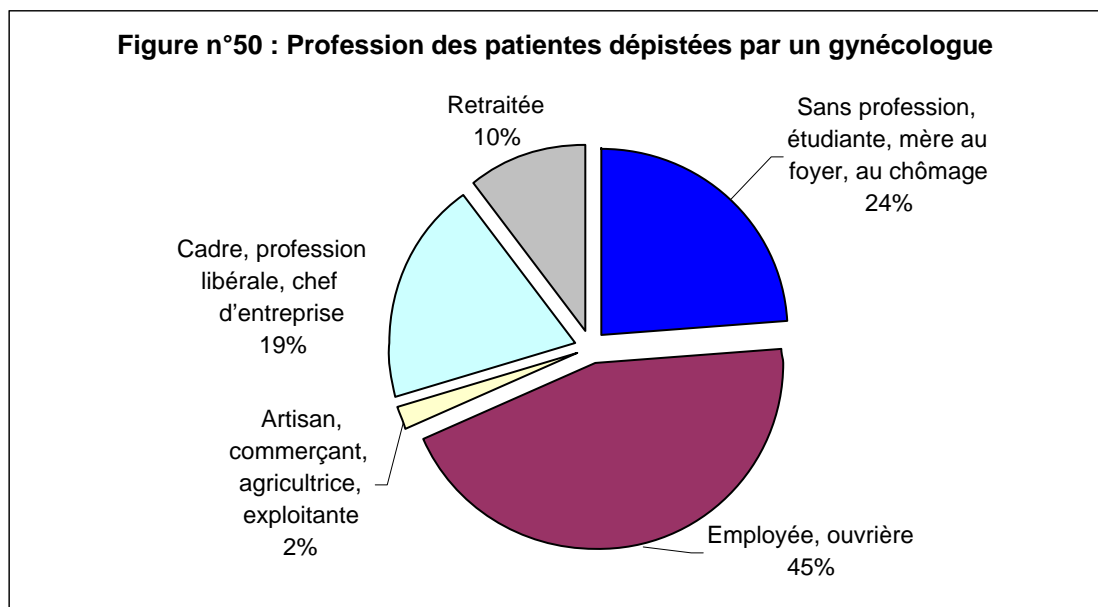


23 femmes dépistées par un gynécologue (14,74 %) n'avaient pas d'enfant.

133 femmes (85,26 %) avaient entre 1 et 7 enfants.

Médiane du nombre d'enfants : 2.

V-6- Profession



155 réponses : 1 donnée manquante.

37 femmes dépistées par un gynécologue (23,87 %) étaient sans profession, étudiantes, mères au foyer ou au chômage.

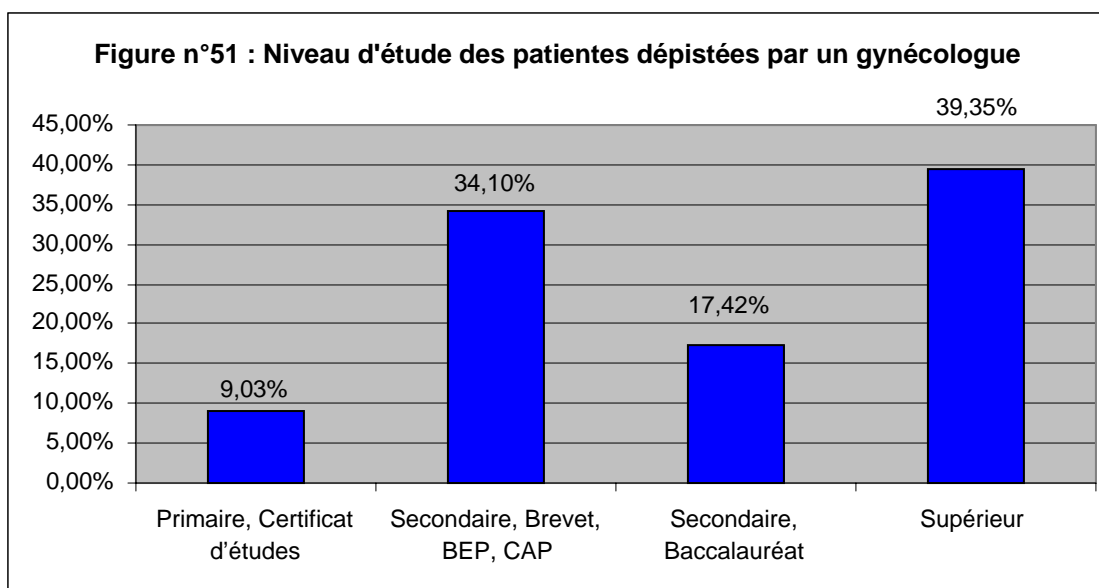
69 femmes (44,52 %) étaient employées ou ouvrières.

3 femmes (1,94 %) étaient artisans, commerçantes, agricultrices ou exploitantes.

30 femmes (19,35 %) étaient cadre, chef d'entreprise ou exerçaient une profession libérale.

16 femmes (10,32 %) étaient retraitées.

V-7- Niveau d'étude



155 réponses : 1 donnée manquante.

14 femmes dépistées par un gynécologue (9,03 %) avaient un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude.

53 (34,19 %) avaient un niveau d'étude secondaire, brevet, BEP ou CAP.

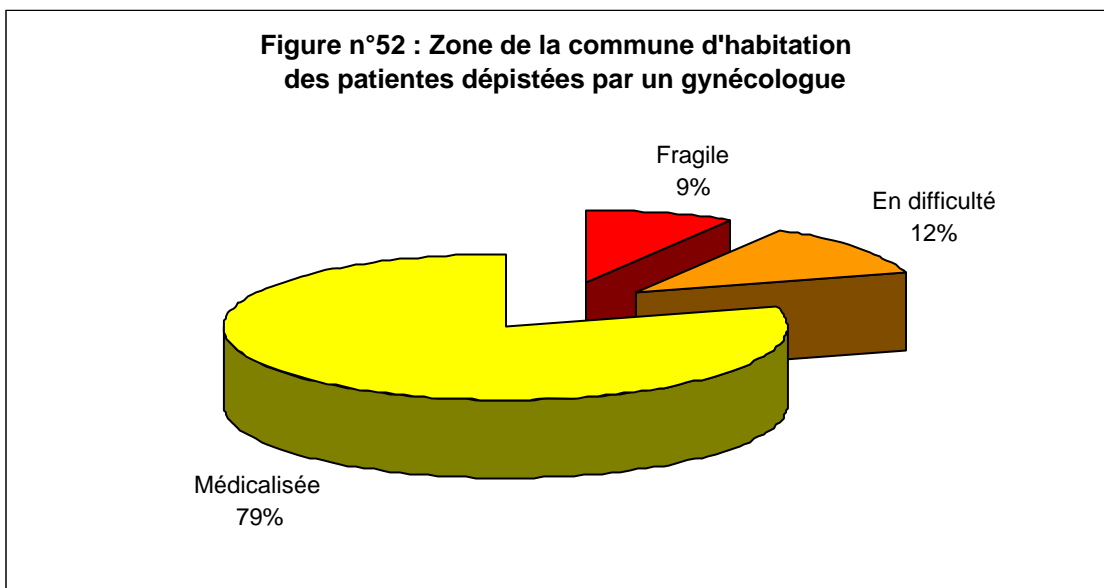
27 (17,42 %) avaient un niveau d'étude secondaire, baccalauréat.

61 (39,35 %) avaient un niveau d'étude supérieur.

V-8- Commune d'habitation

153 réponses : 3 données manquantes.

V-8-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

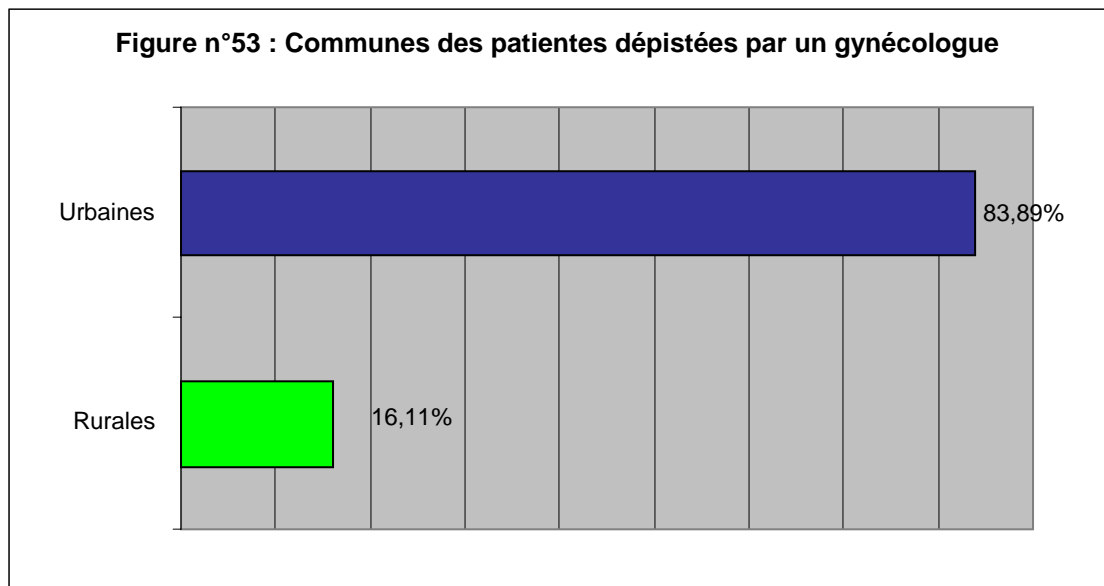


150 réponses : 6 données manquantes.

119 femmes dépistées par un gynécologue (79,93 %) vivaient dans des communes classées en zone médicalisée.

31 femmes (20,67 %) vivaient dans des zones « sous médicalisées » : 18 (12 %) dans des zones en difficulté et 13 (8,67 %) dans des zones fragiles.

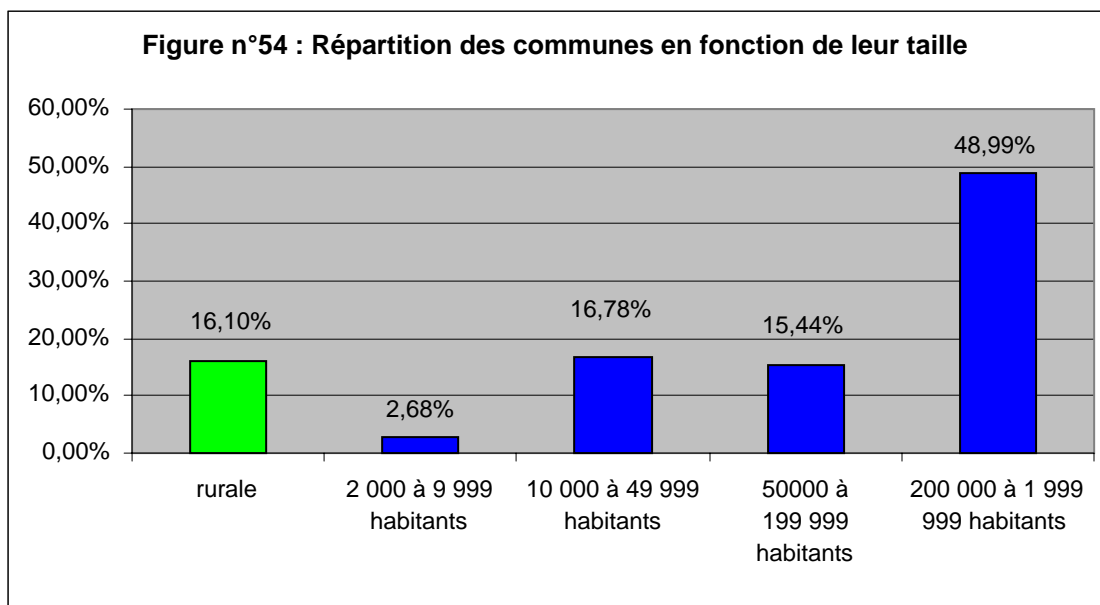
V-8-2- Commune rurale ou urbaine



149 réponses : 7 données manquantes.

125 femmes dépistées par un gynécologue (83,89 %) habitaient des communes urbaines.

24 femmes (16,11 %) habitaient des communes rurales.



4 femmes dépistées par un gynécologue (2,68 %) vivaient dans des communes de 2 000 à 9 999 habitants.

25 femmes (16,78 %) vivaient dans des communes de 10 000 à 49 999 habitants.

23 femmes (15,44 %) vivaient dans des communes de 50 000 à 199 999 habitants.

73 femmes (48,99 %) vivaient dans des communes de 200 000 à 1 999 999 habitants.

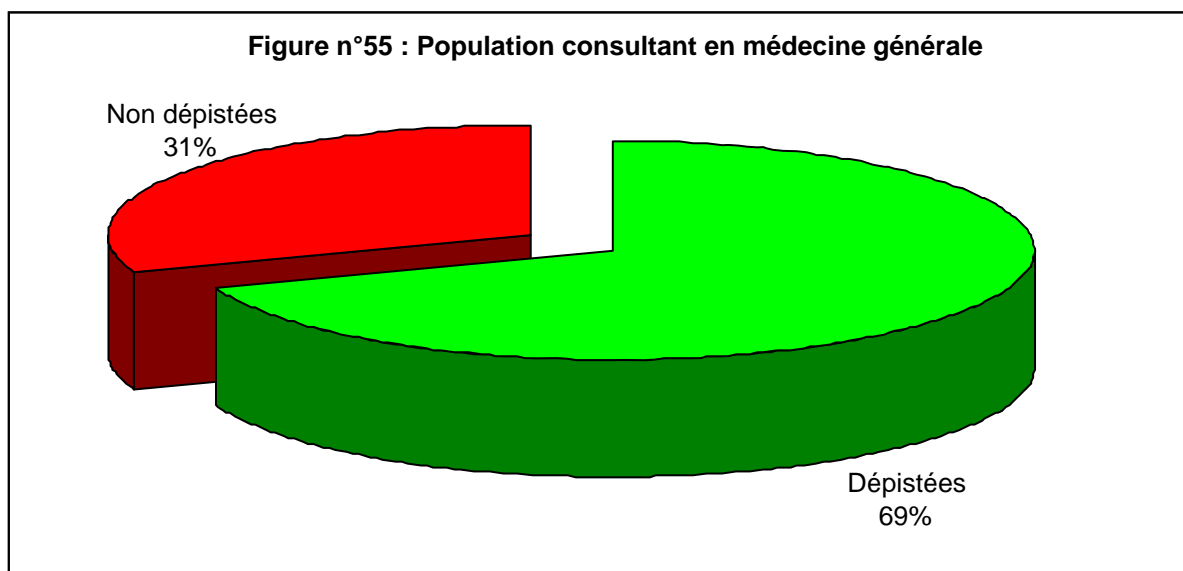
V-9- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue

155 femmes dépistées par un gynécologue (99,236 %) avaient consulté un gynécologue moins de 3 ans auparavant.

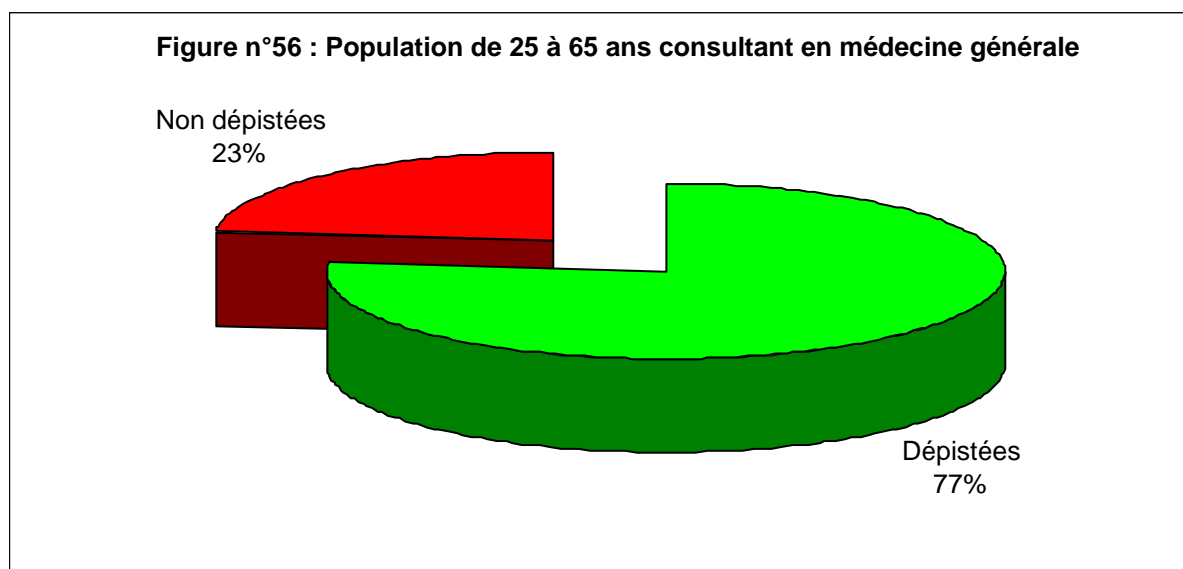
1 femme (0,64 %) avait consulté un gynécologue entre 3 et 5 ans auparavant. Il s'agit ici d'une erreur puisqu'elle déclare avoir fait son dernier FCU par un gynécologue entre 1 et 3 ans.

VI- DESCRIPTION DES FEMMES NON OU INSUFFISAMMENT DEPISTÉES CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

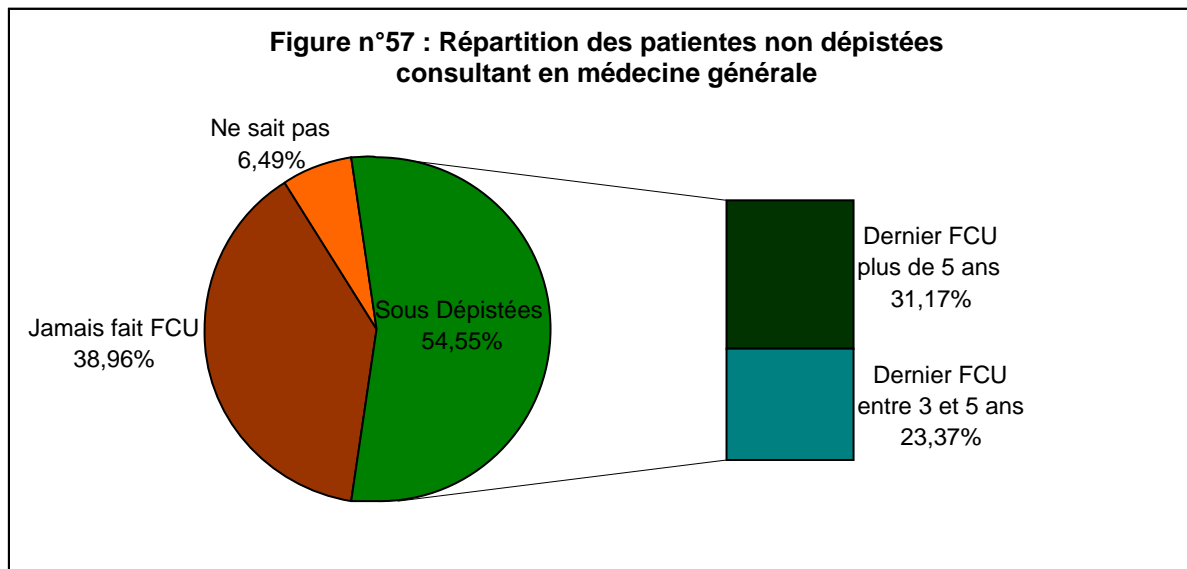
Pour étudier la population des femmes non ou insuffisamment dépistées consultant en médecine générale, nous avons exclu les 25 patientes avec des antécédents modifiant le dépistage. Une patiente n'avait pas précisé si elle avait déjà réalisé un FCU. Nous disposons donc de 251 questionnaires.



77 femmes (30,68 %) consultant en médecine générale n'étaient pas dépistées pour le cancer du col de l'utérus.

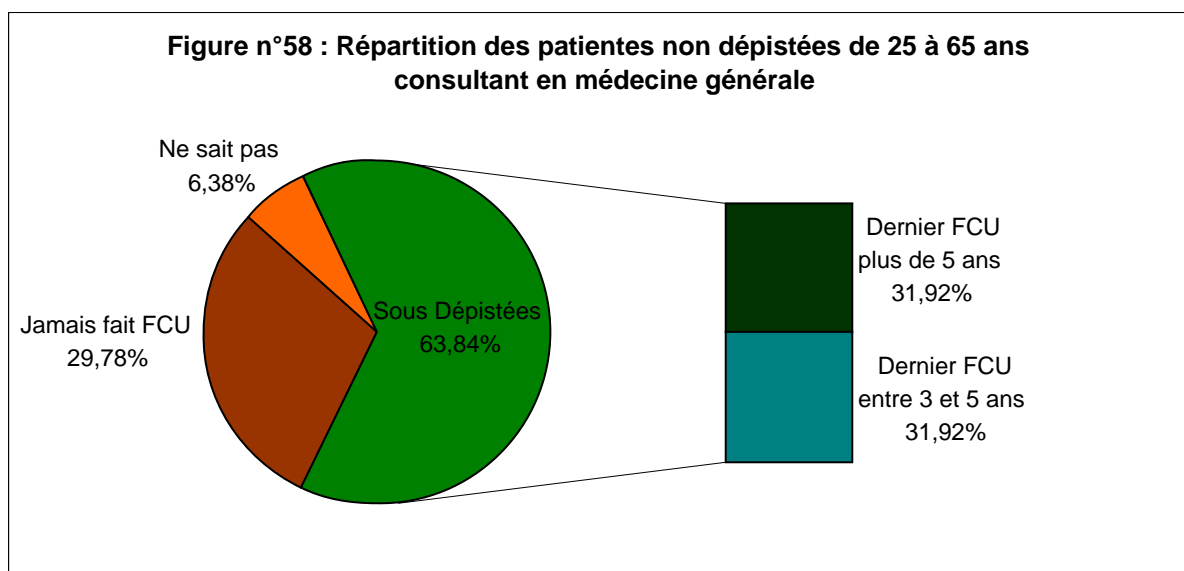


47 femmes (23,27 %) de 25 à 65 ans consultant en médecine générale n'étaient pas dépistées pour le cancer du col de l'utérus.



Les patientes non dépistées consultant en médecine générale se répartissaient de la manière suivante :

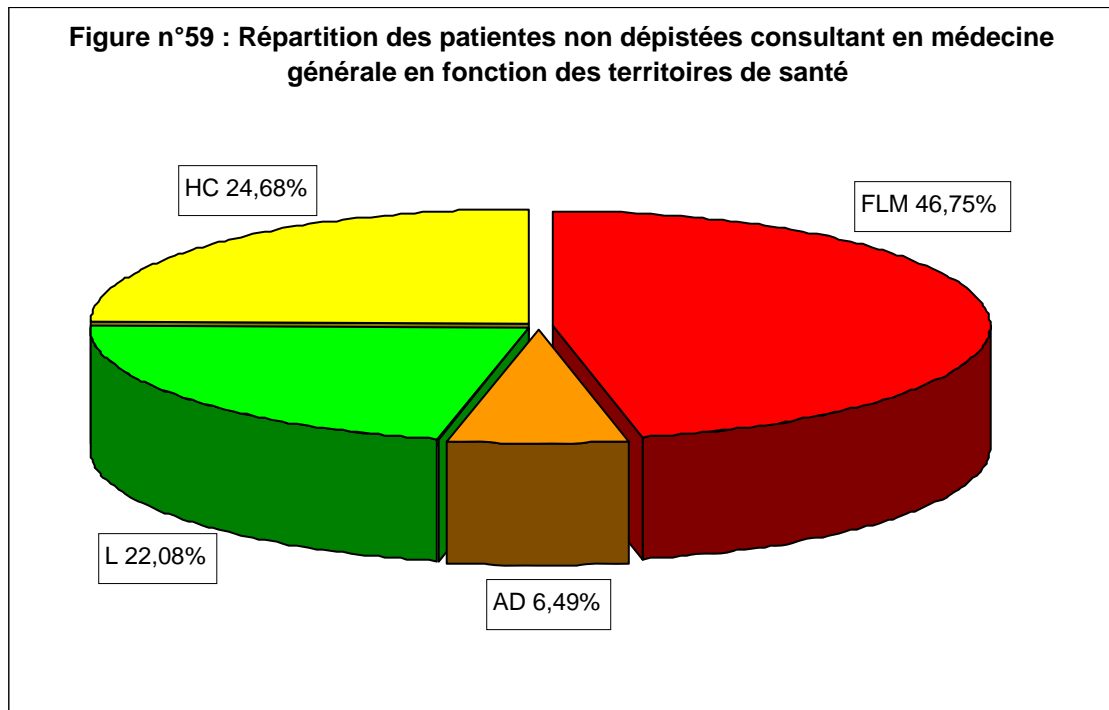
- 30 femmes (38,96 %) n'avaient jamais réalisé de FCU.
- 5 (6,49 %) ne savaient pas si elles avaient déjà réalisé un FCU.
- 42 (54,55 %) étaient sous-dépistées : 18 (23,37 %) avaient réalisé leur dernier FCU entre 3 et 5 ans et 24 (31,17 %) l'avaient réalisé plus de 5 ans auparavant.



Chez les patientes de 25 à 65 ans :

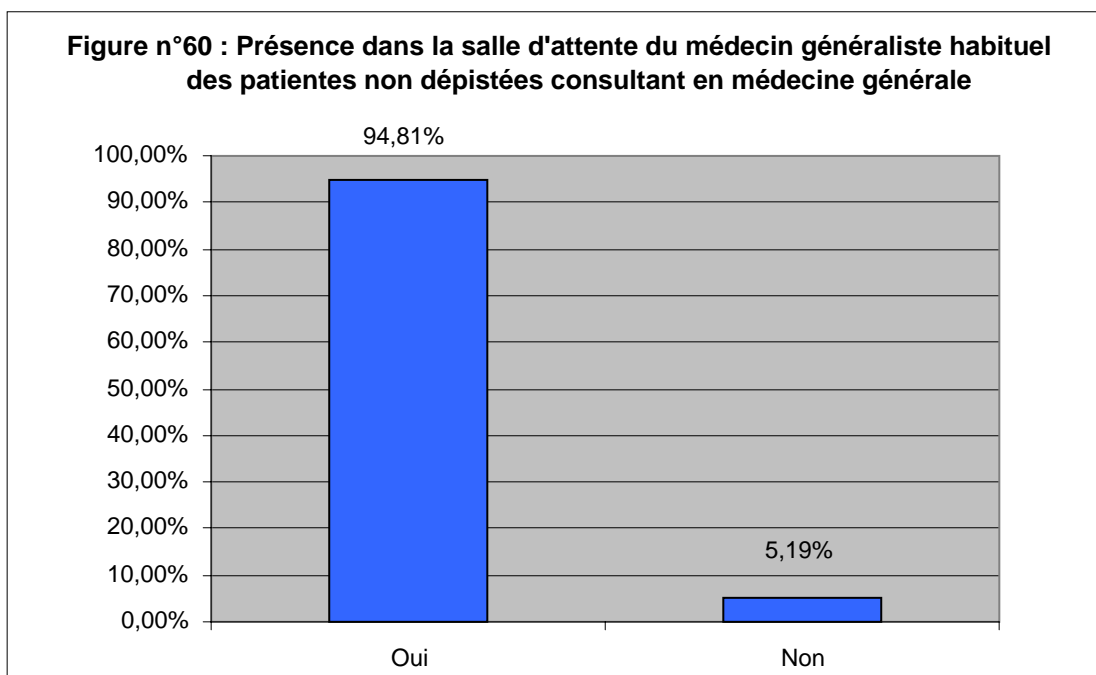
- 14 femmes (29,78 %) n'avaient jamais réalisé de FCU.
- 3 (6,49 %) ne savaient pas si elles avaient déjà réalisé un FCU.
- 30 (63,84 %) étaient sous-dépistées : 15 (31,92 %) avaient réalisé leur dernier FCU entre 3 et 5 ans et 15 (31,92 %) l'avaient réalisé plus de 5 ans auparavant.

VI-1- Distribution selon les territoires de santé



36 femmes non dépistées (46,75 %) se trouvaient dans le territoire de Flandre-Lille-Métropole (FLM), 17 (22,08 %) dans le territoire du Littoral (L), 5 (6,49 %) dans le territoire de l'Artois-Douais (AD) et 19 (24,68 %) dans le territoire du Hainaut-Cambrasis (HC).

VI-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel



73 femmes non dépistées (94,81 %) étaient dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

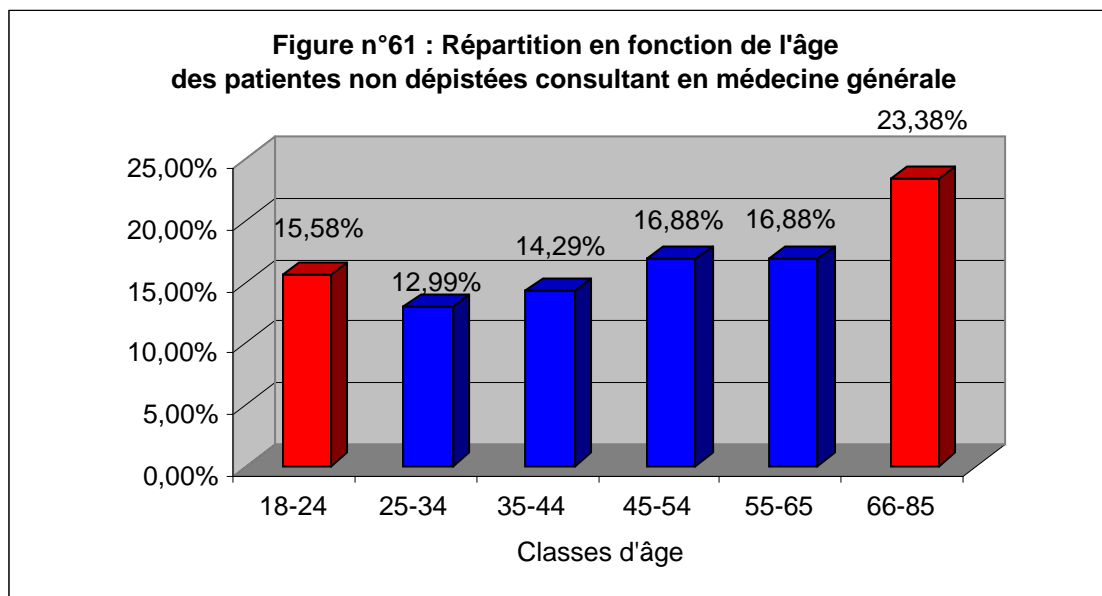
4 (5,19 %) n'étaient pas dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

VI-3- Motif de consultation

54 réponses : 23 données manquantes (29,87 %).

38 femmes non dépistées (70,37 %) venaient pour elles-mêmes, 14 (25,93 %) pour accompagner un proche et 2 (3,7 %) pour les 2.

VI-4- Age des patientes



La plus jeune patiente non dépistée avait 18 ans, la plus âgée avait 85 ans.

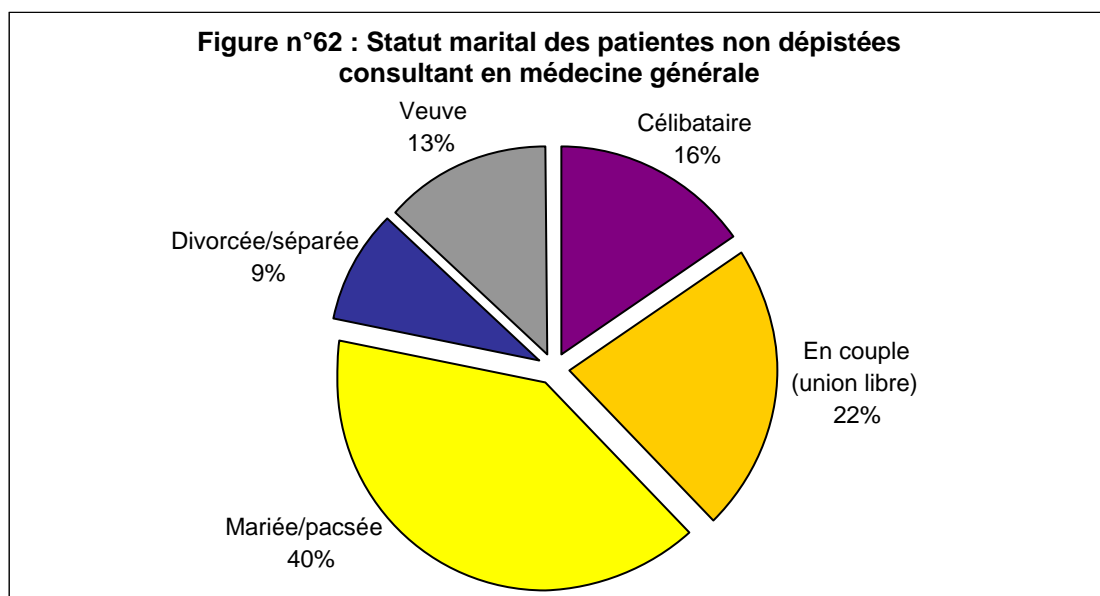
Médiane : 50 ans.

Au sein de la population cible (25 à 65 ans), les femmes non dépistées étaient :

- 10 âgées de 25 à 34 ans (12,99 %)
- 11 de 35 à 44 ans (14,29 %)
- 13 de 45 à 54 ans (16,88 %)
- 13 de 55 à 65 ans (16,88 %).

En dehors de la zone d'âge cible, il y avait 12 femmes âgées de 18 à 24 ans (15,58 %) et 18 femmes âgées de plus de 65 ans (23,38 %).

VI-5- Statut marital



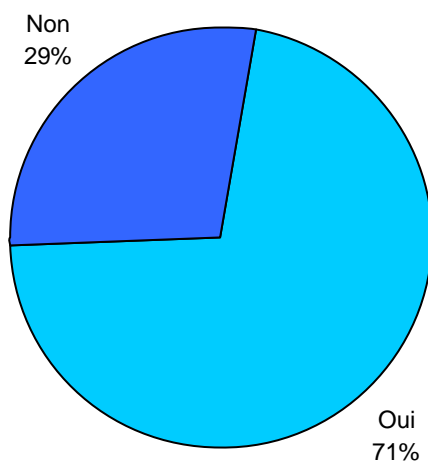
31 femmes non dépistées (40,26 %) étaient mariées ou pacsées et 17 (22,08 %) vivaient en couple.

12 femmes (15,58 %) étaient célibataires, 7 (9,09 %) étaient divorcées ou séparées et 10 (12,99 %) étaient veuves.

29 femmes (37,66 %) vivaient seules (célibataire, divorcée, séparée ou veuve), contre 48 (63,34 %) qui vivaient en couple ou mariées/pacsées.

VI-6- Nombre d'enfants

Figure n°63 : Patientes non dépistées consultant en médecine générale : enfants ?



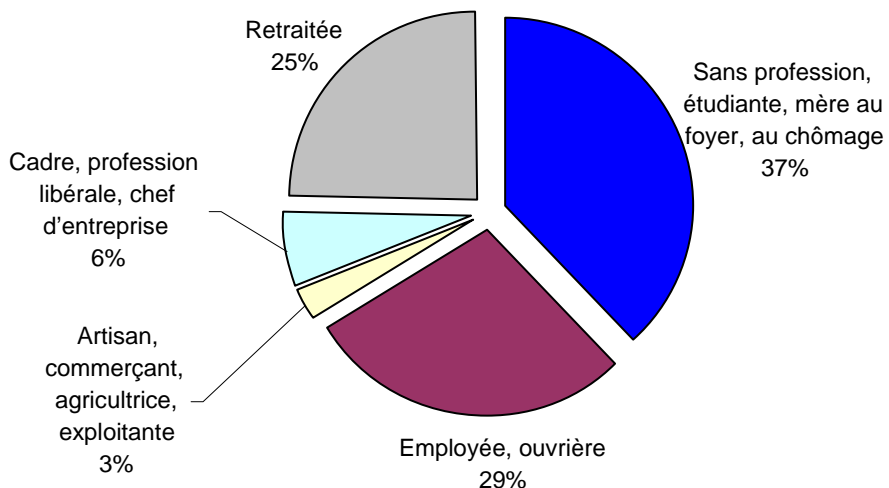
22 femmes non dépistées (28,57 %) n'avaient pas d'enfant.

55 femmes (71,43 %) avaient entre 1 et 7 enfants.

Médiane du nombre d'enfants : 2.

VI-7- Profession

Figure n°64 : Profession des patientes non dépistées consultant en médecine générale



29 femmes non dépistées (37,66 %) étaient sans profession, étudiantes, mères au foyer ou au chômage.

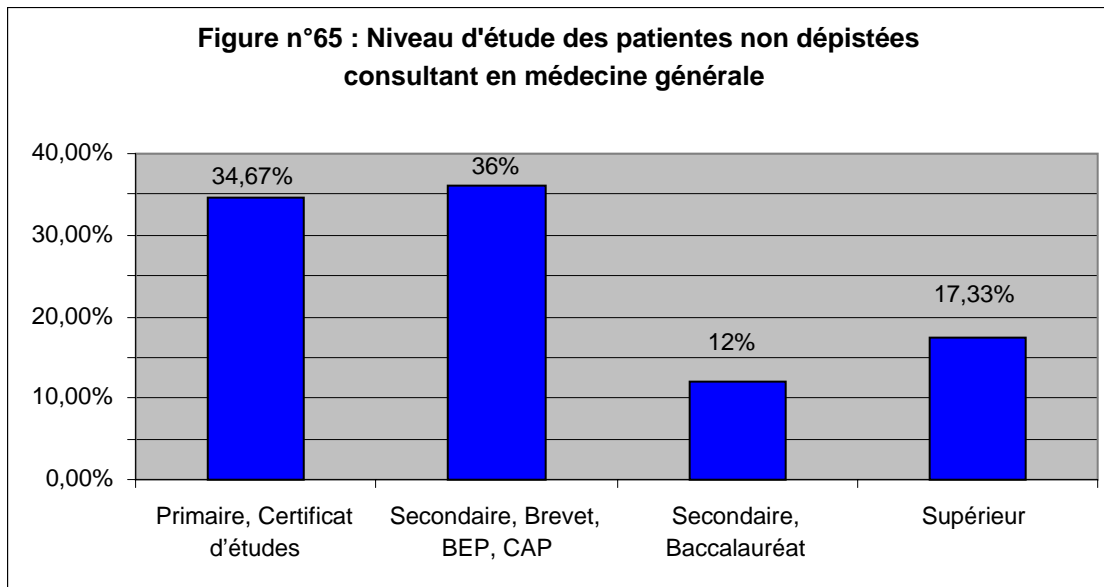
22 femmes (28,57 %) étaient employées ou ouvrières.

2 femmes (2,6 %) étaient artisans, commerçantes, agricultrices ou exploitantes.

5 femmes (6,49 %) étaient cadre, chef d'entreprise ou exerçaient une profession libérale.

19 femmes (24,68 %) étaient retraitées.

VI-8- Niveau d'étude



75 réponses : 2 données manquantes.

26 femmes non dépistées (34,67 %) avaient un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude.

27 (36 %) avaient un niveau d'étude secondaire, brevet, BEP ou CAP.

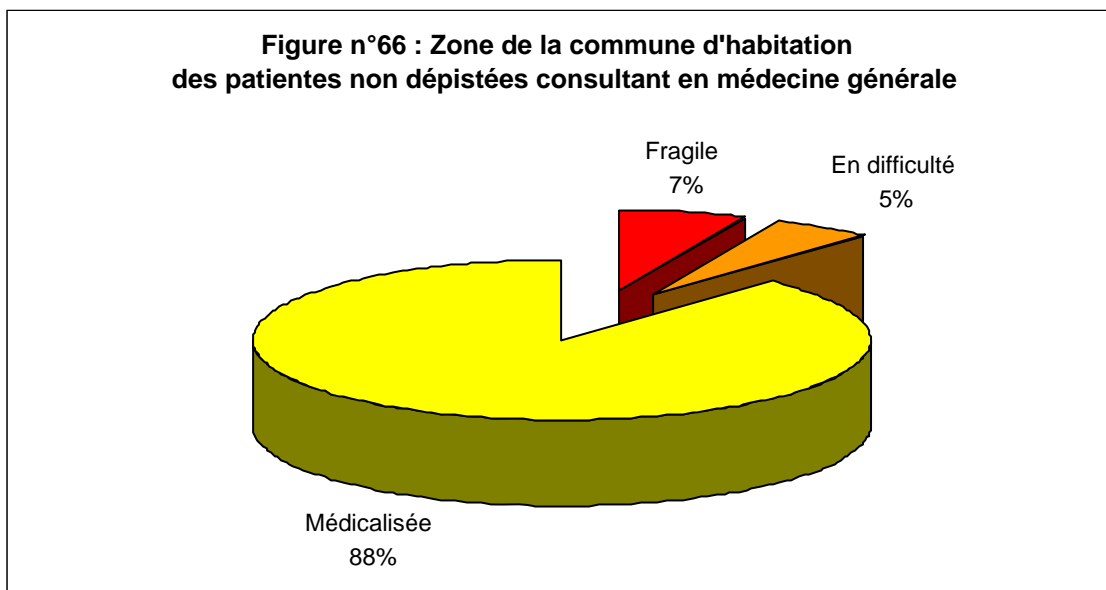
9 (12 %) avaient un niveau d'étude secondaire, baccalauréat.

13 (17,33 %) avaient un niveau d'étude supérieur.

VI-9- Commune d'habitation

76 réponses : 1 donnée manquante.

VI-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

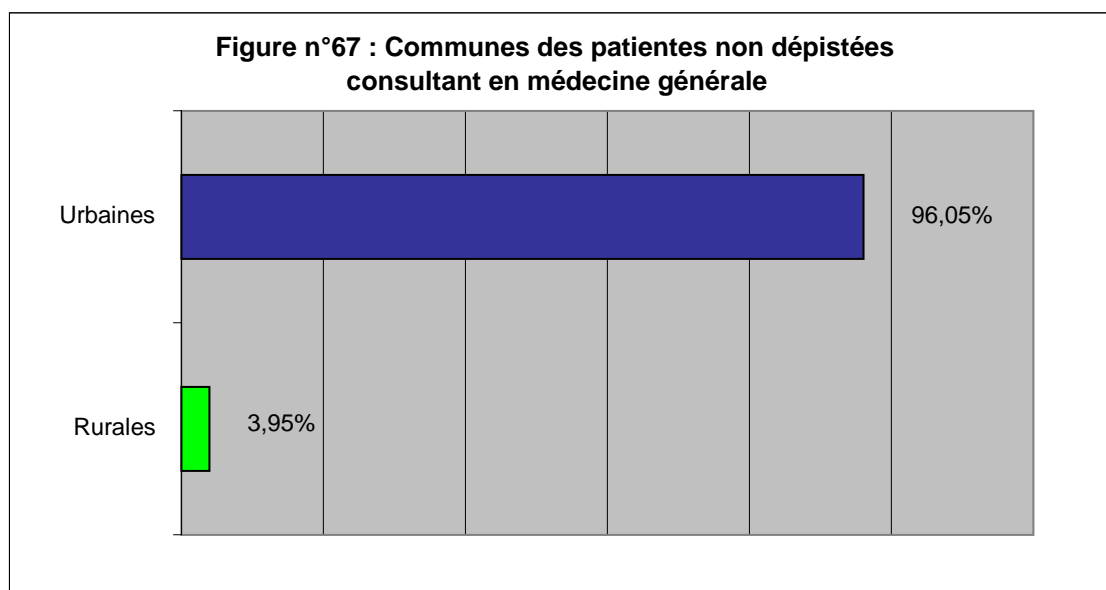


76 réponses : 1 donnée manquante.

67 femmes non dépistées (88,16 %) vivaient dans des communes classées en zone médicalisée.

9 femmes (11,84 %) vivaient dans des zones « sous médicalisées » : 4 (5,26 %) dans des zones en difficulté et 5 (6,58 %) dans des zones fragiles.

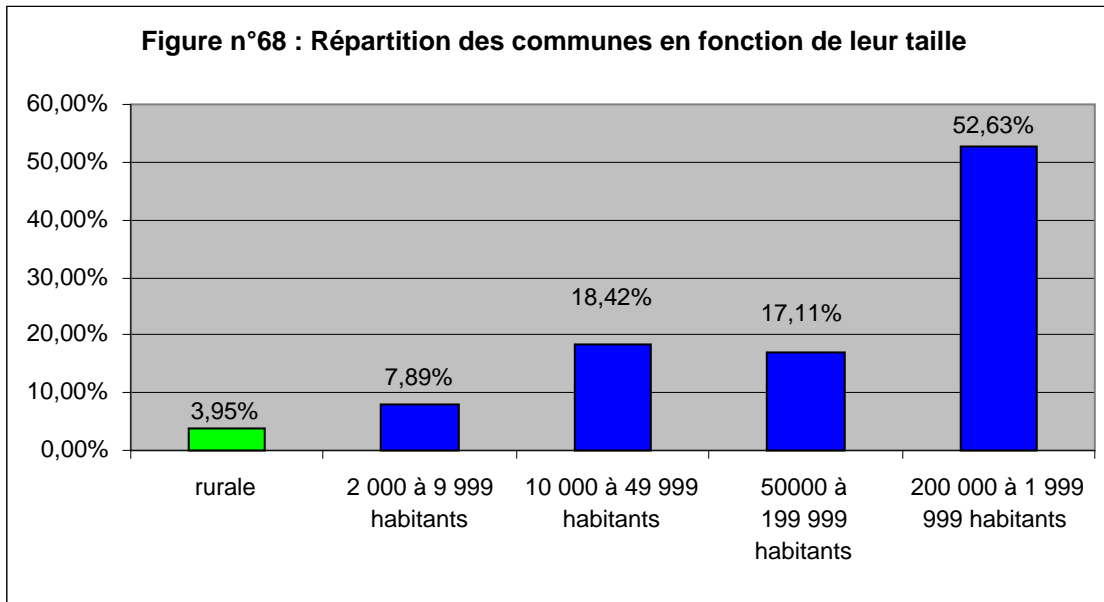
VI-9-2- Commune rurale ou urbaine



76 réponses : 1 donnée manquante.

73 femmes non dépistées (96,05 %) habitaient des communes urbaines.

3 femmes (3,95 %) habitaient des communes rurales.



6 femmes (7,89 %) vivaient dans des communes de 2 000 à 9 999 habitants.

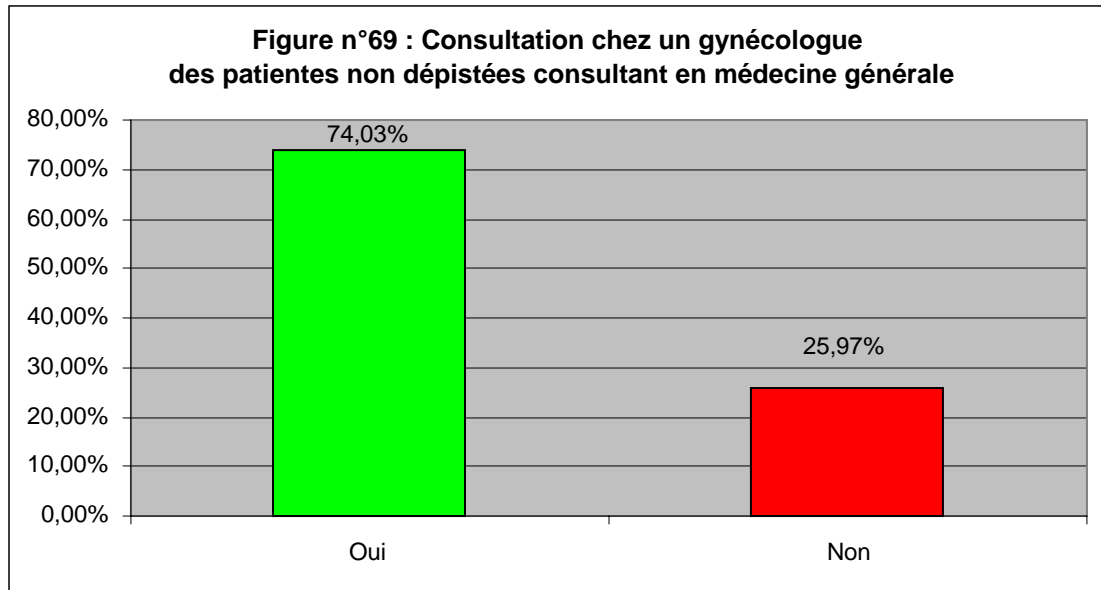
14 femmes (18,42 %) vivaient dans des communes de 10 000 à 49 999 habitants.

13 femmes (17,11 %) vivaient dans des communes de 50 000 à 199 999 habitants.

40 femmes (52,63 %) vivaient dans des communes de 200 000 à 1 999 999 habitants.

VI-10- Consultation chez un gynécologue

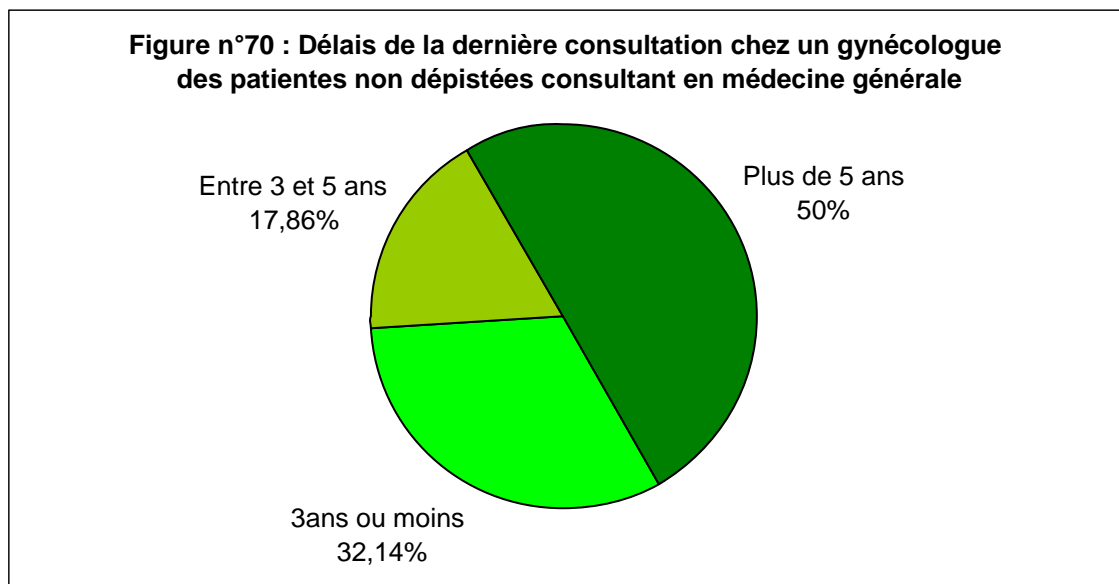
VI-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue



57 femmes non dépistées (74,03 %) avaient déclaré avoir déjà consulté un gynécologue.

20 (25,97 %) n'avaient jamais consulté de gynécologue.

VI-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue



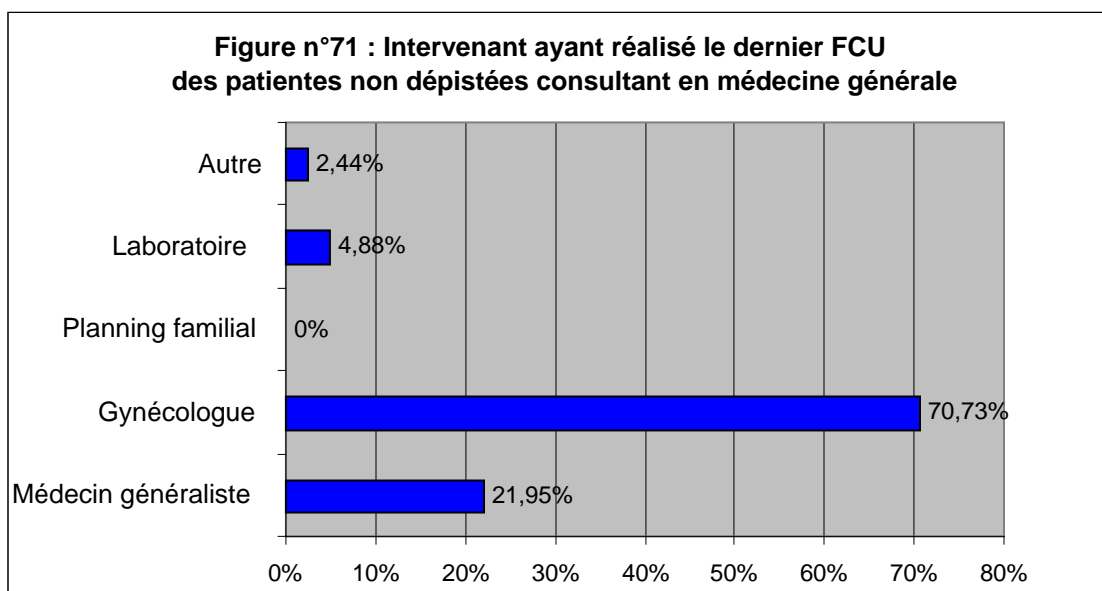
76 réponses : 1 donnée manquante.

18 femmes non dépistées (32,14 %) avaient consulté un gynécologue moins de 3 ans auparavant.

10 femmes (17,86 %) avaient consulté un gynécologue entre 3 et 5 ans auparavant.

28 femmes (50 %) avaient consulté un gynécologue plus de 5 ans auparavant.

VI-11- Intervenant ayant réalisé le dernier FCU



41 réponses : 36 données manquantes (46,75 %).

29 femmes non dépistées (70,73 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un gynécologue.

9 femmes (21,95 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un médecin généraliste.

Aucune femme n'avait réalisé son dernier FCU au planning familial.

2 femmes (4,88 %) avaient réalisé leur dernier FCU au laboratoire.

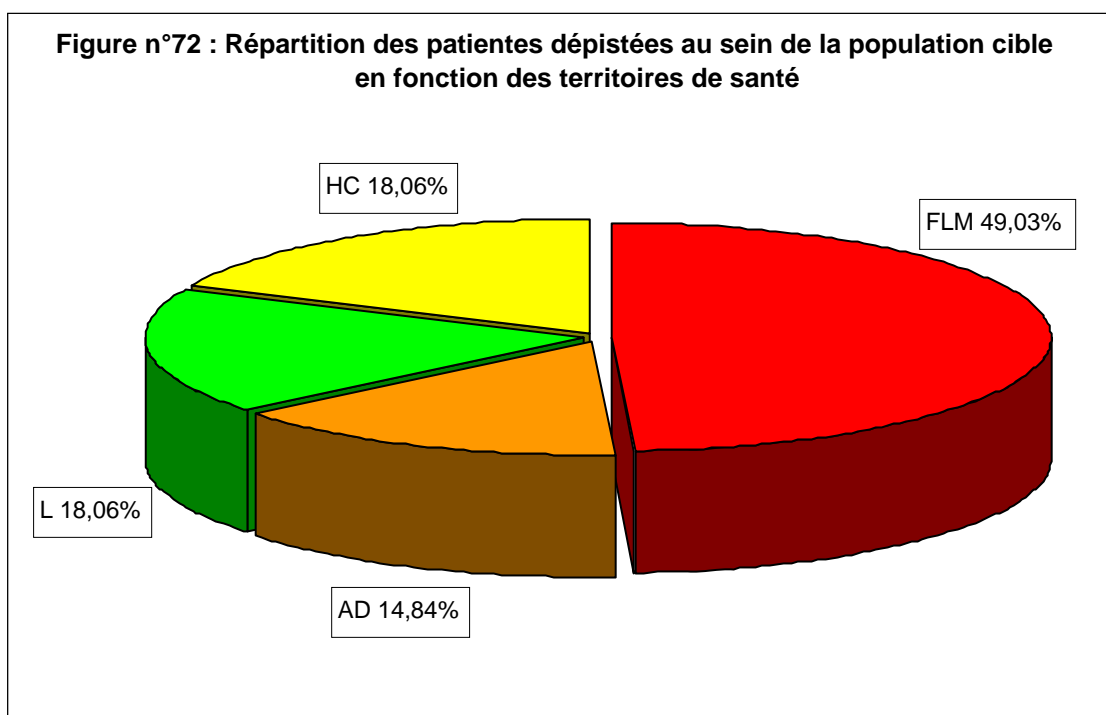
1 femme (2,44 %) avait réalisé son dernier FCU dans une autre structure.

VII- DESCRIPTION DES FEMMES DEPISTÉES AU SEIN DE LA POPULATION CIBLE

Pour étudier la population des femmes dépistées au sein de la population cible, nous avons exclu les patientes ayant des antécédents modifiant le dépistage ainsi que les patientes de moins de 25 ans et celles de plus de 65 ans. Nous disposons de 219 questionnaires.

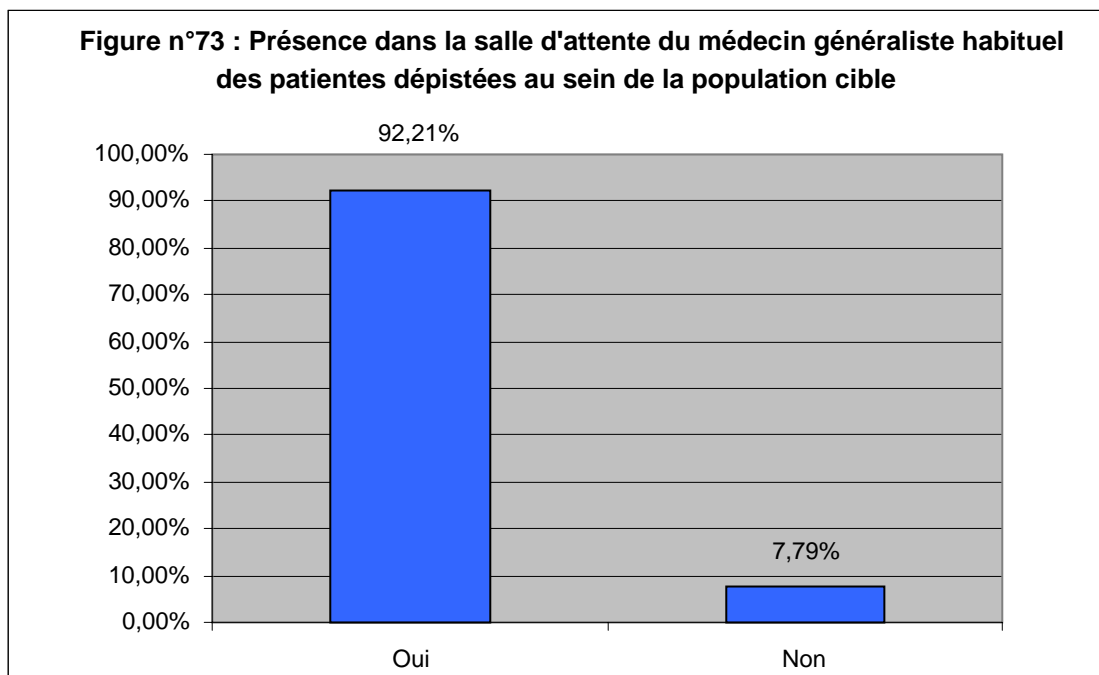
155 femmes au sein de la population cible étaient dépistées pour le cancer du col de l'utérus. Leur dernier FCU avait été réalisé entre 1 et 3 ans, ces patientes correspondent donc aux femmes suffisamment dépistées et surdépistées.

VII-1- Distribution selon les territoires de santé



76 femmes dépistées (49,03 %) se trouvaient dans le territoire de Flandre-Lille-Métropole (FLM), 28 (18,06 %) dans le territoire du Littoral (L), 23 (14,84 %) dans le territoire de l'Artois-Douais (AD) et 28 (18,06 %) dans le territoire du Hainaut-Cambrasis (HC).

VII-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel



154 réponses : 1 donnée manquante.

142 femmes dépistées (92,21 %) avaient déclaré être dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

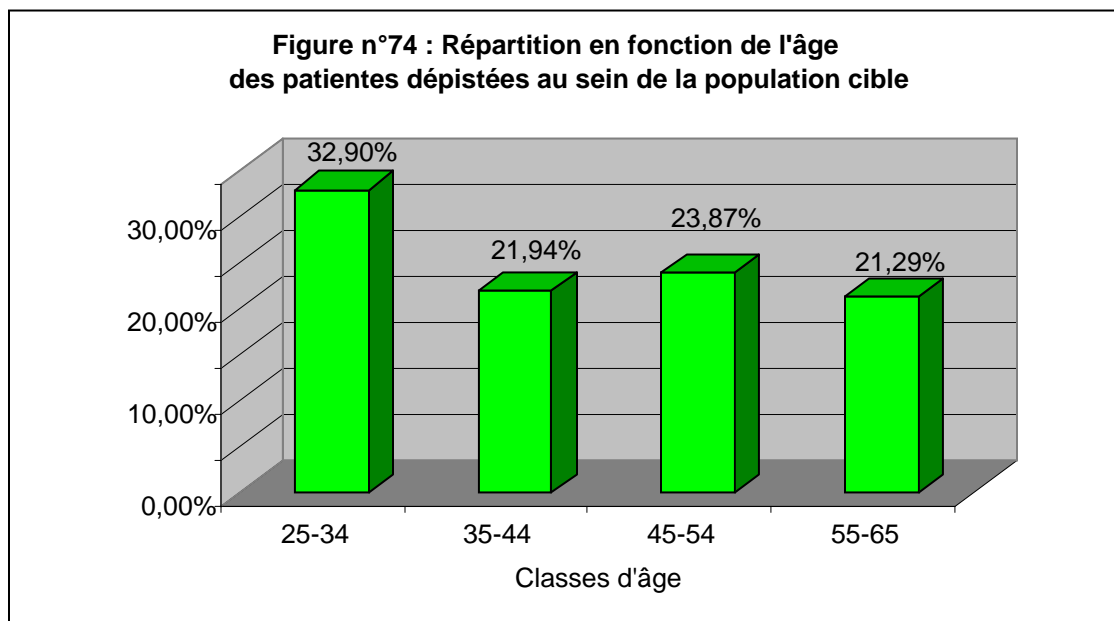
12 (7,79 %) n'étaient pas dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

VII-3- Motif de consultation

98 réponses : 57 données manquantes (36,77 %).

68 femmes dépistées (72,32 %) venaient pour elles-mêmes, 27 (27,55 %) pour accompagner un proche et 3 (3,06 %) pour les 2.

VII-4- Age des patientes



La plus jeune patiente dépistée avait 25 ans, la plus âgée avait 65 ans.

Médiane : 42 ans.

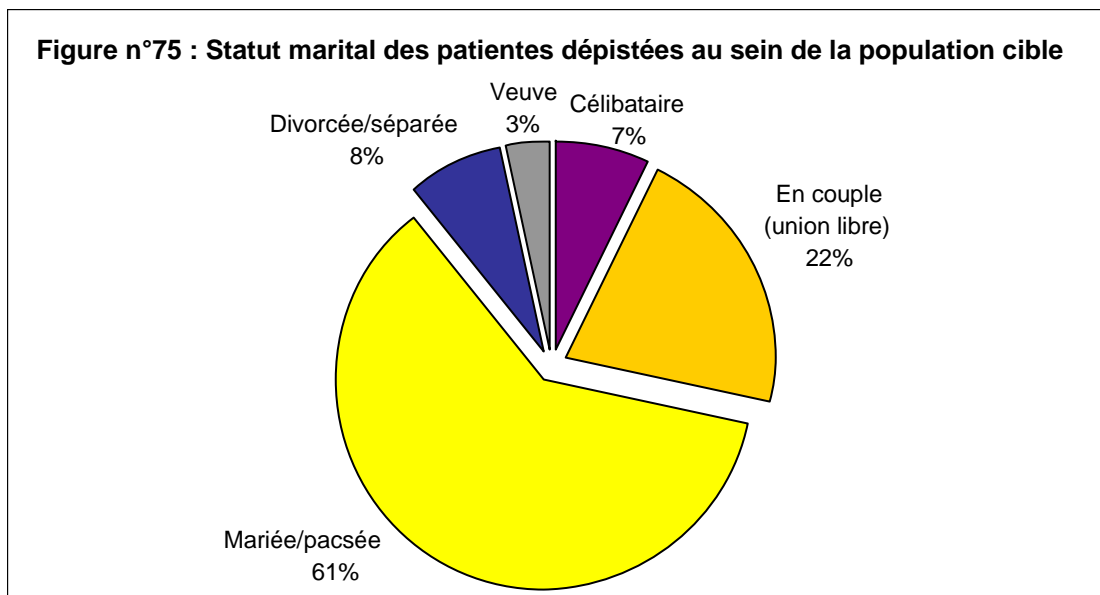
51 femmes dépistées (32,90 %) avaient entre 25 et 34 ans.

34 (21,94 %) avaient entre 35 et 44 ans.

37 (23,87 %) avaient entre 45 et 54 ans.

33 (21,29 %) avaient entre 55 et 65 ans.

VII-5- Statut marital

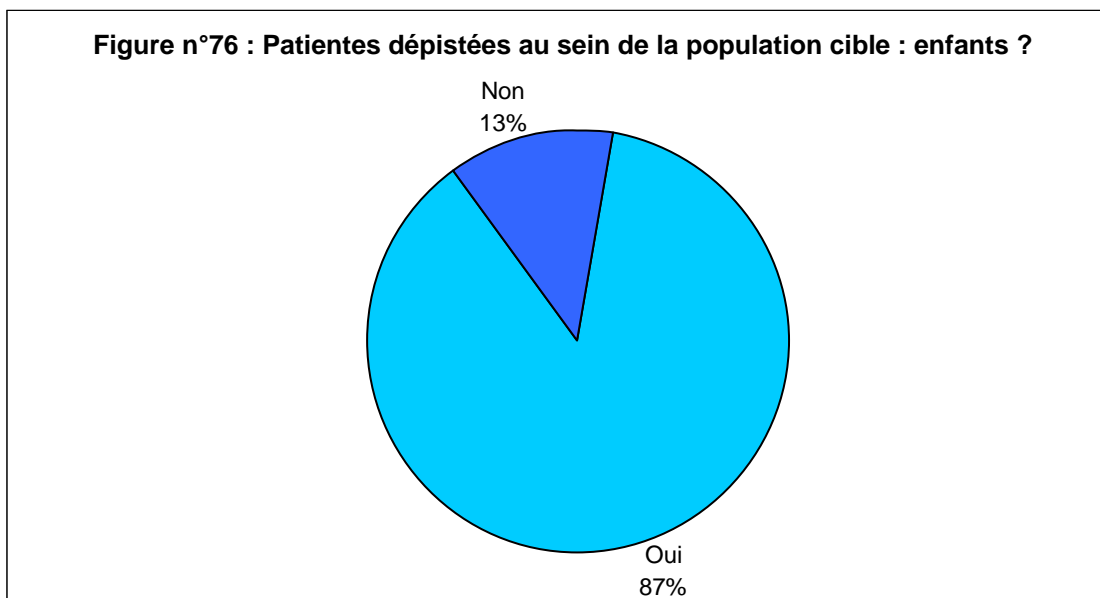


94 femmes dépistées (60,65 %) étaient mariées ou pacsées et 33 (21,29 %) vivaient en couple.

11 femmes (7,10 %) étaient célibataires, 12 (7,74 %) étaient divorcées ou séparées et 5 (3,23 %) étaient veuves.

28 femmes (18,06 %) vivaient seules (célibataire, divorcée, séparée ou veuve), contre 127 (81,94 %) qui vivaient en couple ou mariées/pacsées.

VII-6- Nombre d'enfants

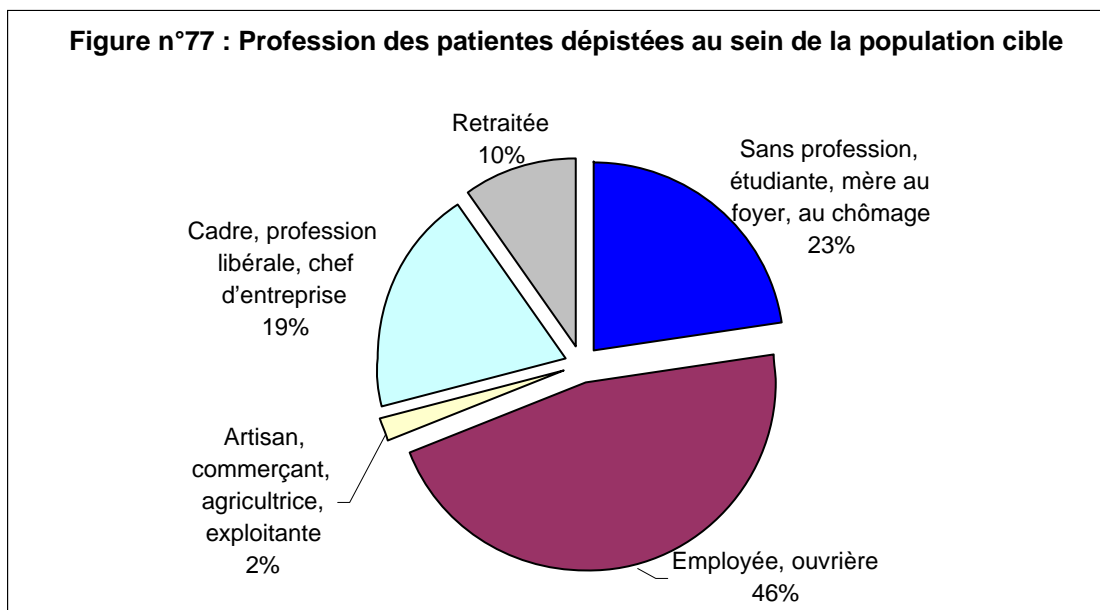


20 femmes dépistées (12,90 %) n'avaient pas d'enfant.

135 femmes (87,10 %) avaient entre 1 et 7 enfants.

Médiane du nombre d'enfants : 2.

VII-7- Profession



154 réponses : 1 donnée manquante.

35 femmes dépistées (22,73 %) étaient sans profession, étudiantes, mères au foyer ou au chômage.

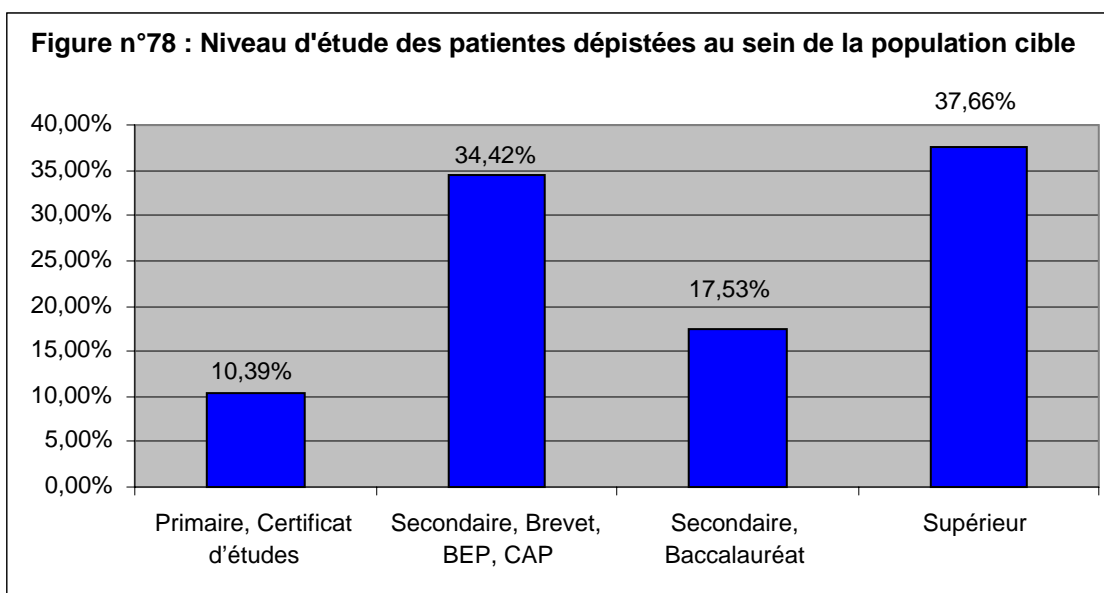
71 femmes (46,10 %) étaient employées ou ouvrières.

3 femmes (1,95 %) étaient artisans, commerçantes, agricultrices ou exploitantes.

30 femmes (19,48 %) étaient cadre, chef d'entreprise ou exerçaient une profession libérale.

15 femmes (9,74 %) étaient retraitées.

VII-8- Niveau d'étude



154 réponses : 1 donnée manquante.

16 femmes dépistées (10,39 %) avaient un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude.

53 (34,42 %) avaient un niveau d'étude secondaire, brevet, BEP ou CAP.

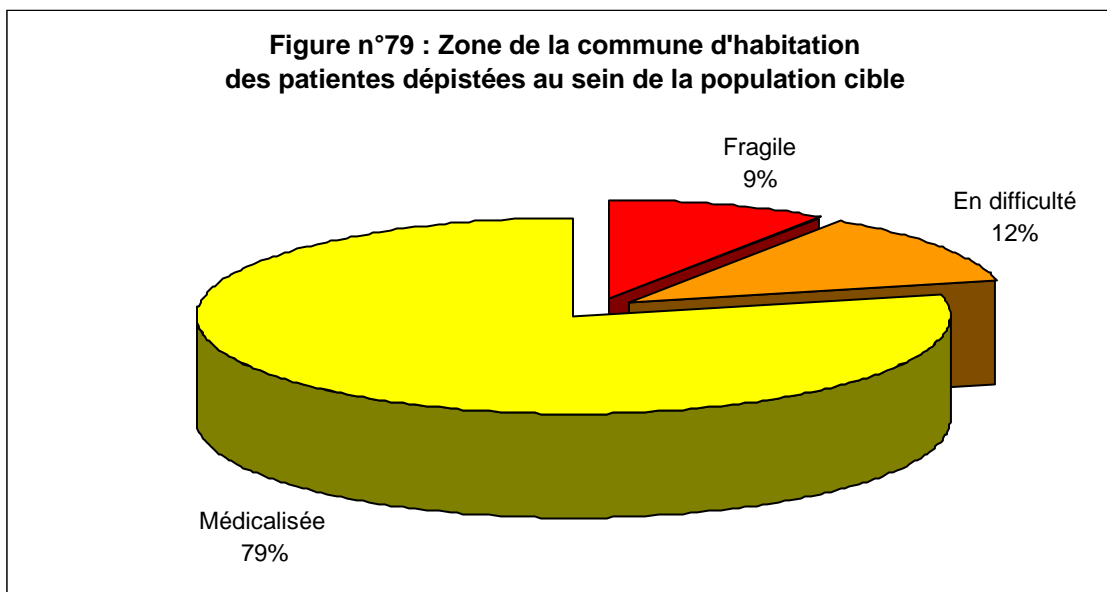
27 (17,53 %) avaient un niveau d'étude secondaire, baccalauréat.

58 (37,66 %) avaient un niveau d'étude supérieur.

VII-9- Commune d'habitation

152 réponses : 3 données manquantes.

VII-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

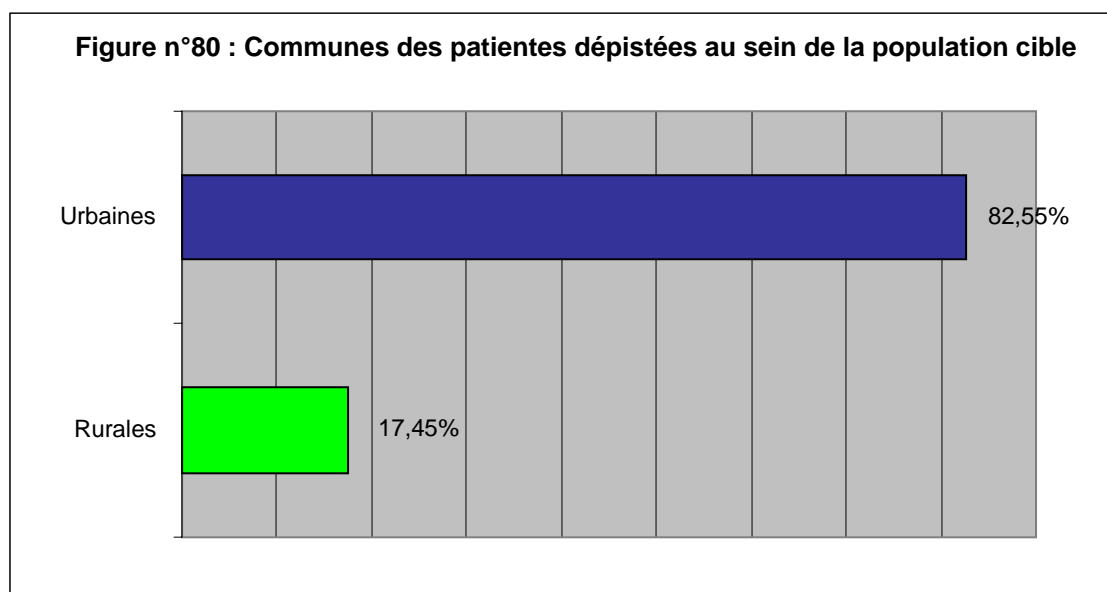


150 réponses : 5 données manquantes.

118 femmes dépistées (78,67 %) vivaient dans des communes classées en zone médicalisée.

32 femmes (21,33 %) vivaient dans des zones « sous médicalisées » : 18 (12 %) dans des zones en difficulté et 14 (9,33 %) dans des zones fragiles.

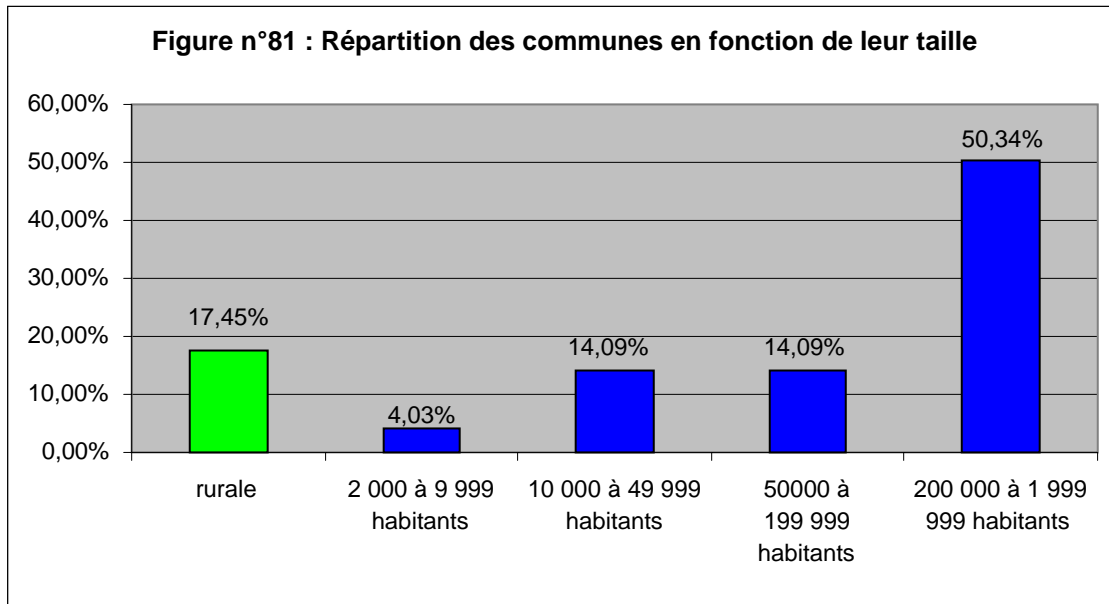
VII-9-2- Commune rurale ou urbaine



149 réponses : 6 données manquantes.

123 femmes dépistées (82,55 %) habitaient des communes urbaines.

26 femmes (17,45 %) habitaient des communes rurales.



6 femmes (4,03 %) vivaient dans des communes de 2 000 à 9 999 habitants.

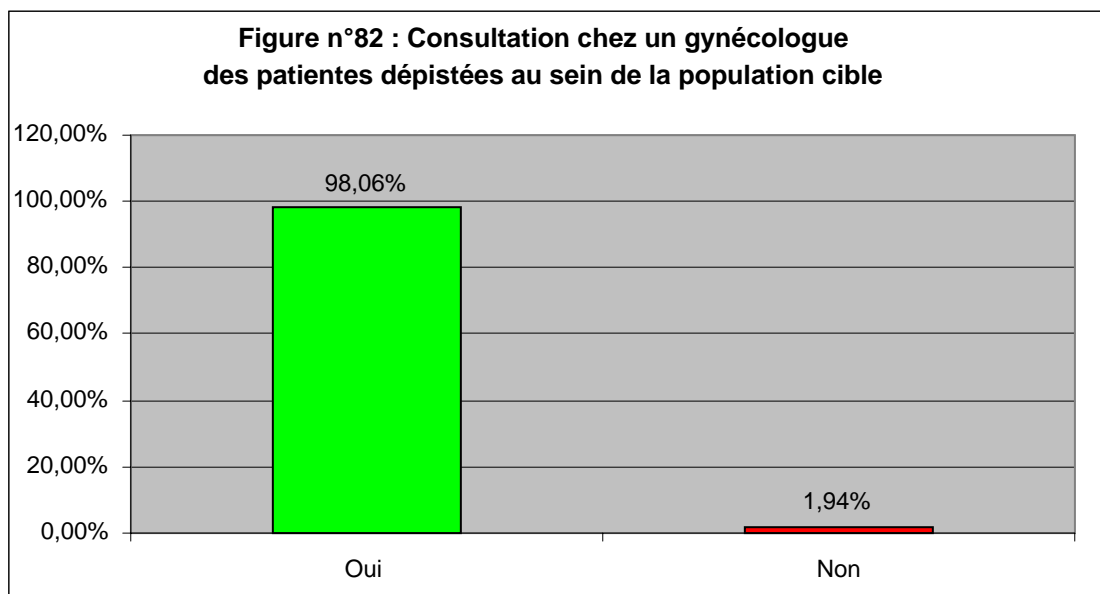
21 femmes (14,09 %) vivaient dans des communes de 10 000 à 49 999 habitants.

21 femmes (14,09 %) vivaient dans des communes de 50 000 à 199 999 habitants.

75 femmes (50,34 %) vivaient dans des communes de 200 000 à 1 999 999 habitants.

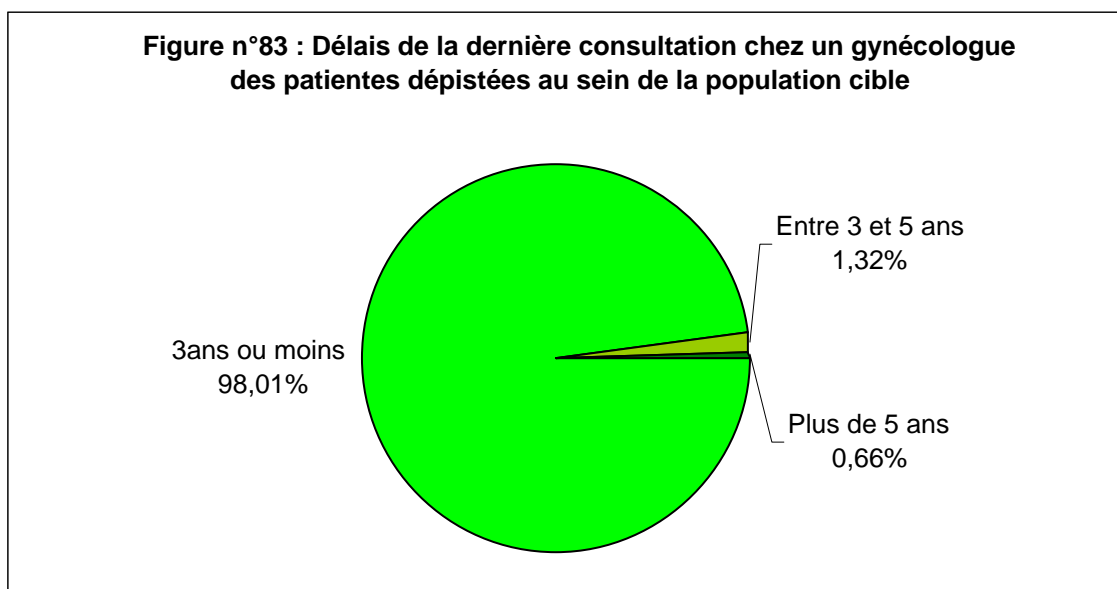
VII-10- Consultation chez un gynécologue

VII-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue



152 femmes dépistées (98,06 %) avaient déclaré avoir déjà consulté un gynécologue. 3 (1,94 %) n'avaient jamais consulté de gynécologue.

VII-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue



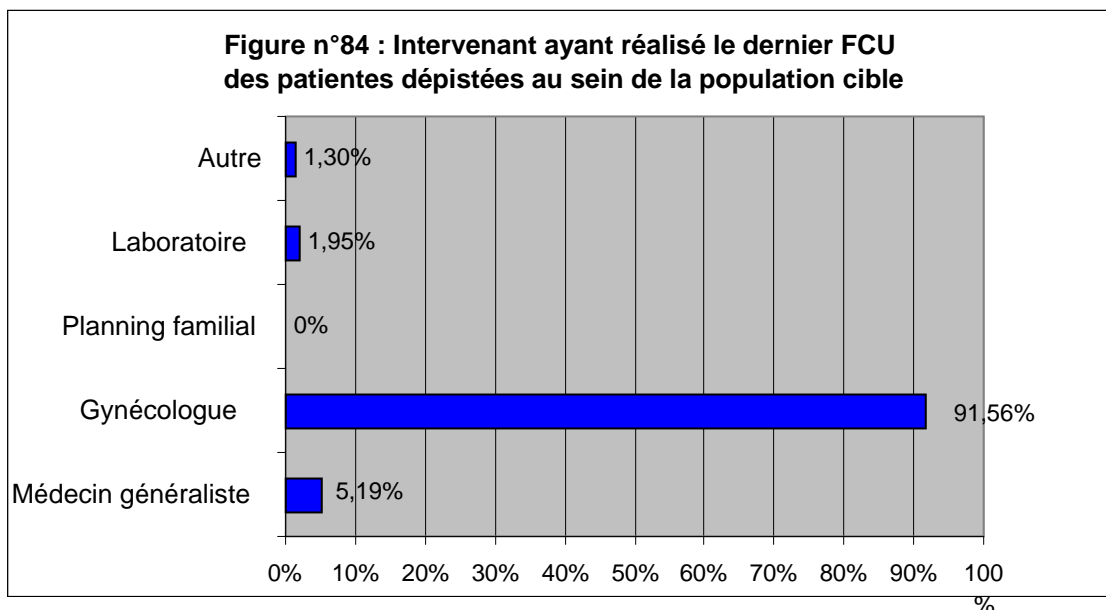
154 réponses : 1 donnée manquante.

148 femmes dépistées (98,01 %) avaient consulté un gynécologue moins de 3 ans auparavant.

2 femmes (1,32 %) avaient consulté un gynécologue entre 3 et 5 ans auparavant.

1 femme (0,66 %) avait consulté un gynécologue plus de 5 ans auparavant.

VII-11- Intervenant ayant réalisé le dernier FCU



154 réponses : 1 donnée manquante.

141 femmes dépistées (91,56 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un gynécologue.

8 femmes (5,19 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un médecin généraliste.

Aucune femme n'avait réalisé son dernier FCU au planning familial.

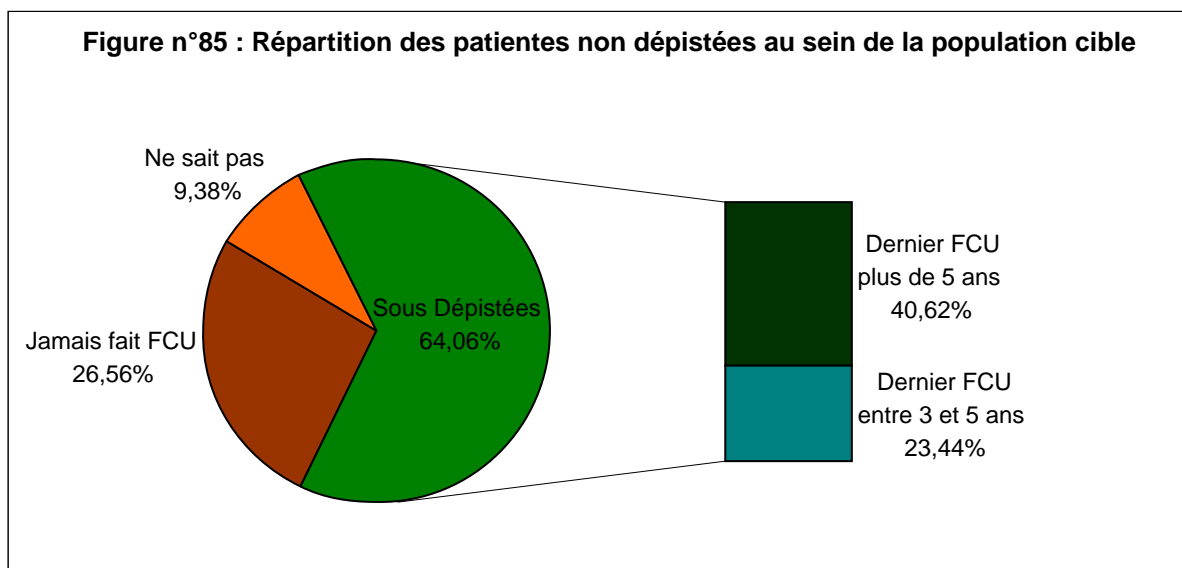
3 femmes (1,95 %) avaient réalisé leur dernier FCU au laboratoire.

2 femmes (1,3 %) avaient réalisé leur dernier FCU dans une autre structure.

VIII- DESCRIPTION DES FEMMES NON OU INSUFFISAMMENT DEPISTEES AU SEIN DE LA POPULATION CIBLE

Pour étudier la population des femmes non ou insuffisamment dépistées au sein de la population cible, nous avons exclu les patientes avec des antécédents modifiant le dépistage ainsi que les patientes de moins de 25 ans et celles de plus de 65 ans. Afin de mieux étudier les caractéristiques des patientes non dépistées nous avons inclus les patientes recrutées en dehors de la randomisation. Nous disposons donc de 219 questionnaires.

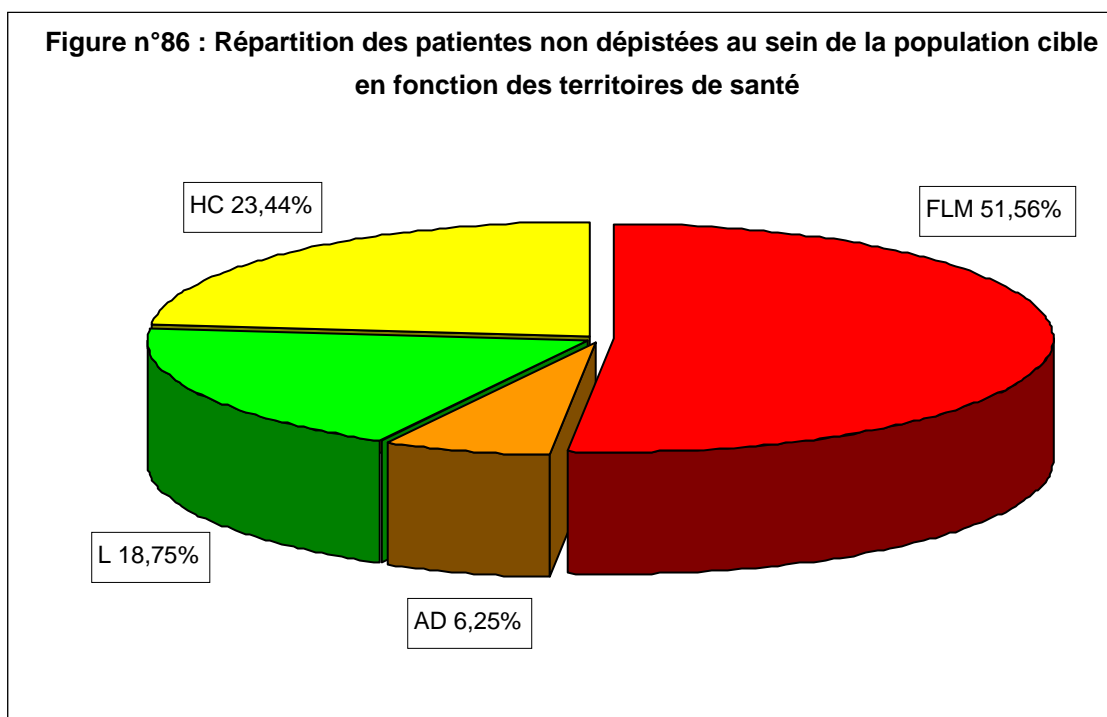
64 femmes au sein de la population cible n'étaient pas dépistées pour le cancer du col de l'utérus.



Les patientes non dépistées au sein de la population cible se répartissaient de la manière suivante :

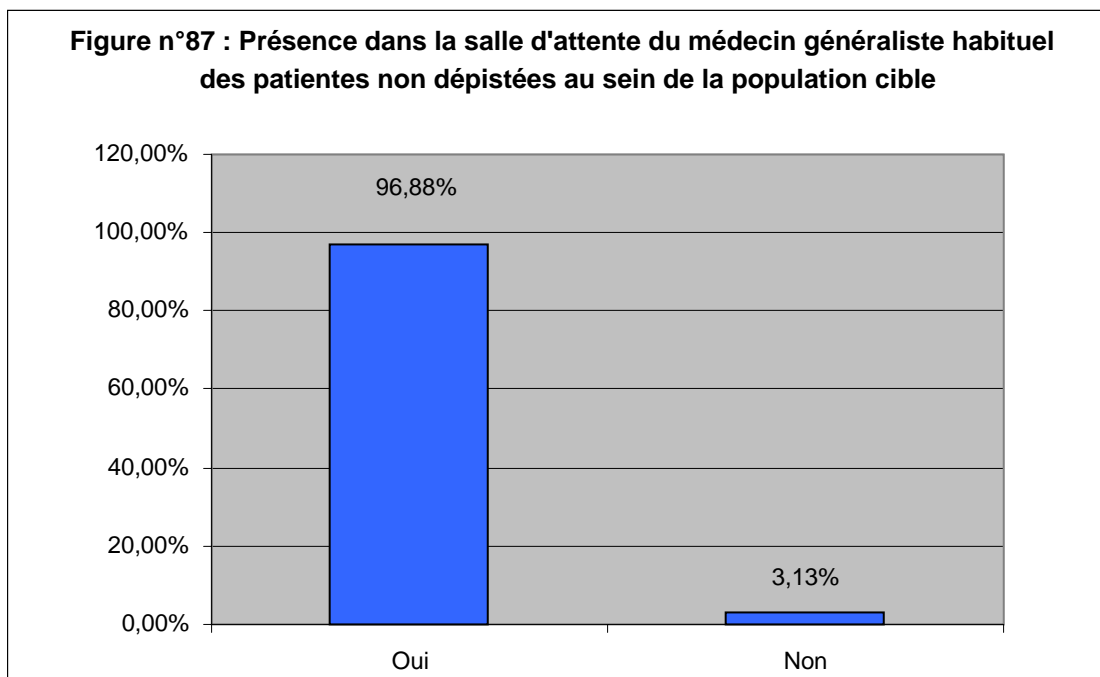
- 17 femmes (26,56 %) n'avaient jamais réalisé de FCU
- 6 (9,38 %) ne savaient pas si elles avaient déjà réalisé un FCU
- 41 (64,06 %) étaient sous-dépistées : 15 (23,44 %) avaient réalisé leur dernier FCU entre 3 et 5 ans et 26 (40,62 %) l'avaient réalisé plus de 5 ans auparavant.

VIII-1- Distribution selon les territoires de santé



33 femmes non dépistées (51,56 %) se trouvaient dans le territoire de Flandre-Lille-Métropole (FLM), 12 (18,75 %) dans le territoire du Littoral (L), 4 (6,25 %) dans le territoire de l'Artois-Douais (AD) et 15 (23,44 %) dans le territoire du Hainaut-Cambrasis (HC).

VIII-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel



62 femmes non dépistées (96,88 %) étaient dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

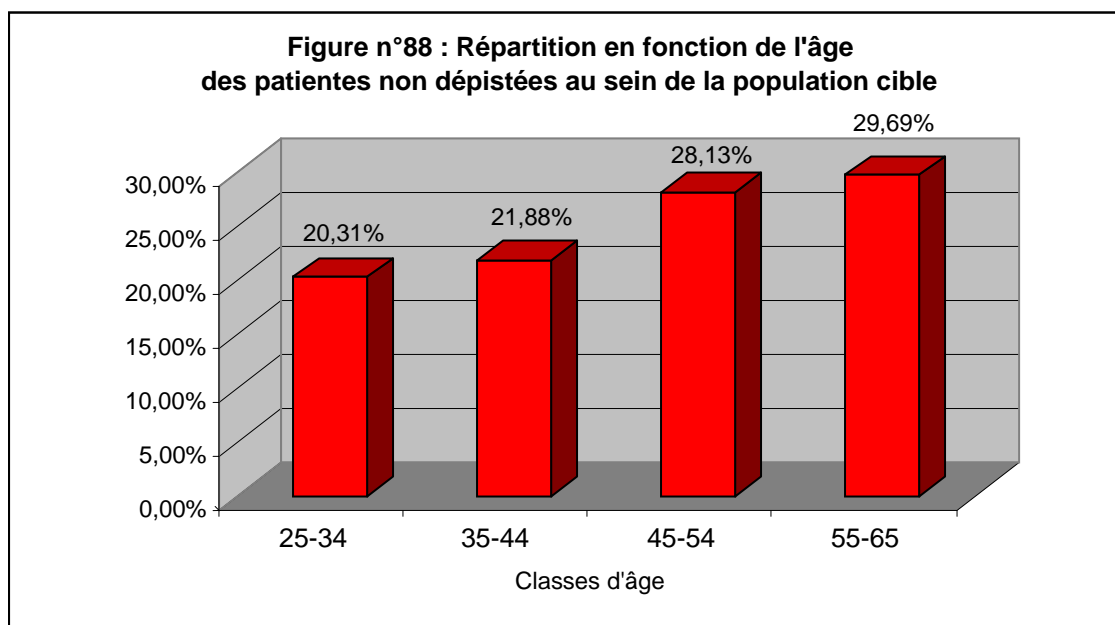
2 (3,13 %) n'étaient pas dans la salle d'attente de leur médecin généraliste habituel.

VIII-3- Motif de consultation

43 réponses : 21 données manquantes (35,94 %).

29 femmes non dépistées (67,44 %) venaient pour elles-mêmes, 12 (27,91 %) pour accompagner un proche et 2 (4,65 %) pour les deux.

VIII-4- Age des patientes



La plus jeune patiente non dépistée avait 26 ans, la plus âgée avait 65 ans.

Médiane : 48,5 ans.

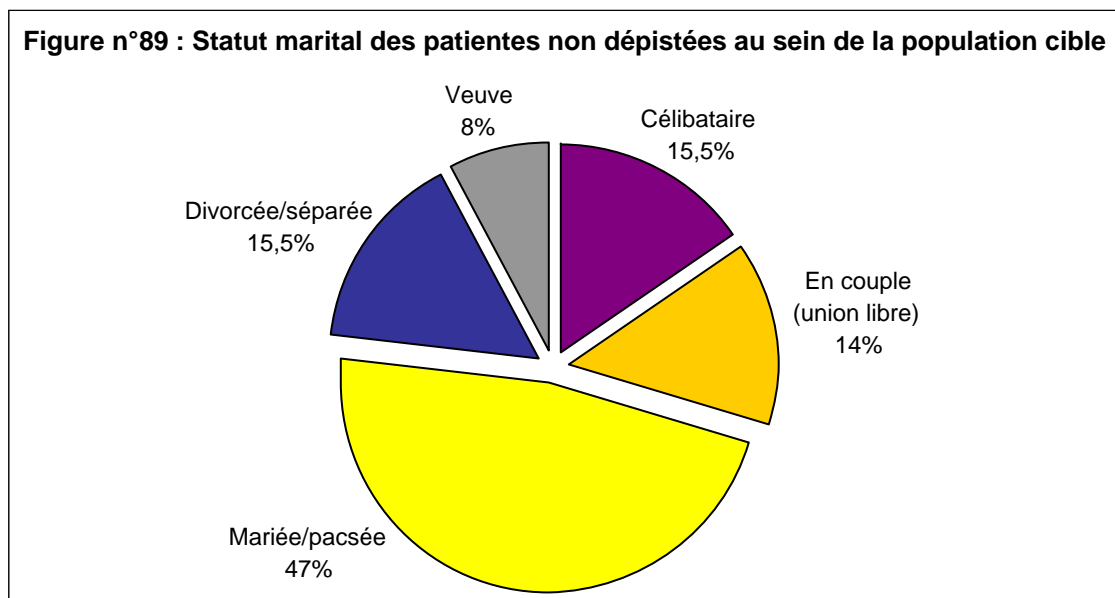
13 femmes non dépistées (20,31 %) avaient entre 25 et 34 ans.

14 (21,88 %) avaient entre 35 et 44 ans.

18 (28,13 %) avaient entre 45 et 54 ans.

19 (26,69 %) avaient entre 55 et 65 ans.

VIII-5- Statut marital

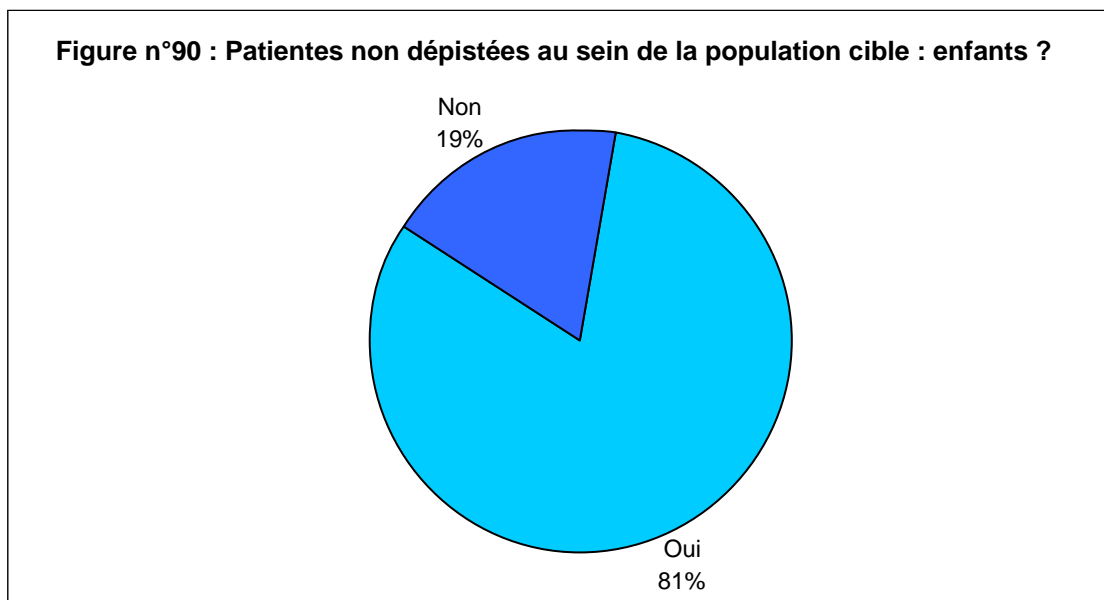


30 femmes non dépistées (46,88 %) étaient mariées ou pacsées et 9 (14,06 %) vivaient en couple.

10 femmes (15,63 %) étaient célibataires, 10 (15,63 %) étaient divorcées ou séparées et 5 (7,81 %) étaient veuves.

25 femmes (39,06 %) vivaient seules (célibataire, divorcée, séparée ou veuve), contre 39 (60,94 %) qui vivaient en couple ou mariées/pacsées.

VIII-6- Nombre d'enfants

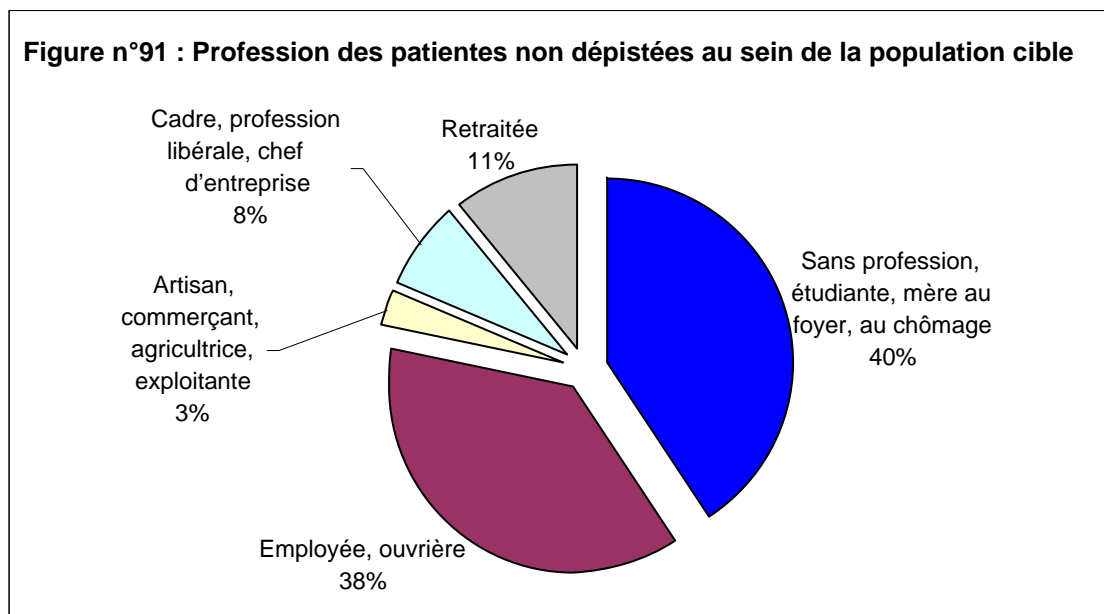


12 femmes non dépistées (18,75 %) n'avaient pas d'enfant.

52 femmes (81,25 %) avaient entre 1 et 7 enfants.

Médiane du nombre d'enfants : 2.

VIII-7- Profession



26 femmes non dépistées (40,63 %) étaient sans profession, étudiantes, mères au foyer ou au chômage.

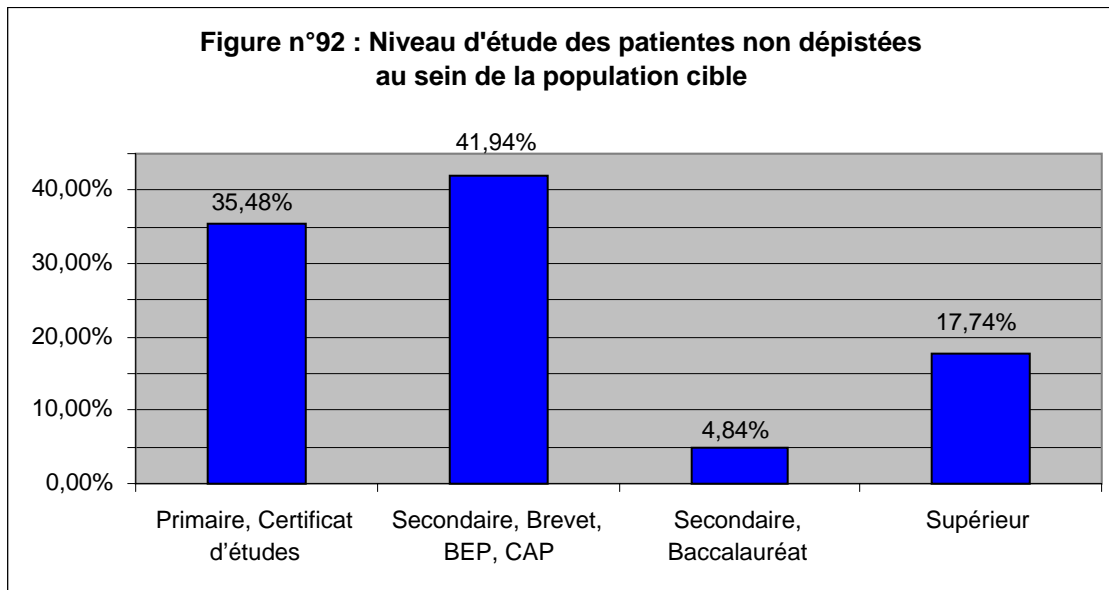
24 femmes (37,5 %) étaient employées ou ouvrières.

2 femmes (3,13 %) étaient artisans, commerçantes, agricultrices ou exploitantes.

5 femmes (7,81 %) étaient cadre, chef d'entreprise ou exerçaient une profession libérale.

7 femmes (10,94 %) étaient retraitées.

VIII-8- Niveau d'étude



62 réponses : 2 données manquantes.

22 femmes non dépistées (35,48 %) avaient un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude.

26 (41,94 %) avaient un niveau d'étude secondaire, brevet, BEP ou CAP.

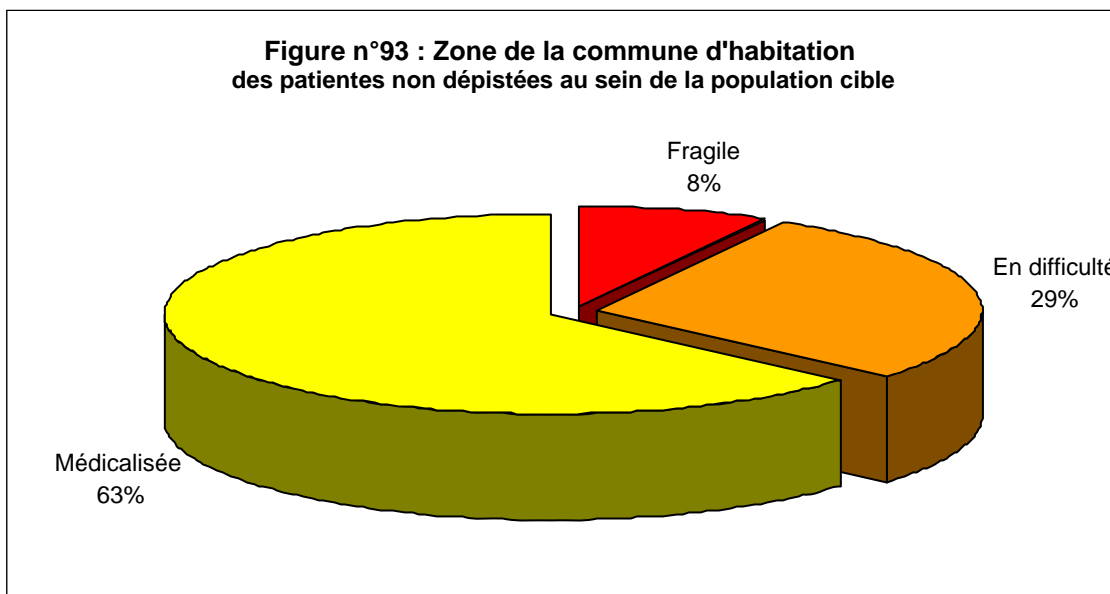
3 (4,84 %) avaient un niveau d'étude secondaire, baccalauréat.

11 (17,74 %) avaient un niveau d'étude supérieur.

VIII-9- Commune d'habitation

61 réponses : 3 données manquantes.

VIII-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

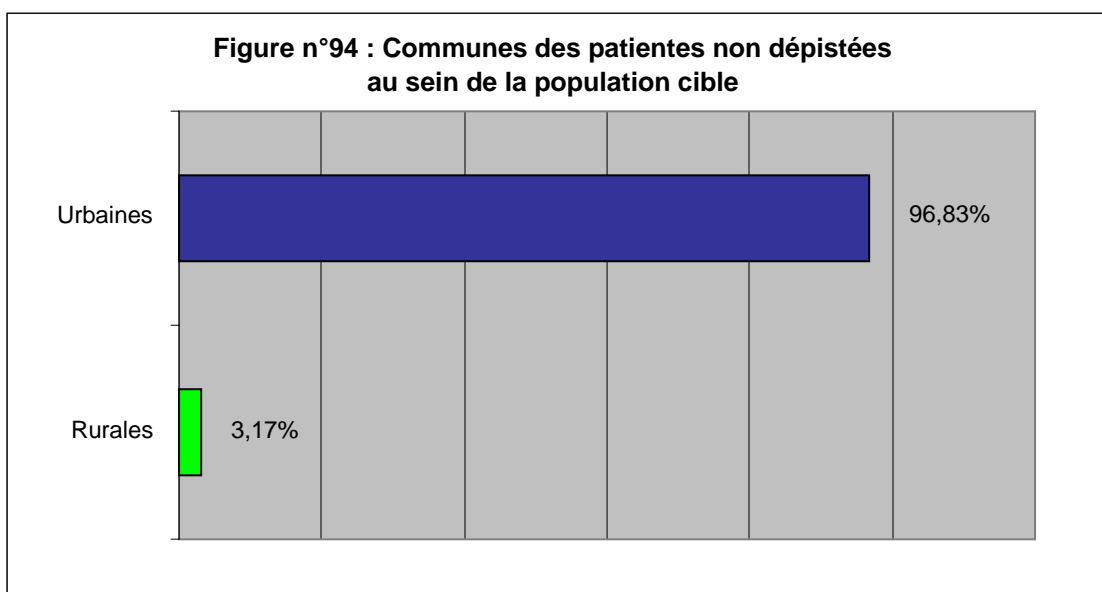


Pour cette question, il existait 1 donnée manquante.

40 femmes non dépistées (63,49 %) vivaient dans des communes classées en zone médicalisée.

23 femmes (36,51 %) vivaient dans des zones « sous médicalisées » : 18 (28,57 %) dans des zones en difficulté et 5 (7,94 %) dans des zones fragiles.

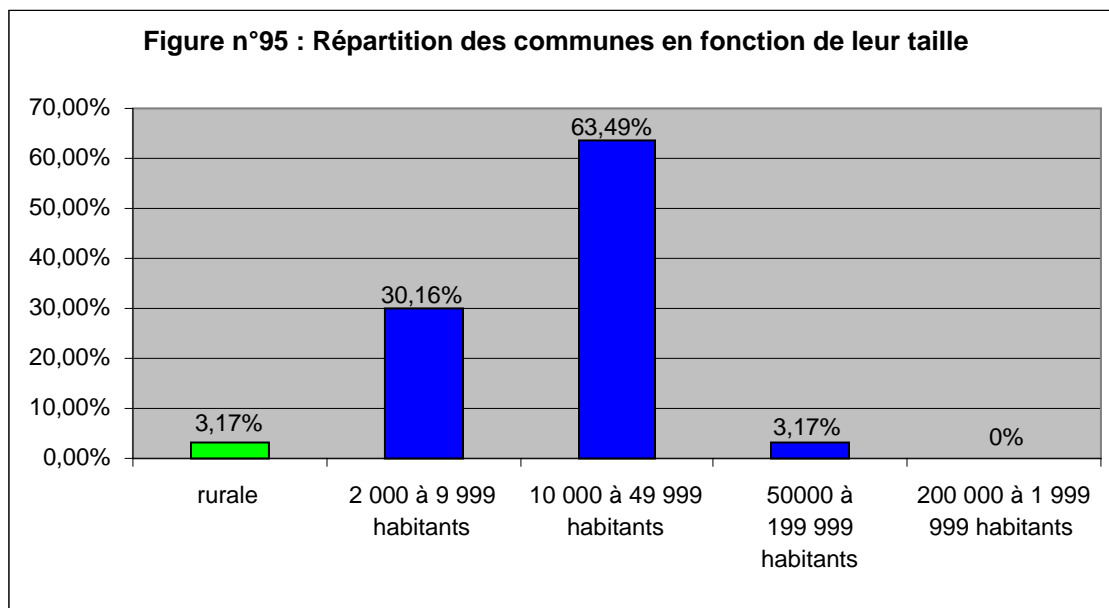
VIII-9-2- Commune rurale ou urbaine



63 réponses : 1 donnée manquante.

61 femmes non dépistées (96,83 %) habitaient des communes urbaines.

2 femmes (3,17 %) habitaient des communes rurales.



19 femmes non dépistées (30,16 %) vivaient dans des communes de 2 000 à 9 999 habitants.

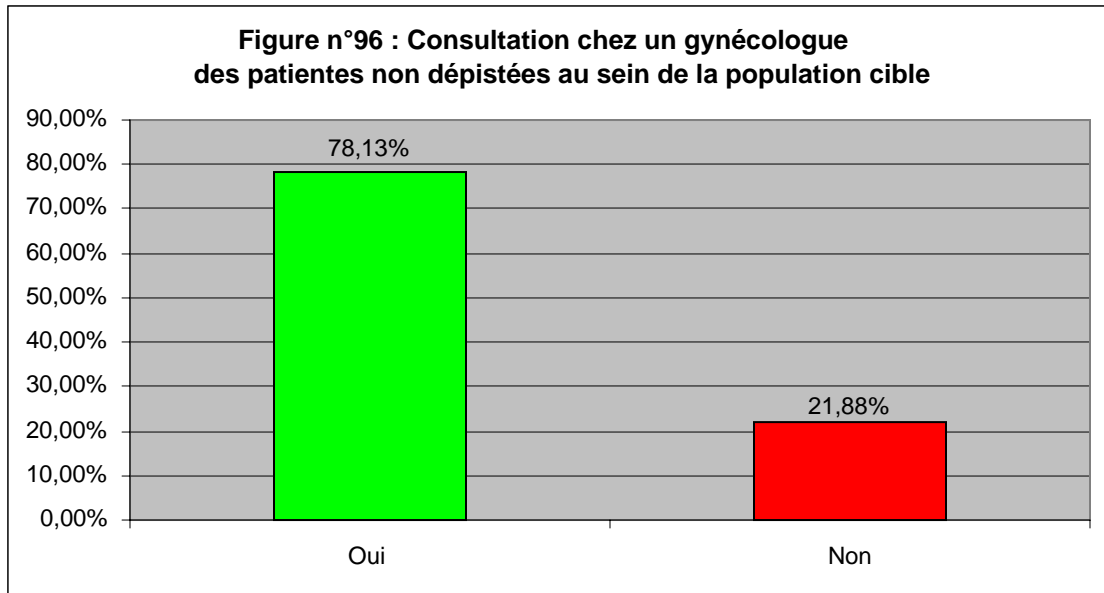
40 femmes (63,49 %) vivaient dans des communes de 10 000 à 49 999 habitants.

2 femmes (3,17 %) vivaient dans des communes de 50 000 à 199 999 habitants.

Aucune femme ne vivait dans des communes de 200 000 à 1 999 999 habitants.

VIII-10- Consultation chez un gynécologue

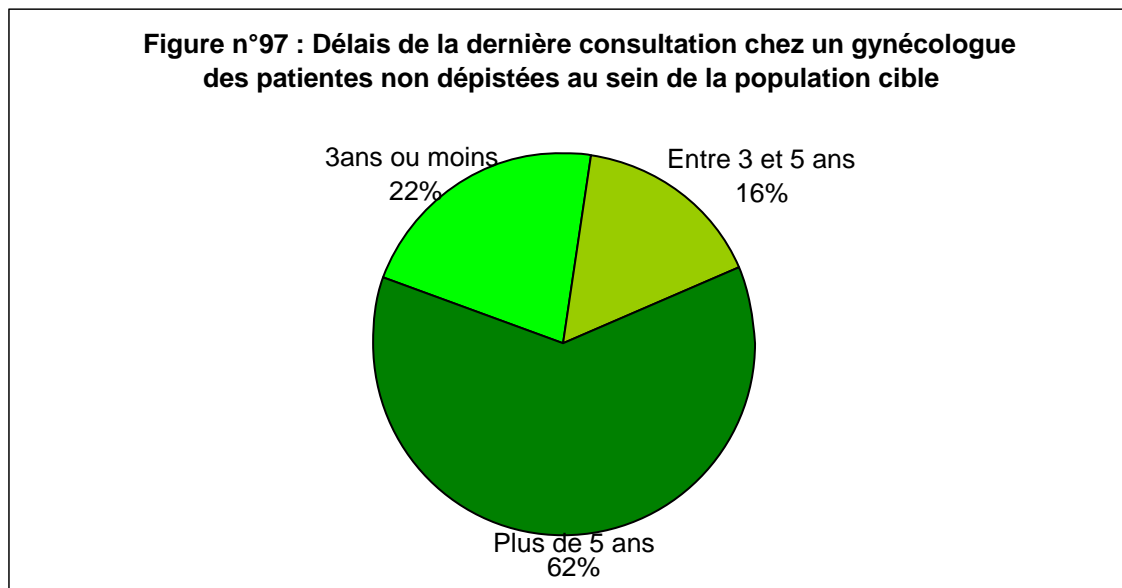
VIII-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue



50 femmes non dépistées (78,13 %) avaient déclaré avoir déjà consulté un gynécologue.

14 (21,88 %) n'avaient jamais consulté de gynécologue.

VIII-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue

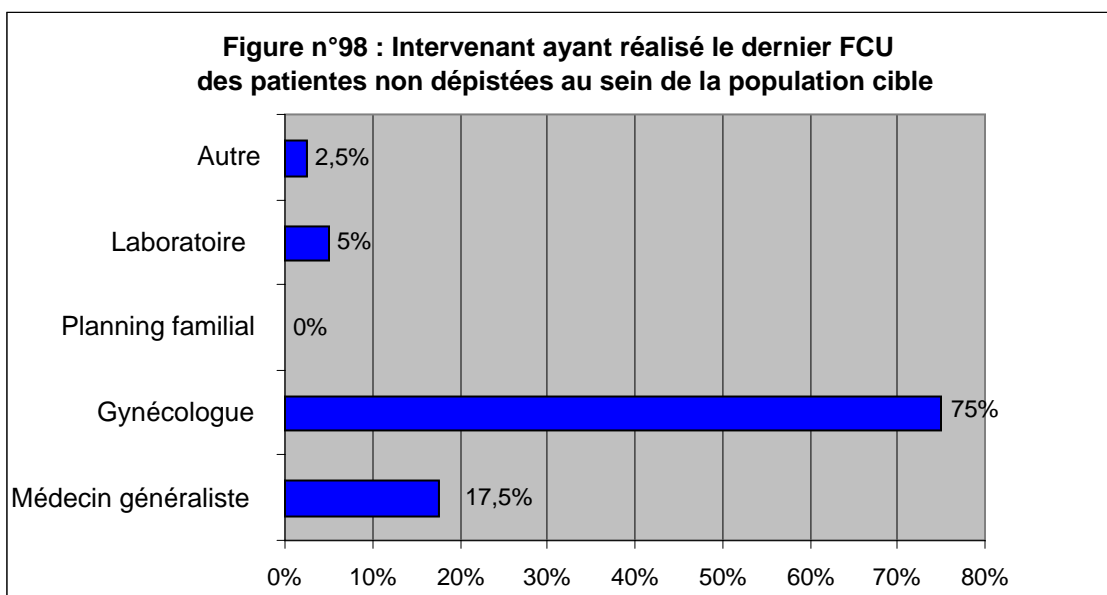


11 femmes non dépistées (22 %) avaient consulté un gynécologue moins de 3 ans auparavant.

8 femmes (16 %) avaient consulté un gynécologue entre 3 et 5 ans auparavant.

31 femmes (62 %) avaient consulté un gynécologue plus de 5 ans auparavant.

VIII-11- Intervenant ayant réalisé le dernier FCU



40 réponses : 24 données manquantes (37,5 %).

30 femmes non dépistées (75 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un gynécologue.

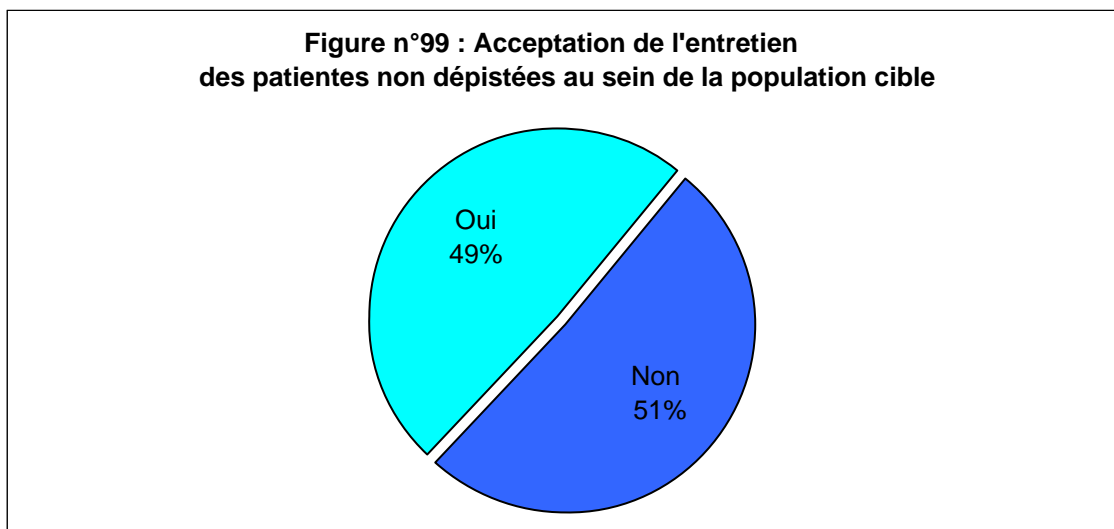
7 femmes (17,5 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un médecin généraliste.

Aucune femme n'avait déclaré avoir réalisé son dernier FCU au planning familial.

2 femmes (5 %) avaient réalisé leur dernier FCU au laboratoire.

1 femme (2,5 %) avait réalisé son dernier FCU dans une autre structure.

VIII-12- Acceptation de l'entretien



54 réponses : 10 données manquantes.

30 femmes dépistées (49,18 %) acceptaient de participer à un entretien.

12 ont effectivement effectué un entretien [28].

31 femmes (50,82 %) refusaient de participer à un entretien.

IX- COMPARAISON DES FEMMES DEPISTÉES ET NON DEPISTÉES CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

IX-1- Distribution selon les territoires de santé

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes dépistées et non dépistées en fonction du lieu de recueil des questionnaires. Les 4 territoires de santé étaient comparables ($p = 0,3306$).

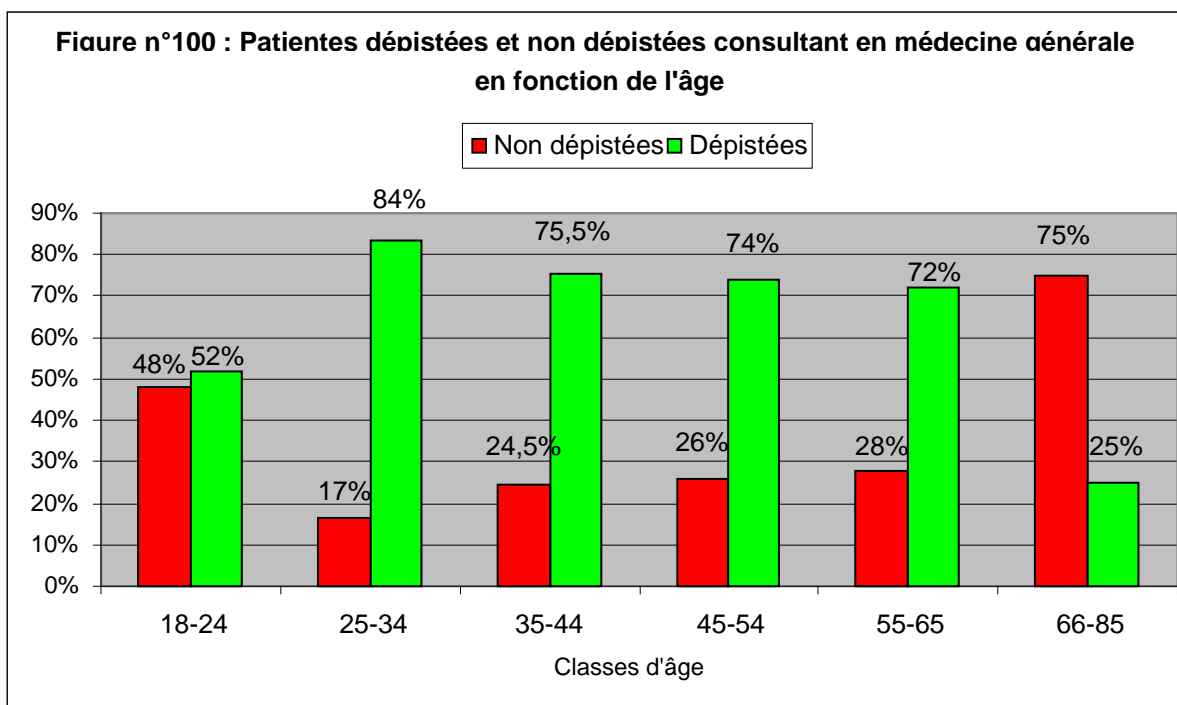
IX-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes dépistées et celles non dépistées ($p = 0,2754$) pour cette question.

IX-3- Motif de consultation

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un trop grand nombre de données manquantes (34 %).

IX-4- Age des patientes



Chez les 18-24 ans, il existait une répartition équivalente des patientes dépistées à tort (13 soit 52 %) et non dépistées (12 soit 48 %).

Pour les autres classes d'âge, il existait par contre une différence très significative ($p < 0,0001$) des pratiques du dépistage en fonction de l'âge.

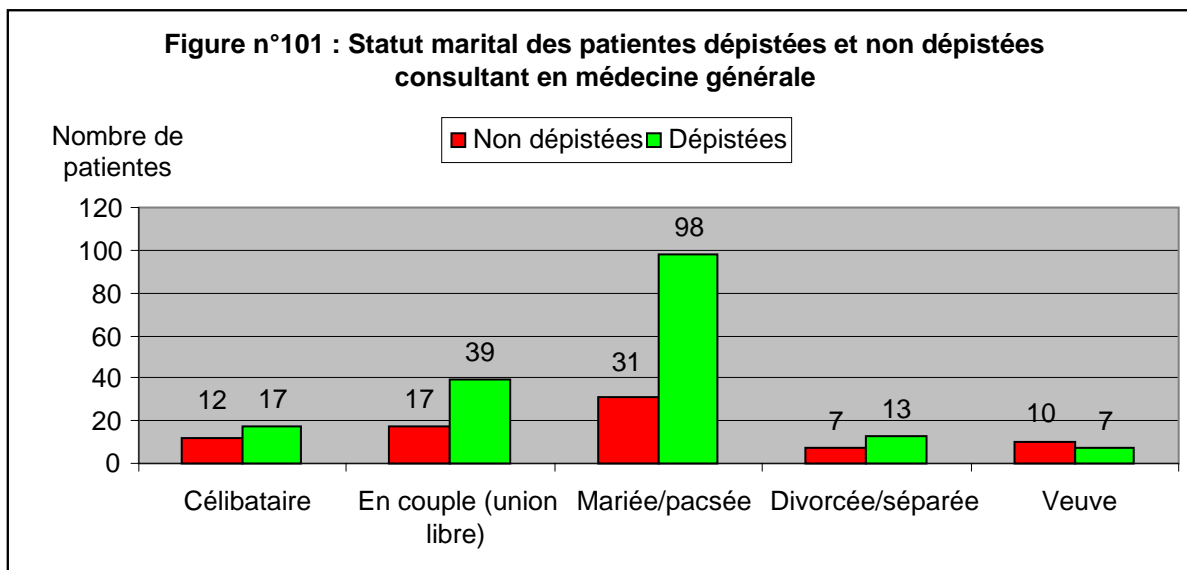
Les 25-34 ans étaient les plus dépistées avec 51 patientes dépistées (83,61 %) et seulement 10 patientes non dépistées (16,39 %).

Pour les classes d'âge suivantes, de 35 à 65 ans, il existait environ un quart de patientes non dépistées :

- chez les 35-44 ans, 11 patientes n'étaient pas dépistées (24,44 %) contre 34 patientes (75,56 %) dépistées.
- chez les 45-54 ans, 13 patientes n'étaient pas dépistées (26 %) contre 37 patientes (74 %) dépistées.
- chez les 55-65 ans, 13 patientes n'étaient pas dépistées (28,26 %) contre 33 patientes (71,74 %) dépistées.

Enfin, chez les plus de 65 ans, les patientes étaient majoritairement non dépistées avec 18 patientes (75 %) contre 6 patientes dépistées à tort (25 %).

IX-5- Statut marital



Il existait une différence significative du dépistage en fonction du statut ($p = 0,0295$).

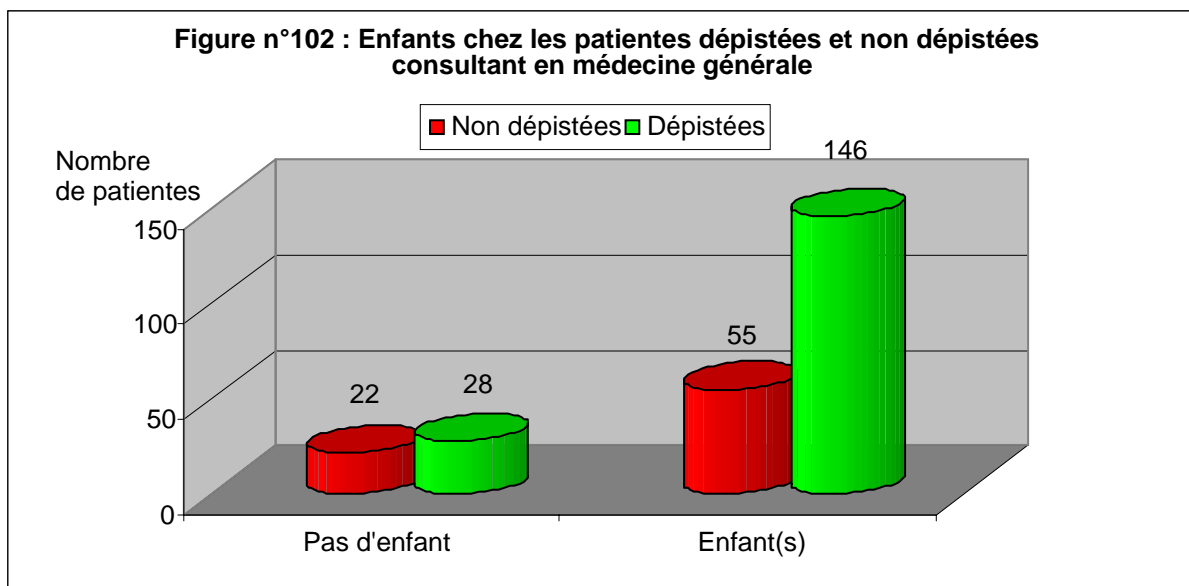
Les femmes mariées et en couple étaient les plus dépistées : 98 patientes mariées ou pacsées (75,97 %) étaient dépistées contre 31 (24,03 %) non dépistées, de même 39 patientes en couple (69,64 %) étaient dépistées contre 17 (30,36 %) non dépistées.

Les patientes divorcées ou séparées étaient également un peu plus dépistées : 13 patientes dépistées (65 %) contre 7 patientes non dépistées (35 %).

De même chez les patientes célibataires, on comptait 17 patientes dépistées (58,62 %) et 12 non dépistées (41,38 %).

Parmi les patientes veuves, il y avait 10 patientes non dépistées (58,82 %) et 7 patientes dépistées (41,18 %).

IX-6- Nombre d'enfants

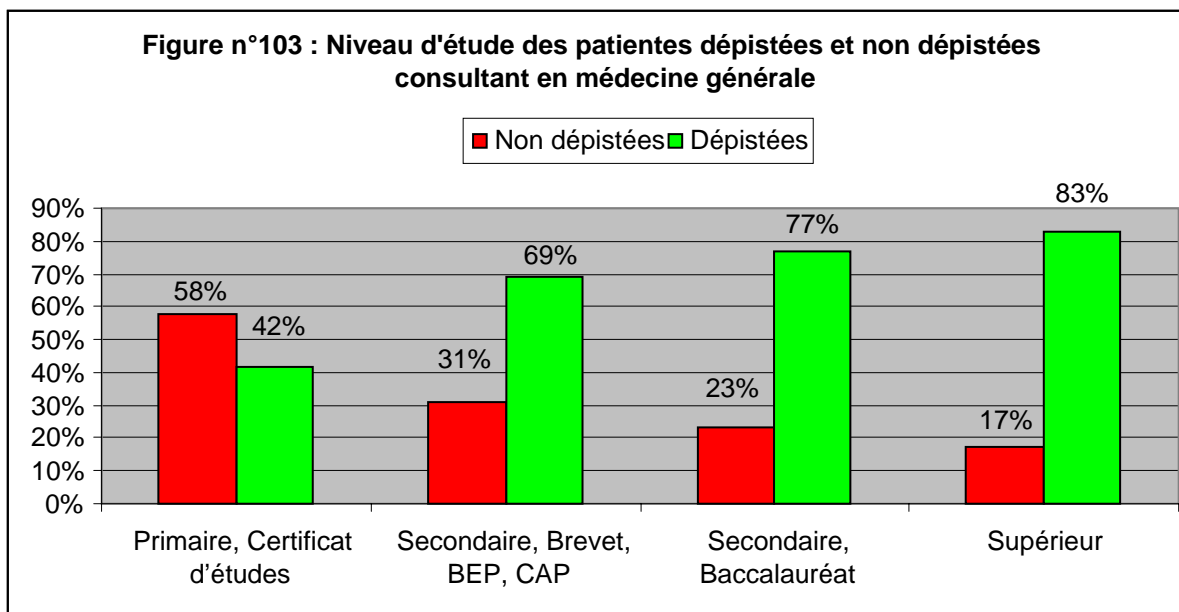


Il existait une différence significative dans les pratiques de dépistage surtout pour les patientes ayant des enfants ($p = 0,0224$). En effet, celles-ci étaient majoritairement dépistées : 146 patientes (72,64 %) contre 55 patientes (27,36 %) non dépistées.

IX-7- Profession

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un effectif insuffisant dans la catégorie « artisan, commerçante, agricultrice, exploitante ».

IX-8- Niveau d'étude



Il existait une différence très significative ($p < 0,0001$) des pratiques de dépistage en fonction du niveau d'étude.

La pratique de dépistage était proportionnelle au niveau d'étude : plus le niveau d'étude était élevé, plus les patientes étaient dépistées.

En effet, les patientes les plus dépistées étaient les patientes ayant un niveau d'étude supérieur avec 64 patientes dépistées (83,12 %) et 13 patientes non dépistées (16,88 %).

Les patientes ayant un niveau d'étude secondaire de l'ordre du baccalauréat étaient dépistées dans 76,92 % avec 30 patientes contre 9 patientes non dépistées soit 23,08 %.

60 patientes (68,97 %) ayant un niveau d'étude secondaire de l'ordre du brevet, BEP ou CAP étaient dépistées, 27 patientes (31,03 %) n'étaient pas dépistées.

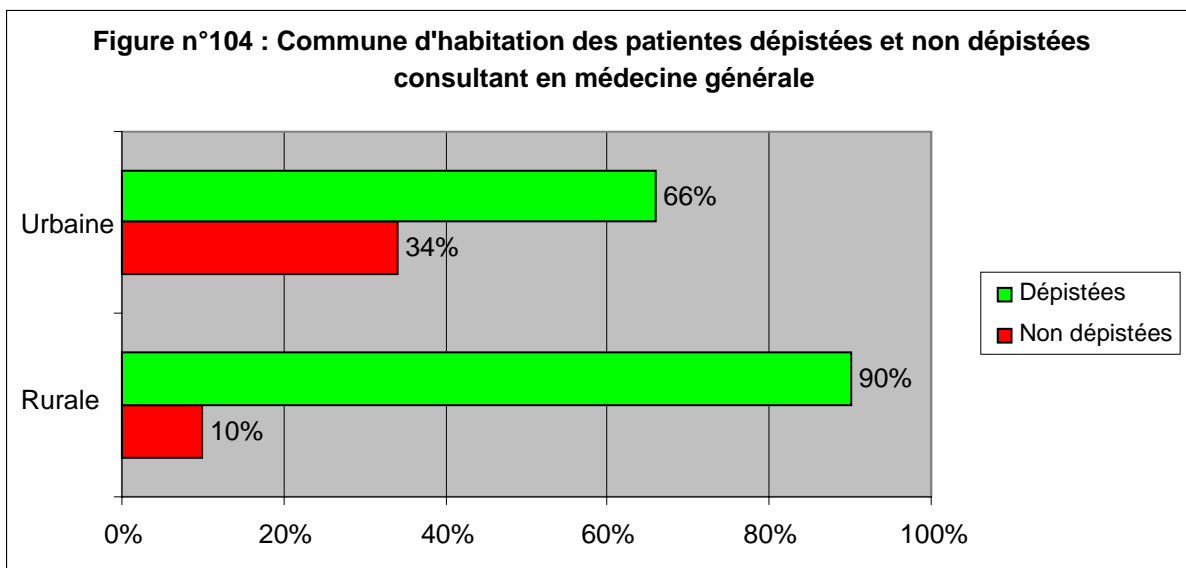
Les patientes n'ayant pas fait d'étude (niveau primaire, certificat d'étude) étaient majoritairement non dépistées avec 26 patientes (57,78 %) contre 19 patientes dépistées (42,22 %).

IX-9- Commune d'habitation

IX-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

Aucune différence significative n'avait été retrouvée en fonction de la zone médicalisée ou non de la commune d'habitation des patientes pour les pratiques de dépistage ($p = 0,3234$).

IX-9-2- Commune rurale ou urbaine



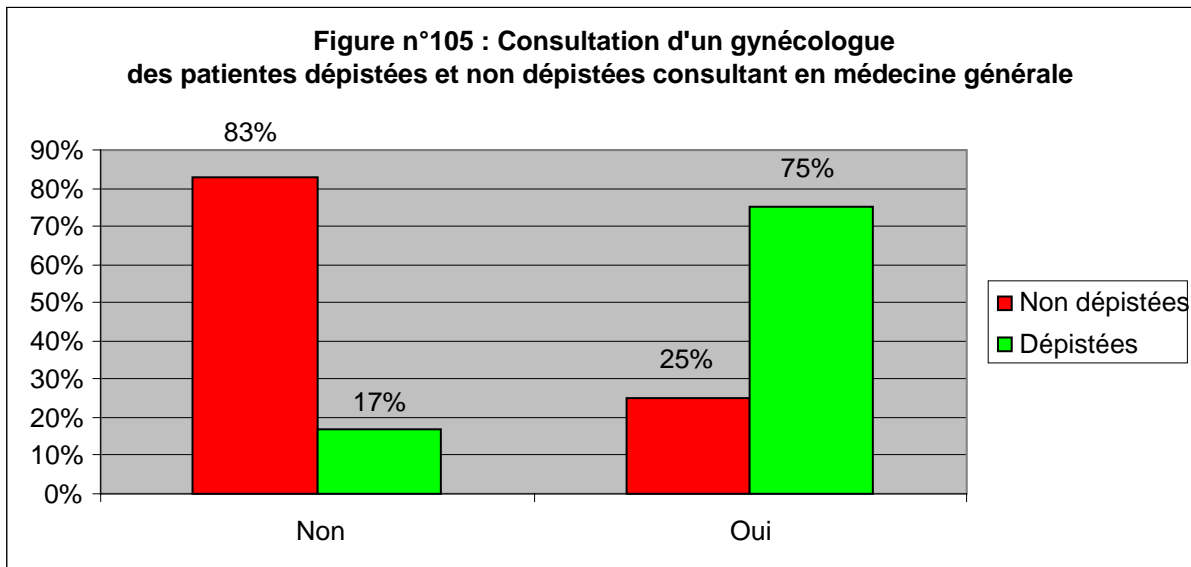
Il existait une différence significative des pratiques de dépistage en fonction de la commune rurale ou urbaine d'habitation des patientes ($p = 0,0073$).

La différence était plus marquée pour le milieu rural où les patientes étaient majoritairement dépistées (27 patientes dépistées soit 90 %, 3 patientes non dépistées soit 10 %).

Il n'existait par contre pas de différence significative en fonction de la taille des unités urbaines ($p = 0,3073$).

IX-10- Consultation chez un gynécologue

IX-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue

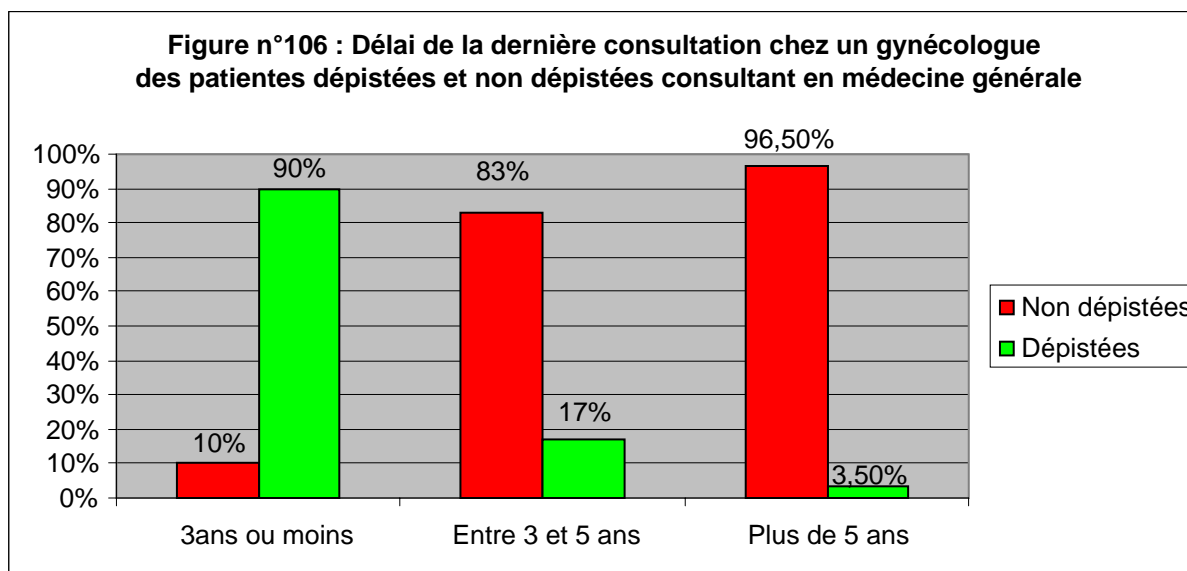


La consultation antérieure d'un gynécologue influençait significativement les pratiques de dépistage ($p < 0,0001$).

Parmi les patientes ayant déjà consulté un gynécologue, 170 étaient dépistées (74,89 %) et 57 ne l'étaient pas (25,11 %).

Le fait de ne jamais avoir consulté un gynécologue était un facteur de non dépistage, 20 patientes n'ayant jamais consulté de gynécologue n'étaient pas dépistées (83,33 %), 4 étaient dépistées (16,67 %).

IX-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue



Les patientes ayant consulté un gynécologue étaient dépistées si cette dernière consultation avait eu lieu dans les 3 années précédentes ($p < 0,0001$). 166 patientes (90,22 %) étaient dépistées si la dernière consultation avait eu lieu dans les 3 ans, 18 patientes (9,78 %) n'étaient pas dépistées.

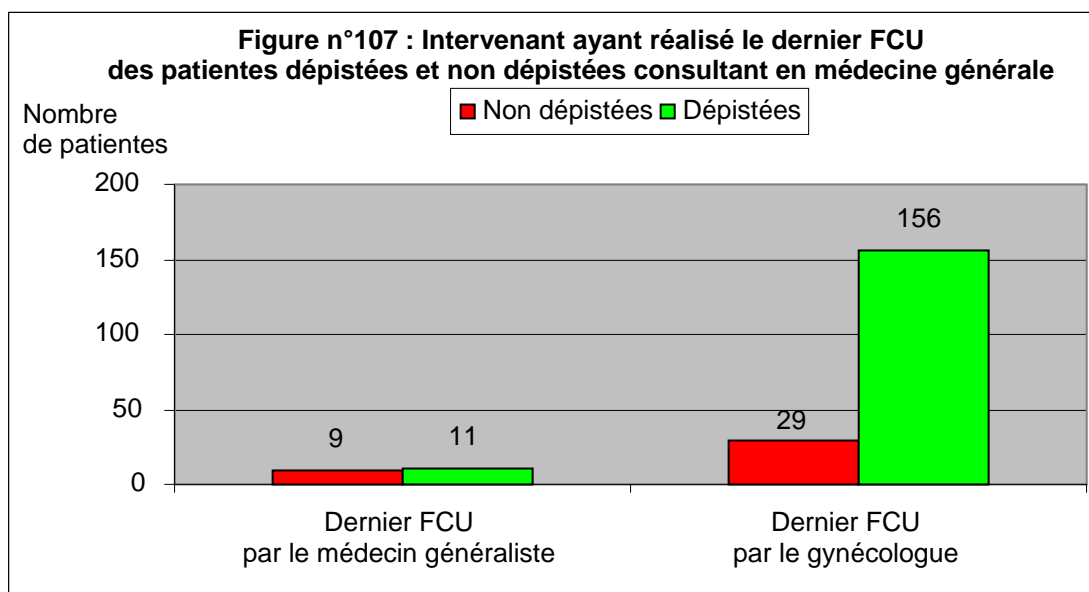
Plus le délai de la dernière consultation gynécologique était long, moins les patientes étaient dépistées ($p < 0,0001$). 10 patientes n'étaient pas dépistées (83,33 %) si la dernière consultation avait eu lieu entre 3 et 5 ans, 2 patientes étaient dépistées (16,6 %).

28 patientes (96,55 %) n'étaient pas dépistées si la dernière consultation avait eu lieu plus de 5 ans auparavant, 1 patiente (3,35 %) était dépistée.

IX-11- Problèmes de santé d'ordre gynécologique

Les problèmes de santé d'ordre gynécologique n'influençaient pas les pratiques de dépistage ($p = 1,0000$).

IX-12- Intervenant ayant réalisé le dernier FCU



Les femmes ayant réalisé leur dernier FCU par un gynécologue était significativement plus dépistées que celles l'ayant réalisé par un médecin généraliste ($p = 0,0038$).

Parmi les femmes ayant réalisé leur dernier FCU par un gynécologue, 156 étaient dépistées (84,32 %), 29 ne l'étaient pas (15,68 %).

IX-13- Acceptation de l'entretien

Il n'existait pas de différence significative pour cette question entre les patientes dépistées et non dépistées consultant en médecine générale ($p = 0,9424$).

X- COMPARAISON DES FEMMES DEPISTÉES PAR UN MEDECIN GENERALISTE OU UN GYNECOLOGUE

X-1- Distribution selon les territoires de santé

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes dépistées par un gynécologue et celles par un médecin généraliste en fonction du lieu de recueil des questionnaires. Les 4 territoires de santé étaient comparables ($p = 0,1405$).

X-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes dépistées par un gynécologue et celles par un médecin généraliste ($p = 0,6025$) pour cette question.

X-3- Motif de consultation

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un trop grand nombre de données manquantes (36 %).

X-4- Age des patientes

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un effectif insuffisant dans la classe d'âge des plus de 65 ans.

X-5- Statut marital

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un effectif insuffisant dans la catégorie « veuve ».

X-6- Nombre d'enfants

Le fait d'avoir ou non des enfants n'influait pas l'intervenant réalisant le FCU (médecin généraliste ou gynécologue) ($p = 0,0803$).

X-7- Profession

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un effectif insuffisant dans la catégorie « artisan, commerçante, agricultrice, exploitante ».

X-8- Niveau d'étude

Le niveau d'étude n'influçait pas l'intervenant réalisant le FCU (médecin généraliste ou gynécologue) ($p = 0,0623$).

X-9- Commune d'habitation

X-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile

Aucune différence significative n'avait été retrouvée en fonction de la zone médicalisée ou non de la commune d'habitation des patientes pour les pratiques de dépistage par le médecin généraliste ou le gynécologue ($p = 0,3988$).

X-9-2- Commune rurale ou urbaine

Aucune différence significative n'avait été retrouvée en fonction de la commune rurale ou urbaine d'habitation des patientes pour les pratiques de dépistage par le médecin généraliste ou le gynécologue ($p = 0,3982$).

Il n'existait également pas de différence significative en fonction de la taille des unités urbaines ($p = 0,8992$).

X-10- Consultation chez un gynécologue

X-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un effectif insuffisant de patientes n'ayant jamais consulté de gynécologue.

X-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un effectif insuffisant de patientes ayant consulté un gynécologue plus de 3 ans auparavant.

X-11- Problèmes de santé d'ordre gynécologique

Les problèmes de santé d'ordre gynécologique n'influçaient pas le choix de l'intervenant réalisant le FCU (médecin généraliste ou gynécologue) ($p = 1,0000$).

X-12- Acceptation de l'entretien

Il n'existait pas de différence significative pour cette question entre les patientes dépistées par un médecin généraliste et celles par un gynécologue ($p = 0,0719$).

XI- COMPARAISON DES FEMMES DEPISTÉES ET NON DEPISTÉES AU SEIN DE LA POPULATION CIBLE

XI-1- Distribution selon les territoires de santé

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes dépistées et non dépistées en fonction du lieu de recueil des questionnaires. Les 4 territoires de santé étaient comparables ($p = 0,3278$).

XI-2- Présence dans la salle d'attente du médecin généraliste habituel

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes dépistées et celles non dépistées pour cette question ($p = 0,2423$).

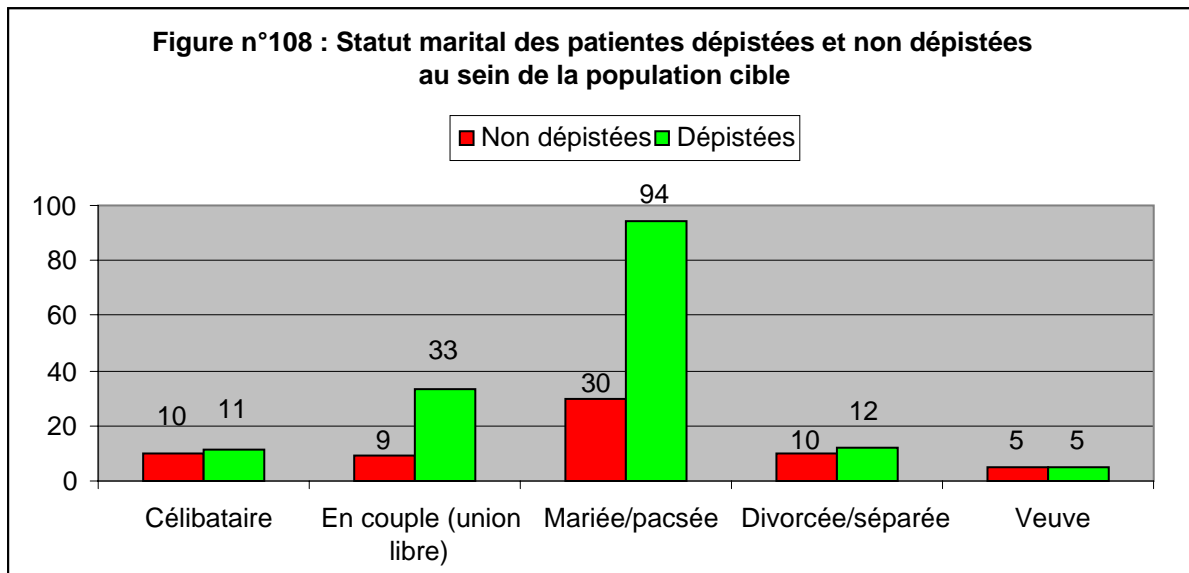
XI-3- Motif de consultation

Cette question n'avait pas pu être analysée du fait d'un trop grand nombre de données manquantes (36 %).

XI-4- Age des patientes

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes dépistées et non dépistées au sein de la population cible en fonction de l'âge ($p = 0,2479$).

XI-5- Statut marital



Il existait une différence significative du dépistage en fonction du statut ($p = 0,0257$).

Cette différence s'appliquait pour les femmes mariées et en couple qui étaient plus dépistées : 94 patientes mariées ou pacsées (75,81 %) étaient dépistées contre 30 (24,19 %) non dépistées, de même 33 patientes en couple (78,57 %) étaient dépistées contre 9 (21,43 %) non dépistées.

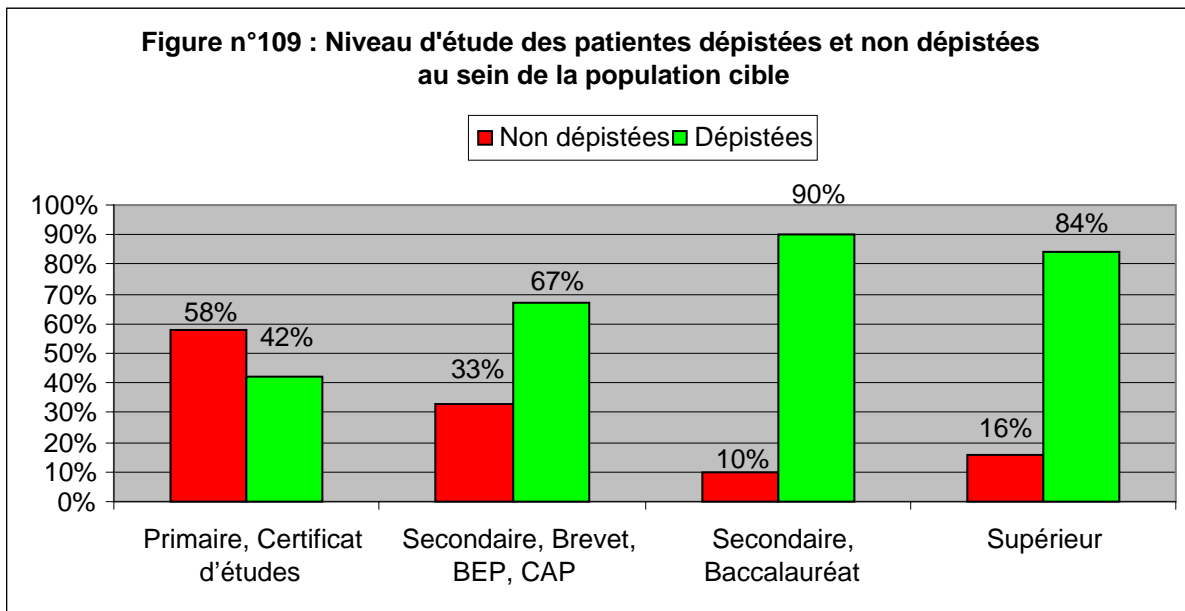
XI-6- Nombre d'enfants

Le nombre d'enfant n'influçait pas les pratiques de dépistage au sein de la population cible ($p = 0,2653$).

XI-7- Profession

Cette question n'avait pas pu être analysée en raison d'un effectif insuffisant dans la catégorie « artisan, commerçante, agricultrice, exploitante ».

XI-8- Niveau d'étude



Les patientes ayant fait des études étaient plus dépistées que celles n'ayant pas fait d'étude ($p < 0,0001$).

Les patientes les plus dépistées étaient les patientes ayant un niveau secondaire de l'ordre du baccalauréat avec 27 patientes dépistées (90 %) et 3 patientes non dépistées (10 %).

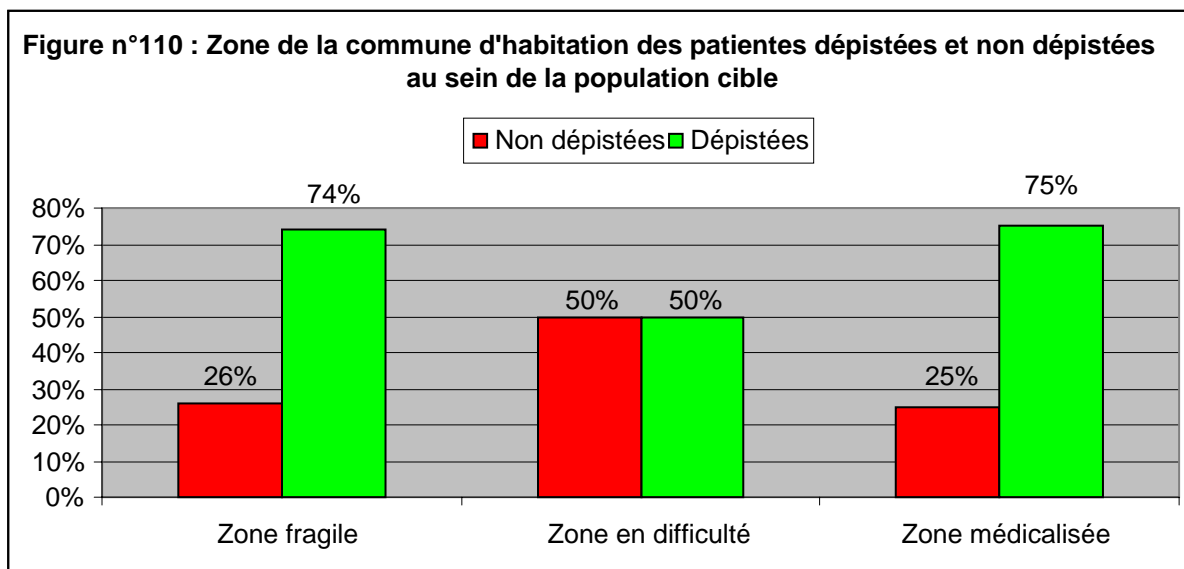
Les patientes ayant un niveau d'étude supérieur étaient dépistées dans 84,06 % avec 58 patientes contre 11 patientes non dépistées (15,94 %).

53 patientes (67,09 %) ayant un niveau d'étude secondaire de l'ordre du brevet, BEP ou CAP étaient dépistées, 26 patientes ne l'étaient (32,91 %).

Les patientes n'ayant pas fait d'étude (niveau primaire, certificat d'étude) étaient majoritairement non dépistées avec 22 patientes (57,89 %) contre 16 patientes dépistées (42,11 %).

XI-9- Commune d'habitation

XI-9-1- Zone médicalisée, zone en difficulté ou zone fragile



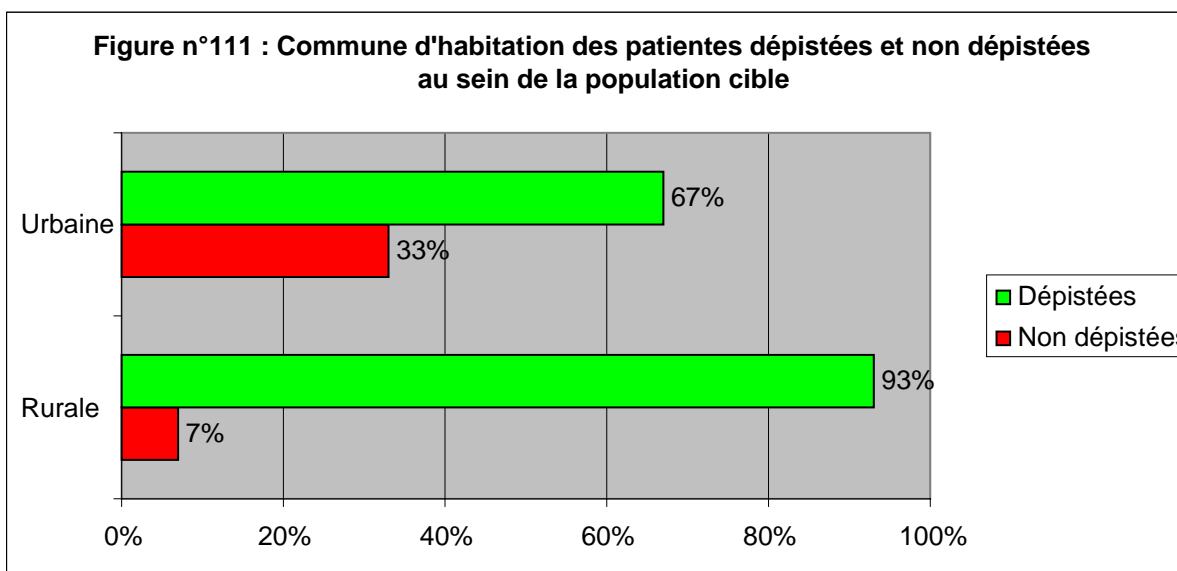
Il existait une différence significative entre les patientes dépistées et non dépistées dans les zones fragiles et dans les zones médicalisées ($p = 0,0130$).

Dans ces deux zones, les patientes étaient dépistées dans environ 75 % des cas :

- dans les zones fragiles, 14 patientes étaient dépistées (73,68 %) contre 5 patientes non dépistées (26,32 %).
- dans les zones médicalisées, 118 patientes étaient dépistées (74,68 %) contre 40 patientes non dépistées (25,32 %).

Dans les zones en difficulté, il existait un nombre équivalent de patientes dépistées et non dépistées (18 patientes soit 50 %).

XI-9-2- Commune rurale ou urbaine



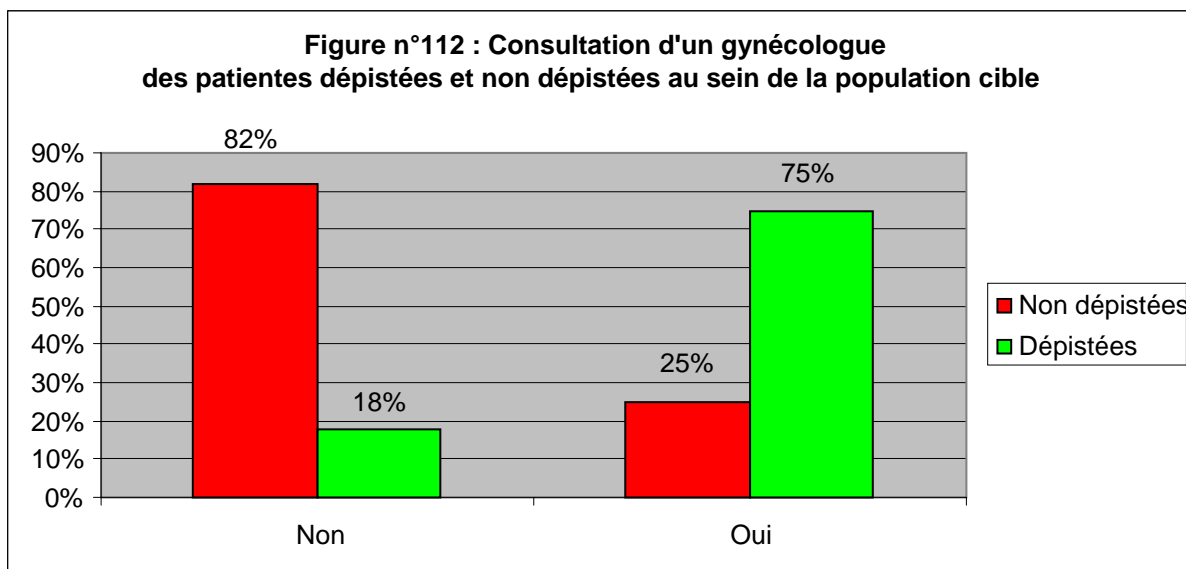
Il existait une différence significative des pratiques de dépistage en fonction de la commune rurale ou urbaine d'habitation des patientes ($p = 0,0050$).

La différence était plus marquée pour le milieu rural où les patientes étaient majoritairement dépistées (26 patientes dépistées soit 92,86 %, 2 patientes non dépistées soit 7,14 %).

De ce fait, en comparant avec les tailles des unités urbaines, on retrouvait une taille plus petite chez les dépistées que chez les non dépistées ($p = 0,0208$).

XI-10- Consultation chez un gynécologue

XI-10-1- Consultation ou non d'un gynécologue

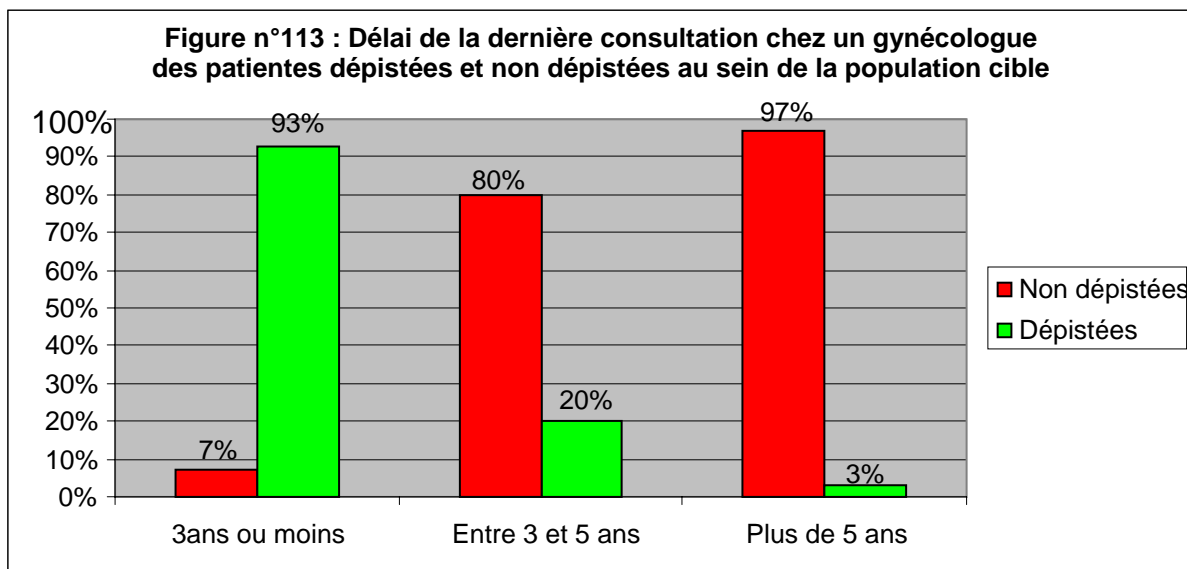


La consultation antérieure d'un gynécologue influençait de manière très significative le dépistage ($p < 0,0001$).

Les patientes n'ayant jamais consulté de gynécologue étaient majoritairement non dépistées : 14 patientes non dépistées (82,35 %) contre 3 patientes dépistées (17,65 %).

Les patientes ayant déjà consulté un gynécologue étaient majoritairement dépistées : 152 patientes dépistées (75,25 %) contre 50 patientes non dépistées (24,75 %).

XI-10-2- Délais de la dernière consultation chez un gynécologue



Il existait une différence très significative ($p < 0,0001$).

Les patientes ayant consulté un gynécologue étaient dépistées si cette dernière consultation avait eu lieu dans les 3 années précédentes. 148 patientes étaient dépistées si la dernière consultation avait eu lieu dans les 3 ans (93,08 %), 11 patientes n'étaient pas dépistées (6,92 %).

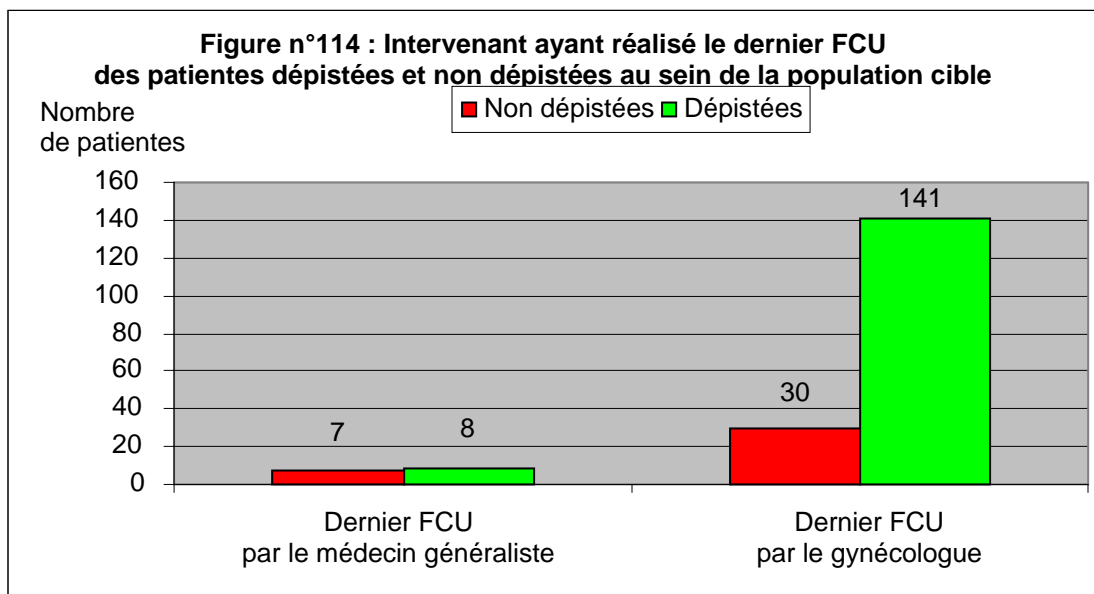
Plus le délai de la dernière consultation gynécologique était long, moins les patientes étaient dépistées : 8 patientes n'étaient pas dépistées si la dernière consultation avait eu lieu entre 3 et 5 ans (80 %), 2 patientes étaient dépistées (20 %).

31 patientes n'étaient pas dépistées si la dernière consultation avait eu lieu plus de 5 ans auparavant (96,88 %), 1 patiente était dépistée (3,13 %).

XI-11- Problèmes de santé d'ordre gynécologique

Les problèmes de santé d'ordre gynécologique n'influençaient pas les pratiques de dépistage ($p = 1,0000$).

XI-12- Intervenant ayant réalisé le dernier FCU



Les femmes ayant réalisé leur dernier FCU par un gynécologue était significativement plus dépistées que celles l'ayant réalisé par un médecin généraliste ($p = 0,0135$).

Parmi les femmes ayant réalisé leur dernier FCU par un gynécologue, 141 étaient dépistées (84,46 %), 30 ne l'étaient pas (17,54 %).

XI-13- Acceptation de l'entretien

Il n'existait pas de différence significative pour l'acceptation de l'entretien chez les patientes dépistées ou non dépistées ($p = 0,6871$).

DISCUSSION

I- Résultat principal

Cette étude montre qu'un grand nombre de patientes non ou sous-dépistées pour le cancer du col de l'utérus sont présentes dans les salles d'attente des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

En effet, 47 femmes (23,27 %) de 25 à 65 ans se trouvant dans les salles d'attente des médecins généralistes randomisés du Nord-Pas-de-Calais n'étaient pas correctement dépistées pour le cancer du col de l'utérus selon les recommandations actuellement en vigueur en France.

Nous pouvons comparer ce chiffre à celui du Baromètre santé 2010 qui était de 17 % de femmes de 25 à 65 ans non dépistées [31]. On constate donc un taux sensiblement plus élevé dans notre étude.

Ces chiffres diffèrent néanmoins des 43,4 % de patientes non dépistées en France d'après les données de l'EGB de l'Assurance maladie pour la période 2006-2008 [14]. L'explication de cette différence est donnée par le mode de recueil des données qui, dans l'étude et dans le Baromètre santé 2010, est un mode déclaratif, reconnu pour surestimer le taux de couverture de dépistage.

Les femmes n'ayant jamais réalisé de FCU étaient 14 (6,93 %) entre 25 et 65 ans consultant en médecine générale. On peut ajouter à ce chiffre les 3 femmes qui ne savaient pas si elles avaient déjà réalisé un FCU, ce qui porte le pourcentage à 8,41 %. Toujours dans le Baromètre santé 2010, 4 % des femmes âgées de 25 à 65 ans avaient déclaré ne jamais avoir réalisé de FCU [31].

Enfin, les 14,86 % de femmes âgées de 25 à 65 ans sous-dépistées (dernier FCU datant de plus de 3 ans) qui consultaient en médecine générale de cette étude sont comparables aux 13 % du Baromètre santé 2010 [31].

Ces chiffres sont également concordants avec ceux de l'étude de Rigal *et al.* qui avait été menée en 2005-2006 chez 59 médecins généralistes de la région parisienne. Elle s'était intéressée aux femmes de 50 à 69 ans qui avaient consulté au cours d'une

période de 2 semaines. 858 femmes avaient participé à l'étude et 20,8 % des femmes étaient en retard pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [32].

II- Résultats secondaires

II-1- Répartition en fonction de l'âge

Dans les cabinets de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais, les patientes âgées de 25 à 34 ans étaient les plus dépistées, avec un taux de 83,61 %.

Le pourcentage de patientes dépistées diminuait sensiblement dans notre étude en fonction de l'âge : le taux passait de 75,56 % pour les 35 à 44 ans, à 71,74 % pour les 55 à 65 ans.

Après 55 ans, la chute de dépistage est plus nette dans la littérature [14] [27] [31] [33].

Cette chute de dépistage peut être rapportée à une chute du suivi gynécologique après la ménopause. L'étude qualitative de Marie Blanckaert montre que beaucoup de femmes se disent non concernées par le suivi gynécologique et le dépistage notamment en raison de leur âge ou de la ménopause [28].

II-2- Facteurs favorisant le dépistage

II-2-1- Etre mariée ou en couple

Etre marié ou en couple était lié au dépistage du cancer du col de l'utérus : 75,81 % de femmes mariées ou pacsées et 78,57 % de femmes en couple étaient dépistées au sein de la population cible ($p = 0,0257$).

Cette donnée est concordante avec les données de la littérature [4] [27] [32] [33] [34].

Cette variable étant associée à l'activité sexuelle et à la contraception, elle est donc un indicateur indirect de consultation pour un motif gynécologique. L'absence de relation sexuelle est évoquée par les femmes comme une des causes du sentiment de ne pas être concerné par le suivi gynécologique [28].

II-2-2- Avoir des enfants

Avoir au moins un enfant est également un facteur de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les patientes consultant en médecine générale (72,64 % de patientes dépistées contre 27,36 % non dépistées, $p = 0,0224$).

Ce facteur est fréquemment relevé dans les différentes études françaises [4] [27] [32] [34] et internationales [35].

Néanmoins, cela n'était pas observé au sein de la population cible ($p = 0,2653$).

Le fait d'avoir fait ou non un FCU depuis plus de 2 ans ne variait pas non plus dans l'enquête santé 2002 de l'Insee menée dans le Nord-Pas-de-Calais selon que les femmes aient ou non des enfants [3].

II-2-3- Etre professionnellement actif

Même si les effectifs de notre étude n'ont pas permis de comparer le statut de dépistage des patientes en fonction de leur profession, il est quand même à noter que les cadres, chefs d'entreprise et les patientes exerçant des professions libérales étaient largement dépistées avec 85,75 % (contre 14,29 % de non dépistées).

Avoir une activité professionnelle est un des principaux facteurs favorisant la réalisation du FCU depuis moins de 3 ans retrouvé dans la littérature [4] [27] [31] [33] [34] [36].

II-2-4- Avoir un niveau d'étude élevé

Le niveau d'étude était un facteur prédictif très significatif de la participation au dépistage dans notre étude ($p < 0,0001$). Plus le niveau d'étude était élevé, plus les patientes se faisaient dépister. 90 % des patientes de 25 à 65 ans ayant un niveau d'étude de l'ordre du baccalauréat étaient dépistées.

Le Baromètre santé 2010 retrouvait également un dépistage significativement plus élevé chez les patientes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat par rapport à celles qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (88 % contre 75 %) [31]. Il en est de même pour de nombreuses autres études [3] [4] [33] [34].

II-2-5- Déjà avoir consulté un gynécologue

La consultation antérieure d'un gynécologue influençait très significativement le dépistage ($p < 0,0001$). Parmi les patientes de 25 à 65 ans ayant déjà consulté un gynécologue 74,25 % étaient dépistées.

Le suivi par un gynécologue était également identifié dans l'EGB comme l'un des deux principaux déterminants de la participation au dépistage [14]. Avoir fait au moins une visite chez le gynécologue au cours des douze derniers mois multipliait par 9 les chances d'être dépistées [37]. Seulement 3,8 % des femmes consultant régulièrement en soins primaires pour motif gynécologique avaient déclaré qu'elles n'avaient jamais réalisé de FCU dans l'enquête de l'agglomération parisienne en 2005 [34].

Les patientes vont être incitées au dépistage lors d'une consultation faite dans le cadre d'un suivi de contraception, d'une grossesse ou de la ménopause. Une consultation pour la prise en charge d'une pathologie ou d'un trouble fonctionnel gynécologique va également favoriser l'incitation au dépistage [2]. Une majorité de femmes a déjà consulté un gynécologue, 97 % selon l'enquête CNGOF de 2003 [38].

II-2-6- Habiter une commune rurale

Une majorité des patientes dépistées (92,86 %) vivaient dans des communes rurales ($p = 0,0050$.)

Le Baromètre cancer 2005 notait au contraire que le fait de résider ou non dans une commune rurale n'était pas lié au dépistage [27].

Dans le profil type du médecin généraliste réalisant lui-même des FCU décrit dans le Baromètre médecins généralistes et cancer de 2010, il était décrit un médecin généraliste travaillant plutôt en milieu rural (67 %) [39].

II-3- Facteurs de non dépistage

II-3-1- Ne pas avoir fait d'études

Un des facteurs prédictif de non réalisation du FCU était le niveau d'étude primaire ou certificat d'étude ($p < 0,0001$). Les patientes de 25 à 65 ans n'ayant pas fait d'étude étaient majoritairement non dépistées avec 57,89 %.

Ceci confirme les données de l'enquête santé 2002 [3] dans le Nord-Pas-de-Calais ou celles de Rigal *et al* [32].

Les autres études [27] [36] parlaient même d'un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat prédictif de non dépistage du cancer du col de l'utérus.

II-3-2- Ne jamais avoir consulté de gynécologue

Les femmes n'ayant jamais consulté de gynécologue, que ce soient les patientes consultant en médecine générale ou les patientes âgées de 25 à 65 ans, étaient majoritairement non dépistées (respectivement 83,33 % et 82,35 %) ($p < 0,0001$).

Cet élément semble en accord avec le fait que la majorité des FCU sont réalisés par les gynécologues [27].

L'absence de consultation chez le gynécologue et surtout l'absence de consultation en l'absence de symptôme sont des freins à la mise en œuvre de pratiques de prévention et plus particulièrement au dépistage du cancer du col de l'utérus [28].

Les médecins généralistes soulignent également que, selon eux, l'absence de suivi gynécologique en dehors de la grossesse, après 50 ans, ou en l'absence de pathologie gynécologique n'incite pas les femmes à réaliser le FCU [30].

II-4- Réalisation du FCU par le médecin généraliste ou le gynécologue

141 femmes âgées de 25 à 65 ans dépistées (91,56 %) avaient réalisé leur dernier FCU par un gynécologue.

Même si l'enquête Epilule [40] montre que les médecins généralistes sont très sollicités pour le suivi gynécologique et la contraception et qu'ils sont donc un interlocuteur privilégié des femmes pour leur prise en charge gynécologique et contraceptive, la part de réalisation des FCU par les médecins généralistes reste faible.

En effet, dans l'enquête Crisaps de 2002 [41] les FCU avaient été prélevés dans 96 % des cas par des gynécologues et dans 4 % par des médecins généralistes. Dans le Nord-Pas-de-Calais, 17 % des FCU avaient été prescrits par des médecins généralistes et 83 % par des gynécologues ou obstétriciens [3]. Ces chiffres sont en accord avec

ceux du rapport du groupe technique sur le dépistage du cancer du col de l'utérus de 2006 qui notait que les gynécologues réalisaient 80 à 90 % des FCU [42].

En raison du faible effectif de patientes dépistées par le médecin généraliste, il n'a pas été mis en évidence de facteur influençant le choix de l'intervenant (médecin généraliste ou gynécologue) pour la réalisation du FCU.

Néanmoins, le descriptif des patientes dépistées par un gynécologue montrait que les classes d'âge les plus dépistées étaient les 25-34 ans et les plus de 66 ans avec 100 % de dépistage par le gynécologue.

La classe d'âge la plus dépistée par le médecin généraliste était la classe 18-24 ans avec 23,08 % de femmes dépistées (contre 13 % chez les 55-65 ans et aux alentours de 6 % chez les 35-44 ans).

De même pour le statut marital, les descriptifs permettaient de voir que les veuves (100 %), les patientes en couple (97,30 %) et les patientes mariées ou pacsées (95,83 %) étaient majoritairement dépistées par le gynécologue.

Parmi les patientes dépistées par le médecin généraliste, les célibataires (23,53 %) étaient les plus dépistées.

Dans cette étude, nous n'avons pas pu mettre en évidence certains facteurs qui auraient pu influencer le choix de l'intervenant pour la réalisation du FCU :

- le fait d'avoir ou non des enfants ($p = 0,0803$)
- le niveau d'étude ($p = 0,0623$)
- la commune d'habitation : en zone médicalisée ou non ($p = 0,3988$), rurale ou urbaine ($p = 0,3982$), et en fonction de la taille de l'unité urbaine ($p = 0,8992$).

Toutes ces données nouvelles n'ont pas pu être comparées avec les données de la littérature. Aucune étude ne s'est encore intéressée aux caractéristiques des patientes en fonction du choix de l'intervenant (médecin généraliste ou gynécologue) pour la réalisation du FCU.

III- Forces et faiblesses

La force et l'originalité de ce travail sont d'avoir été mené en soins primaires et d'être le premier à évaluer la situation du dépistage en médecine générale. Jusqu'à présent, seule l'étude de Rigal *et al.* s'était attachée à caractériser les inégalités sociales parmi les femmes qui consultaient des médecins généralistes. Toutefois, cette étude ne s'intéressait qu'aux femmes âgées de 50 à 69 ans [32].

Cette étude fait partie d'un travail de recherche plus large qui a permis, dans un premier temps de sélectionner des patientes échappant au dépistage puis, par une approche qualitative, d'analyser les freins à la réalisation du FCU du point de vue de ces patientes [28] et de leurs médecins généralistes [29] selon un algorithme prédictif de comportement. Ce travail a enfin permis d'étudier leur opinion sur l'autoprélèvement vaginal [29].

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.

Cette étude, étant menée exclusivement dans les salles d'attente de médecins généralistes, avait pour objectif de faire un état des lieux en médecine générale. Les patientes échappant aux soins de santé primaires n'ont pas été prises en compte et les données de cette étude ne sont pas des données de santé publique. En effet, il est admis depuis l'étude de White *et al.* [43] de 1961, vérifiée par Green *et al.* [44] en 2001, que seulement 22 % de la population générale consulte annuellement un médecin (qui, aux Etats-Unis, est un médecin de famille dans 11,3 % des cas) et qu'une partie de cette population générale consulte moins d'une fois tous les 10 ans, faute de ressentir un problème de santé.

Comme toutes les enquêtes déclaratives, cette étude surestime le taux de couverture du dépistage du cancer du col. En effet, les enquêtes déclaratives surestimeraient ce taux par une sur-déclaration des conduites de dépistage des personnes interrogées et par une sous-estimation de la durée écoulée depuis le dernier FCU. Il est reconnu depuis longtemps que les raisons de cette distorsion résultent d'une tendance à déclarer ce qui

est conforme aux représentations sociales du déclarant plutôt qu'à la réalité des faits [45]. Pour améliorer la fiabilité de l'étude, il aurait fallu comparer les déclarations des patientes aux dates effectives de leur dernier FCU.

Toutefois, de précédentes études ont montré que cette surestimation n'était pas différente selon le statut socio-économique des femmes [34].

Le taux de participation des médecins généralistes (59,37 %) était conforme aux 60 % habituellement rencontrés dans les études en médecine générale dans lesquelles une stratégie intensive de recrutement est mise en place [46]. Il pourrait entraîner un biais en recrutant des médecins généralistes s'intéressant plus au dépistage. Il est néanmoins admis que dans ce type d'enquête, les typologies différentes des généralistes modifient peu les résultats chez leurs patients [47].

IV- Pistes de recherche

Les femmes échappant au dépistage du cancer du col de l'utérus se trouvent en partie dans le parcours de soins. Néanmoins, le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus reste insuffisant car les freins à la réalisation du FCU en médecine générale tant du point de vue des médecins généralistes que des patientes sont nombreux [4] [22] [24]. Les études menées dans les cabinets de médecine générale auprès des médecins généralistes et des femmes non dépistées mettent en avant la complexité et la variété de ces différents obstacles [28] [30].

L'organisation du dépistage semble être un facteur permettant de lever certains de ces obstacles : l'accès difficile au dépistage, le manque de disponibilité des médecins généralistes, l'absence d'intérêt des médecins généralistes pour le dépistage, la diminution de proposition de dépistage chez les femmes de plus de 55 ans. L'intérêt d'un dépistage organisé du cancer du col est reconnu et recommandé par les organisations internationales : l'OMS en 2002, l'Union Européenne en 2003, le CIRC en 2005 [4]. Il est également relayé en France par la HAS [14] et l'INCa [4]. Les pays ayant une bonne expérience du dépistage organisé ont généralement une couverture de dépistage élevée avec pour conséquence une diminution de l'incidence et de la mortalité par cancer du col (par exemple en Finlande, Islande et Suède) [4].

L'organisation du dépistage mis en place dans les départements français a permis une forte amélioration de la couverture, avec notamment en Alsace un taux de couverture à 3 ans supérieur à 70 % [4]. On a pu également constater un maintien de la couverture après 50 ans à un niveau élevé en Alsace et en Isère pouvant signifier que ce type de dépistage permet de toucher les femmes qui ne font pas ou plus de FCU [48].

Une autre piste d'amélioration du dépistage pourrait être l'utilisation de l'autoprélèvement vaginal comme outil de dépistage. En effet, l'augmentation de l'implication des médecins généralistes pour le dépistage du cancer du col ne suffira certainement pas à lui seul à améliorer le taux de couverture de dépistage au vue de certains déterminants de non réalisation du FCU évoqués par les femmes. Ceux-ci comprennent la pudeur, la gêne occasionnée par l'examen gynécologique, l'examen gynécologique considéré comme désagréable ou déplaisant, le côté tabou, le manque de temps ou encore la gêne liée à la relation particulière qu'entretient la patiente avec son médecin généraliste, considéré comme trop proche [28].

L'autoprélèvement vaginal semble lever un certain nombre de ces freins [29] et a montré son efficacité dans des études récentes [18] [19] [49]. Il est par ailleurs particulièrement bien accueilli par les médecins généralistes et les patientes [29].

L'utilisation de ce système d'autoprélèvement pourrait être envisagée de différentes manières. Il pourrait être proposé aux médecins généralistes qui ne réalisent pas de FCU. Il pourrait être proposé par le médecin généraliste aux femmes qui ne font pas de FCU. Enfin, l'idée d'un dépistage organisé avec l'envoi de kits d'autoprélèvement aux patientes échappant au dépistage pourrait être développée.

Les recherches en biologie soutenues par l'INCa [51], notamment les recherches visant à identifier de nouveaux marqueurs du diagnostic et l'étude des mécanismes moléculaires induits par les infections à HPV, sont d'autres pistes qui permettront peut-être d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus.

CONCLUSION

Les obstacles à la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus sont nombreux, tant du point de vue des médecins généralistes que des patientes [28] [30]. Ceux-ci expliquent le faible taux de couverture de dépistage et le faible taux de réalisation des FCU chez les médecins généralistes.

Les femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus sont connues pour avoir un statut socio-économique faible [3]. Les inégalités sociales influençant l'accès aux soins, on pouvait penser que les femmes échappant au dépistage ne consultaient pas en soins primaires.

Toutefois, cette étude a montré que dans le Nord-Pas-de-Calais, le taux de patientes non dépistées présentes dans les salles d'attente de médecins généralistes est sensiblement le même que celui déclaré dans la population générale.

Le rôle du médecin généraliste reste donc central dans l'information sur le dépistage et dans l'incitation au dépistage.

La mobilisation des médecins généralistes à elle-seule semble tout de même difficile à mettre en œuvre au vu des différents freins identifiés. L'organisation du dépistage et l'autoprélèvement vaginal sont deux approches différentes pouvant permettre d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut national de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques du cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances - Actualisation 2008. Paris : InVS, 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;56(3):159-75.
- [3] Prouvost H, Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002. *BEH* n°2-3 2007;18-20.
- [4] Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. INCa, 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 Volume 10 : cervix cancer screening. Lyon : IARC, 2005.
- [7] Faure K. 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] Wawer MJ, Tobian AAR, Kigosi G *et al.* 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] Méréa E, Le Galès C, Cochand-Priollet B *et al.* Cost of screening for cancerous and precancerous lesions of the cervix. *Diagn. Cytopathol.* 2002;27(4):251-7.
- [13] Wilson, J.M.G, Junger G. The principles and practice of screening for disease. World Health Organisation, Geneva, 1968.
- [14] Haute Autorité de Santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Recommandations en santé publique. Paris : HAS, 2010.

- [15] Prescrire rédaction. Dépister les cancers de l'utérus. Rev Prescrire 2010;(30)317:193-202.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A *et al.* Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH) : a community-based randomised controlled trial. Lancet 2011;378(9806):1868-73.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] Badet A. 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.
- [23] 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.
- [24] Baudier F, Michaud C. Le dépistage des cancers : entre organisation et libre choix. Baromètre Santé 2005. Paris : INPES, 2005:299-316.
- [25] 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.
- [26] MG France. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Les compétences au service des patients. <http://www.mgform.org/referentiel/>, consulté le 15 Mars 2012.

- [27] Duport N, Bloch J. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Baromètre Cancer 2005. Paris : INPES, 2005 : 129-136.
- [28] Blanckaert M. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin de dépistage en médecine générale : étude qualitative chez les patientes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2;2012.
- [29] Nesslany P. 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. Th D Méd, Lille 2;2012.
- [30] Squimbre C. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin de dépistage en médecine générale : enquête qualitative chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2;2012.
- [31] Dépistage du cancer du col de l'utérus. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 246-249.
- [32] Rigal L, Saurel-Cubizolles MJ, Falcoff H, Bouyer J, Ringa V. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care ? The Paris Prevention in General Practice survey. Preventive Medicine 2011;53:199-202.
- [33] Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2008;56:303-313.
- [34] Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. Preventive Medicine 2012;54:259-265.
- [35] Olesen S, Butterworth P, Jacomb P, Tait R. Personal factors influence use of cervical cancer screening services : epidemiological survey and linked administrative data address the limitations of previous research. BMC Health Services Research 2012;12:34.
- [36] Damiani G, Federico B, Basso D *et al.* Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy : a cross sectional study. BMC Health Services Research 2012;12:99.
- [37] Chan Chee C, Begassat M, Kovess V. Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2005;53:69 -75.
- [38] Perception du gynécologue-obstétricien... ce que pensent les femmes. Médecin, chirurgien, accoucheur... Qui est-il vraiment ? Quand le consulte-t-on ? Et pourquoi ? CNGOF 2003.

- [39] Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA Septembre 2010. Baromètre médecins généralistes et cancer 2010
- [40] Médecins généralistes et suivi de la femme. Source : Enquête Epilule. <http://www.mgfrance.org/content/blogcategory/2/1507/1/5/> consulté le 30 Mars 2012.
- [41] Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassalle M, Savignoni A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002. BEH n°2 2005:5-8.
- [42] Vacher-Lavenu MC. Rapport du groupe technique sur le dépistage du cancer du col de l'utérus 2006. Ministère de la Santé et des Solidarités.
- [43] White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N. Engl. J. Med. 1961;265:885-92.
- [44] Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N. Engl. J. Med. 2001;344(26):2021-5.
- [45] Kelman HC. Compliance, identification and internalization : three processes of attitude change. J Conflict Resolution 1958;2:51-60.
- [46] Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. Fam Pract 2002;19:105-111.
- [47] Marcus B, Schütz A. Who are the people reluctant to participate in research? Personality correlates of four different types of nonresponse as inferred from self- and observer ratings. J Pers. 2005;73(4):959-84.
- [48] Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes ». InVS 2007.
- [49] Gök M, Heideman DAM, van Kemenade FJ *et al.* Offering self-sampling for human papillomavirus testing to non-attendees of the cervical screening programme: Characteristics of the responders. European journal of cancer 2011.
- [50] Institut National du Cancer. Le cancer du col de l'utérus en France. Etat des lieux 2010. INCa 2010.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de sélection

ANNEXE 2 : Tableaux statistiques

ANNEXE 1 : Questionnaire de sélection

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
- Etudiante
- 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 2 : Tableaux statistiques

AUTEUR : FROMONT Eugénie

Date de Soutenance : 12 Juin 2012

Titre de la Thèse : Prévalence des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Thèse, Médecine, Lille,

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots clés : cancer du col de l'utérus, dépistage, prévalence, médecine générale

Résumé :

Contexte : Le taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus en France est insuffisant. Les médecins généralistes réalisent moins de 10 % des frottis cervicaux-utérins (FCU). Une des pistes d'amélioration de la couverture de dépistage serait donc de remettre le médecin généraliste en première ligne de ce dépistage. La prévalence des femmes non dépistées n'est pas connue en médecine générale. Les femmes non dépistées consultent-elles en médecine générale ?

Méthode : Enquête épidémiologique observationnelle transversale par questionnaire auprès de 299 femmes consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : 47 femmes (23,27 %) âgées de 25 à 65 ans n'étaient pas suffisamment dépistées pour le cancer du col de l'utérus selon la recommandation française (n'avaient jamais réalisé de FCU, ne savaient pas si elles en avaient déjà réalisé un ou leur dernier FCU datait de plus de 3 ans). Etre marié ou en couple ($p = 0,0257$) et avoir au moins un enfant ($p = 0,0224$) étaient des facteurs favorisant le dépistage. Plus le niveau d'étude était élevé, plus le taux de dépistage était important ($p < 0,001$). Les patientes ayant un niveau d'étude primaire ou certificat d'étude étaient majoritairement non dépistées. La consultation d'un gynécologue était un facteur de dépistage ($p < 0,001$) avec 74,89 % de femmes dépistées (dernier FCU datant de moins de 3 ans). Seuls 5,19 % des femmes dépistées âgées de 25 à 65 ans avaient réalisé leur dernier FCU chez un médecin généraliste.

Conclusion : La prévalence des femmes non dépistées consultant en médecine générale est proche de celui retrouvé dans la population générale (17 % d'après le Baromètre santé 2010). Le médecin généraliste reste donc un intervenant central pour l'incitation au dépistage. Néanmoins les freins sont nombreux et d'autres pistes doivent être développées. L'organisation du dépistage et la proposition d'autoprélèvements vaginaux aux femmes non dépistées semblent être deux éléments prometteurs.

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

