

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**

**Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale :
étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes
du Nord-Pas-de-Calais**

**Présentée et soutenue publiquement le 12 juin 2012
par Charlotte SQUIMBRE**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil
Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonnetterre
Monsieur le Docteur Benoît Savatier
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

ABREVIATIONS

HPV : Human Papilloma Virus

IST : Infection Sexuellement Transmissible

FCU : Frottis cervico-utérin

TBS : The Bethesda System 2001 (Système de Bethesda 2001)

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PCR : Polymérase chaîne réaction

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

MIPC : Modèle Intégré de Prédiction Comportementale

URPS-ML : Union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux

MG : Médecin généraliste

ORS: Observatoire Régional de la Santé

WONCA : World Organization of National Colleges

CMU : Couverture Mutuelle Universelle

SOFRES : Société Française d'Études et de Sondages

CPP : Comité de Protection des Personnes

Table des matières

I – INTRODUCTION.....	12
I – 1 Epidémiologie du cancer du col de l’utérus.....	12
I – 2 Histoire naturelle du cancer du col de l’utérus.....	14
I – 2 – 1 L’infection à Human Papilloma Virus (HPV).....	14
I – 2 – 2 Les lésions précancéreuses.....	14
I – 2 – 3 Les lésions cancéreuses.....	16
I – 2 – 4 Facteurs favorisant la persistance de l’infection à HPV ou cofacteurs de l’évolution vers des lésions cancéreuses.....	16
I – 2 – 5 Facteurs protecteurs de l’infection à HPV.....	16
I – 3 Le frottis cervico-utérin de dépistage.....	16
I – 3 – 1 Un test de référence.....	16
I – 3 – 2 Le test HPV.....	17
I – 3 – 3 L’autoprélèvement vaginal.....	18
I – 4 Le dépistage du cancer du col de l’utérus en France.....	19
I – 4 – 1 Un dépistage individuel.....	19
I – 4 – 2 Un taux de couverture insuffisant.....	19
I – 4 – 3 Le dépistage organisé.....	20
I – 5 Les freins au dépistage.....	21
I – 5 – 1 Du point de vue des patientes.....	21
I – 5 – 2 Du point de vue des médecins généralistes.....	22
I – 6 Objectif de l’étude.....	23
II – MATERIEL ET METHODE.....	24
II – 0 Un projet de recherche commun.....	24
II – 1 Choix d’une méthode qualitative.....	24
II – 1 – 1 Description.....	24
II – 1 – 1 – 1 La méthode qualitative.....	24
II – 1 – 1 – 2 L’entretien semi-dirigé.....	25
II – 1 – 2 Pertinence de la méthode qualitative dans l’étude.....	25
II – 2 Population et échantillon.....	26
II – 3 Recueil des données.....	27
II – 3 – 1 Guide d’entretien.....	27
II – 3 – 2 Déroulement des entretiens.....	27

II – 3 – 3 Retranscription.....	27
II – 4 Méthode d'analyse des résultats.....	28
II – 4 – 1 MIPC de Fishbein-Ajzen.....	28
II – 4 – 1 – 1 Description du modèle.....	28
II – 4 – 1 – 2 Pertinence du modèle dans l'étude.....	29
II – 4 – 2 Codages.....	30
II – 5 Biais attendus.....	30
II – 6 Méthodologie de la recherche bibliographique.....	31
III – RÉSULTATS.....	33
III – 1 Déroulement de l'étude.....	33
III – 2 Caractéristiques de l'échantillon.....	35
III – 3 Analyse thématique.....	38
III – 3 – 1 Facteurs environnementaux.....	39
III – 3 – 2 Compétences et habiletés.....	53
III – 3 – 3 Représentations – Croyances comportementales et évaluation des issues.....	56
III – 3 – 4 Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre.....	82
III – 3 – 5 Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir.....	87
IV – DISCUSSION.....	96
IV – 1 Les résultats principaux.....	96
IV – 1 – 1 Facteurs environnementaux.....	96
IV – 1 – 2 Compétences et habiletés.....	99
IV – 1 – 3 Représentations : croyances comportementales et évaluation des issues.....	100
IV – 1 – 4 Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre.....	105
IV – 1 – 5 Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir.....	106
IV – 2 La validité de l'étude.....	107
IV – 2 – 1 Les forces de l'étude.....	107
IV – 2 – 2 Les faiblesses de l'étude.....	108
IV – 2 – 3 Les perspectives de l'étude.....	109

V – CONCLUSION.....	111
BIBLIOGRAPHIE.....	113
ANNEXE 1 :	118
ANNEXE 2 :	119
ANNEXE 3 :	128
ANNEXE 4 :	138

I - INTRODUCTION

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

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer de la femme en 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 100000 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].

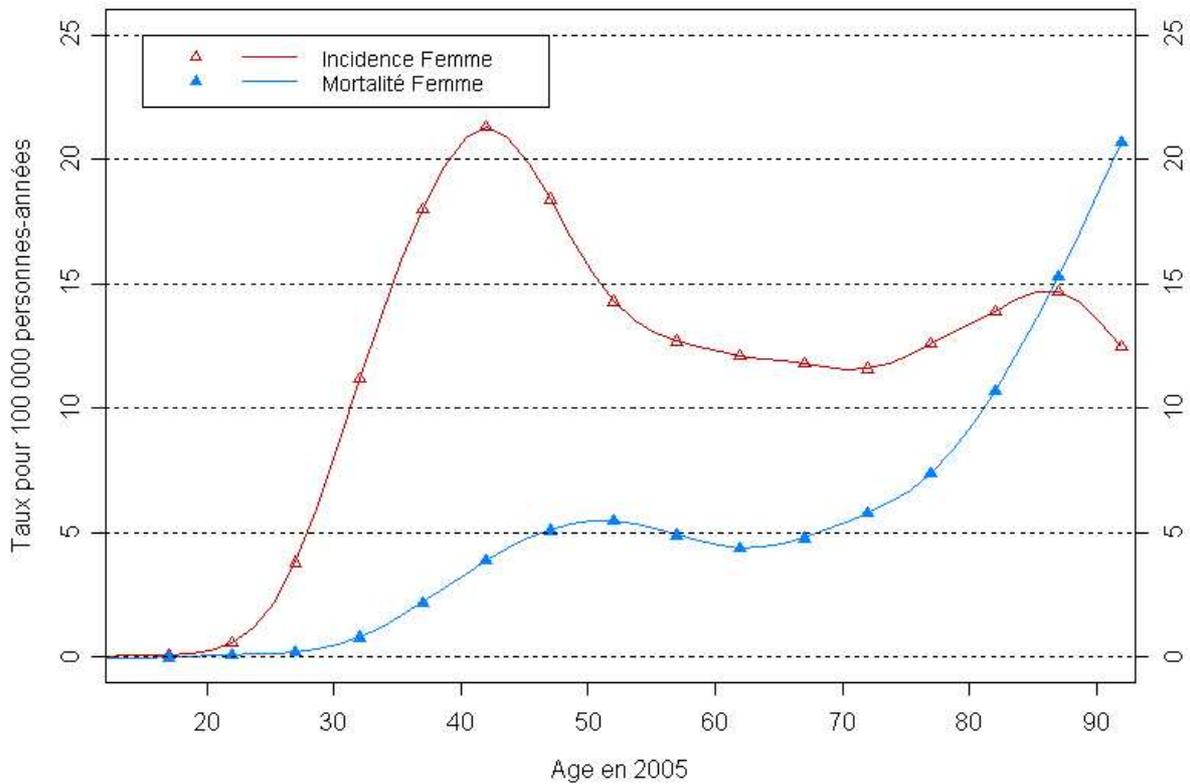


Figure n°1 : Incidence et mortalité par âge en 2005 [2]

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 HPV 16 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].

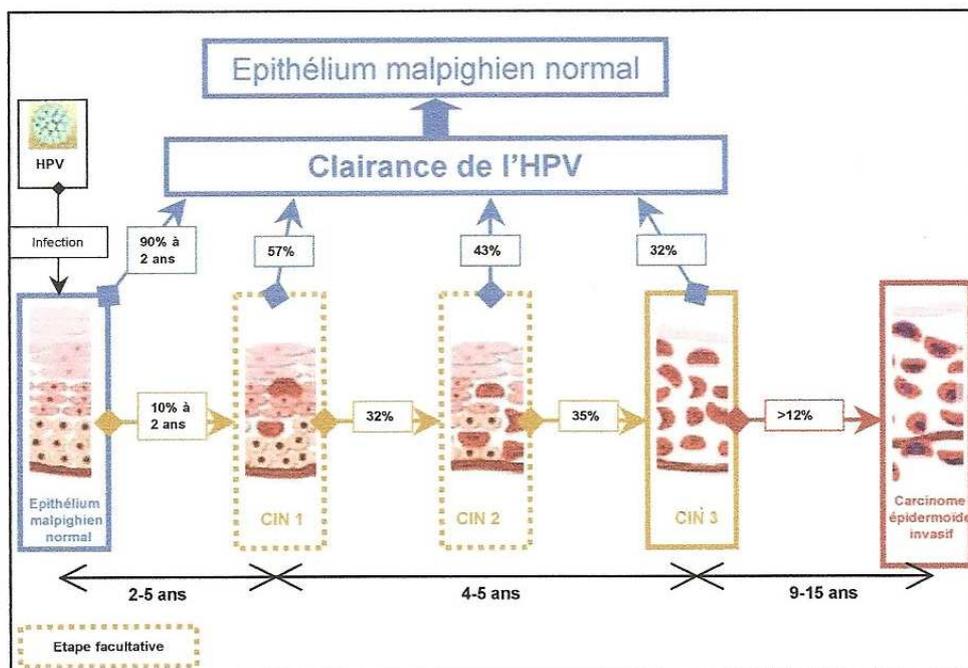


Figure n°2 : Histoire naturelle du cancer épidermoïde du col de l'utérus [1]

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 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 frottis cervico-utérin (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 démontré 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 dix 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'Hybride 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].

Il est admis que 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 99 et 100 % [17].

I – 3 – 3 L'alternative au FCU : l'autoprélèvement vaginal

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

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

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

L'autoprélèvement vaginal 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 vaginal est aussi sensible que le FCU réalisé par un médecin pour détecter un HPV de haut risque [19]. 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 sur dépistage) [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].

En 2009, il y avait 20 gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes de plus de 15 ans [22]. 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 [23].

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

Actuellement, en France, 87,8 % des FCU sont effectués par les gynécologues et 8,4 % par les médecins généralistes [24].

Le récent travail de thèse d'Eugénie Fromont retrouve 6,36 % de FCU réalisés par le médecin généraliste [25].

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 2 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 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 [26].

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 %) [27].

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 [27].

À 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 [27].

88 % d'entre elles pensent que le gynécologue est plus compétent et maîtrise mieux ce domaine que le médecin généraliste [28].

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

I – 5 – 2 Du point de vue des médecins généralistes

Selon une récente étude [29], 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 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, absence de matériel de prélèvement, rémunération insuffisante.

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 – 6 Objectif de l'étude

Une évolution lente, une technique de dépistage simple et efficace, des interventions permettant de guérir le cancer : le dépistage du cancer du col de l'utérus répond aux critères nécessaires à la mise en place de ce dépistage dans la population générale. Toutefois, la couverture de dépistage reste insuffisante et les freins sont nombreux. Et ils sont d'autant plus nombreux dans le cadre des soins primaires, tant du point de vue des médecins que du point de vue des patientes consultant en médecine générale.

Un des défis des professionnels de la santé est de comprendre comment les individus adoptent et maintiennent des comportements de santé qui conduisent à une meilleure qualité de vie.

L'objectif de l'étude est de classer les obstacles à la réalisation des FCU de dépistage en médecine générale, chez les médecins généralistes, comme déterminants dans l'algorithme du modèle intégratif de prédiction comportementale (MIPC) de Fishbein-Ajzen.

II – MATÉRIEL ET MÉTHODE

II – 0 Un projet de recherche commun

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

Eugénie FROMONT, Pamela NESSLANY, Marie BLANCKAERT et moi-même avons travaillé ensemble au recueil des données.

II – 1 Choix d'une méthode qualitative

L'étude a retenu une approche qualitative positiviste avec recueil des données par entretiens semi-directifs.

II – 1 – 1 Description

II – 1 – 1 – 1 La méthode qualitative

La recherche en soins primaires est une activité très complexe, due à la richesse des rapports unissant le médecin généraliste et ses patients, ainsi qu'au vaste domaine de compétences définissant la médecine générale. Cette complexité nécessite de disposer de plusieurs méthodes de recherche et de plusieurs techniques de recueil de données [30].

Les études quantitatives, qui s'attachent à tester une hypothèse à travers des mesures associées à des résultats fiables et reproductibles [31] sont bien connues mais souvent insuffisantes pour répondre à la totalité des questions soulevées lors de l'exercice quotidien de la médecine générale [32].

La recherche qualitative prend donc ici tout son sens. En effet, la recherche qualitative, qui s'est développée à partir des années 1920, est souvent définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative [32]. Cependant, il n'y a pas

lieu d'opposer ces deux techniques car elles n'explorent pas les mêmes champs de connaissance. Ces deux méthodes sont alors plutôt complémentaires [32]. Il ne s'agit pas, en recherche qualitative, de quantifier ou de mesurer afin d'obtenir des résultats statistiques et représentatifs, mais de s'attacher à donner un aperçu du comportement et des perceptions de la population, de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes [33]

La recherche qualitative s'attache à répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». Le chercheur tente d'analyser des données descriptives, comme des paroles écrites ou dites et le comportement observable des personnes dans leur milieu naturel [34].

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

II – 1 – 1 – 2 L'entretien semi-dirigé

L'objectif de l'entretien est d'obtenir un discours linéaire sur le thème de recherche de la part de la personne interrogée [35].

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

II – 1 – 2 Pertinence de la méthode qualitative dans l'étude

Dans l'étude, étudiant les obstacles à la réalisation des FCU de dépistage en médecine générale, la méthode qualitative s'est imposée naturellement devant la nécessité de comprendre, en profondeur, pourquoi les médecins généralistes ne

réalisaient pas de FCU. Nous souhaitions connaître leurs avis ainsi que leurs perceptions et les déterminants personnels entraînant la non réalisation de ces FCU.

Ainsi, le recueil de données s'est réalisé grâce à la technique des entretiens semi-dirigés individuels, qui semblait la méthode la plus adaptée à ce sujet [32]. En effet, le FCU touche à l'intime, et la notion de pudeur lui est fréquemment associée. Il était évident que la technique des entretiens collectifs appelés aussi *focus group*, où sont réunis plusieurs intervenants discutant d'un même sujet pouvait entraîner des « non dits » et nous priver des résultats jugés trop « intimes ».

II – 2 Population et échantillon

La population cible était : les médecins généralistes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais.

Une liste de médecins généralistes randomisés électroniquement était demandée à l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) du Nord-Pas-de-Calais.

Les médecins généralistes étaient sollicités dans l'ordre de la randomisation. Les médecins généralistes éligibles recevaient un courrier explicatif concernant le projet de recherche et le but de ce projet. Ces médecins généralistes étaient ensuite contactés par une des membres de l'équipe afin de convenir d'un rendez-vous au sein de leur cabinet.

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecin généraliste exerçant la médecine générale dans le Nord-Pas-De-Calais.

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecin généraliste spécialisé dans un domaine et ne pratiquant plus une médecine générale « traditionnelle » (nutritionniste, homéopathe...)

II – 3 Recueil des données

II – 3 – 1 Guide d'entretien

L'intervieweur organisait l'entretien en se fondant sur un guide (annexe 1) défini à *priori* sur la base de la littérature puis revu au fil du codage des entretiens terminés et basé sur le MIPC de Fishbein-Ajzen.

Ce guide d'entretien comportait entre autres les thèmes suivants :

- Le médecin généraliste et sa pratique du FCU
- Les obstacles à la réalisation du FCU

II – 3 – 2 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin généraliste.

Ils se sont déroulés en face à face, sans élément extérieur perturbateur (téléphone éteint).

L'enregistrement exhaustif des entretiens a été réalisé sur un support numérique.

Un consentement individuel était recueilli avant l'entretien. Un rapport de confidentialité était signé par les différentes parties et remis aux interviewés.

II – 3 – 3 Transcription

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

Des exemples de transcription sont en annexes 2, 3 et 4.

II – 4 Méthode d'analyse des résultats

II – 4 – 1 Le modèle intégratif de prédiction comportementale (MIPC) de Fishbein-Ajzen

II – 4 – 1 – 1 Description du modèle

La prédiction comportementale vise à prédire un comportement [36].

Le MIPC développé par Martin Fishbein et Icek Ajzen entre 1980 et 2009 est un algorithme permettant de prédire une modification comportementale à partir d'un nombre restreint de déterminants.

Ce modèle repose sur l'hypothèse que « l'intention est le déterminant clé de la modification comportementale ».

D'une part, si l'intention existe, le comportement est essentiellement influencé par des contraintes externes, les facteurs environnementaux, et par des contraintes internes, les compétences et habiletés du sujet.

D'autre part, si le sujet n'a pas élaboré d'intention, le modèle a isolé trois déterminants qui prédisent l'apparition d'une intention pouvant ensuite aboutir à un nouveau comportement attendu :

- les croyances dans la capacité du comportement à produire un résultat et l'importance de l'effort à produire par rapport à l'importance du résultat attendu = représentations.
- les croyances dans des normes subjectives s'appliquant au comportement et la volonté de s'y soumettre = normes.
- les croyances dans son pouvoir à produire le comportement = auto-efficacité.

Les facteurs qui influencent ces trois déterminants sont : le comportement antérieur, les données démographiques et culturelles, les représentations de l'objectif en termes de stigmatisations et de stéréotypes, les humeurs et les émotions, la perception des risques, l'exposition aux médias et aux interventions.

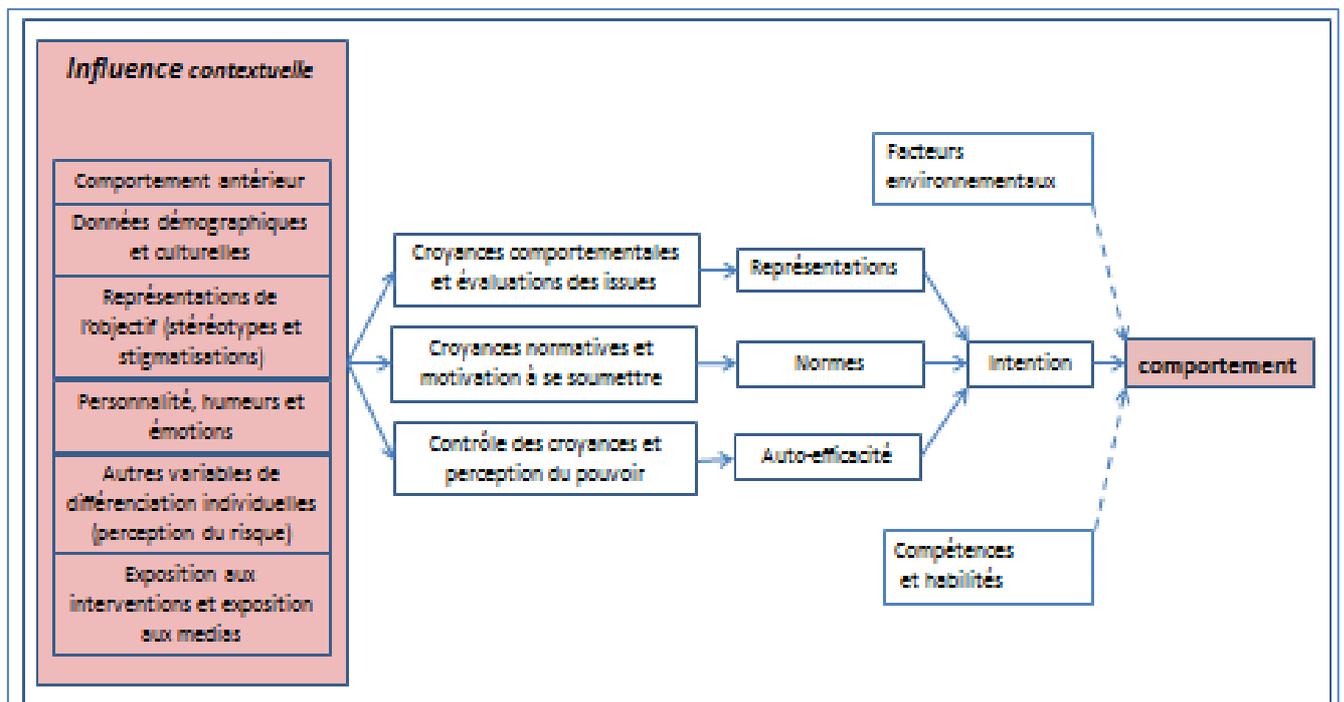


Figure n°3 : Le MIPC de Fishbein-Ajzen

II – 4 – 1 – 2 Pertinence du modèle dans l'étude

Dans l'étude, le comportement étudié est : proposer et réaliser un FCU à une femme, soit à l'occasion d'un examen de routine, soit à l'occasion d'une consultation dédiée.

Il est défini par :

- son action : faire un geste technique, le FCU
- son objectif : prévenir le cancer du col de l'utérus
- son contexte: une opportunité au cours d'une consultation pour un autre motif ou une consultation dédiée
- sa temps: tous les trois ans

Le travail consiste, au cours de l'analyse des entretiens, à différencier dans un premier temps les médecins généralistes qui ont l'intention de réaliser le FCU (ceux qui le réalisent eux mêmes, ou ceux qui adressent leurs patientes à des confrères) de ceux qui n'en ont pas l'intention.

Dans le premier cas, où l'intention est réelle, seules les circonstances environnementales et les habiletés de la personne à mettre en œuvre le comportement entrent en ligne de compte. Il s'agit donc pour le chercheur de relever et classer ces éléments empêchant l'intention de se transformer en comportement.

Dans le second cas, où le sujet n'a pas l'intention de réaliser l'action, le travail explore également les trois niveaux de croyance qui sous-tendent l'intention :

- les croyances dans la capacité du FCU à produire un résultat = représentations.
- les croyances dans les normes subjectives sous-tendant la réalisation du FCU = normes.
- les croyances dans son pouvoir à maîtriser son travail par la réalisation du FCU = auto-efficacité.

Dans ce cas, l'analyse de ces déterminants est primordiale pour comprendre pourquoi le sujet n'a pas transformé son intention en comportement, et pour l'accompagner par la suite dans cet objectif.

II – 4 – 2 Codages

Les chercheurs qui ont effectué le codage n'étaient pas ceux qui avaient effectué l'interview. L'analyse des transcriptions a été effectuée par deux chercheurs séparément, à main levée. L'analyse a été interprétative, dans un modèle prédictif considéré comme validé : le MIPC de Fishbein-Ajzen. Les différences ont été résolues par consensus. Quand le consensus n'était pas obtenu, un troisième chercheur tranchait. Le codage final était établi par l'intervieweur lui-même.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à obtention de la saturation théorique des données, c'est-à-dire jusqu'au moment où de nouveaux entretiens ne permettaient pas d'enrichir la liste des déterminants prédictifs de la non réalisation d'un frottis dans le MIPC.

Si l'échantillon initial n'était pas suffisant pour obtenir la saturation des données, d'autres échantillons étaient demandés à l'URPS-ML.

II – 5 Biais attendus

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

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

II – 6 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 utilisées sont : Google, Google Scholar, Pubmed.

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

- frottis cervico-utérin, frottis cervico-vaginal
- dépistage cancer du col
- médecine générale
- freins, obstacles
- autoprélèvement, autofrottis
- Fishbein
- méthode qualitative, recherche qualitative, analyse qualitative
- sociologie

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

- cervical cancer screening

- cervical cancer prevention
- primary care
- barriers
- self-collected pap-test
- human papilloma virus testing
- integrative model of behavioral prediction
- quality research

Ces listes de mots clefs ne sont pas exhaustives.

III – RÉSULTATS

III – 1 Déroulement de l'étude

Une liste de cinquante-deux médecins généralistes a été fournie par l'URPS-ML du Nord-Pas-de-Calais en août 2011.

Sur ces cinquante-deux médecins généralistes, quinze provenaient de la région « Artois-Douaisis », huit provenaient de la région « Hainaut-Cambrasis », dix provenaient de la région « Littoral » et dix-neuf de la région « Flandre-Lille Métropole ».

Les médecins généralistes ont été sollicités dans l'ordre de la liste de randomisation. Les médecins généralistes ont été contactés proportionnellement à leur territoire d'exercice.

Les premiers médecins généralistes recevaient au préalable un courrier explicatif puis étaient contactés par téléphone dans la semaine suivant la réception du courrier afin d'obtenir un rendez-vous pour l'entretien. Cependant, cette procédure était longue et peu de médecins généralistes avaient lu le courrier ou s'en souvenaient. Il a donc été décidé par la suite de contacter directement les médecins généralistes par téléphone afin de leur exposer la démarche et de prendre rendez-vous pour un entretien.

Sur les cinquante-deux médecins généralistes de la liste de randomisation, vingt-sept ont été contactés, vingt-quatre par appel téléphonique, et dix-huit ont reçu un courrier explicatif préalable.

Dix-sept médecins généralistes ont accepté l'entretien et ont donc été interviewés afin d'obtenir la saturation des données, MG1 étant le premier médecin généraliste interviewé.

Les causes de non-entretien chez les médecins généralistes étaient les suivantes :

- Quatre refus : deux par manque de temps, un ne souhaitant pas parler du FCU et un sans raison particulière
- Deux médecins généralistes injoignables
- Trois médecins généralistes spécialisés dans un autre domaine (deux nutritionnistes et un homéopathe)
- Un médecin généraliste introuvable
- Un médecin généraliste en retraite depuis peu

Le premier entretien a débuté le dix août 2011 et le dernier entretien s'est achevé le vingt-deux février 2012.

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

Le tableau n°2 résume la répartition de chaque transcription et de chaque codage en fonction des membres de l'équipe.

	ENTRETIEN ET TRANSCRIPTION	CODAGE 1	CODAGE 2	CODAGE FINAL
MG1	CS	MB	PN	CS
MG2	PN	CS	EF	PN
MG3	EF	MB	CS	EF
MG4	MB	PN	EF	MB
MG5	EF	MB	PN	EF
MG6	EF	CS	MB	EF
MG7	CS	EF	PN	CS
MG8	MB	EF	CS	MB
MG9	CS	PN	MB	CS
MG10	PN	CS	EF	PN
MG11	MB	EF	PN	MB
MG12	MB	CS	PN	MB
MG13	MB	CS	EF	MB
MG14	PN	MB	CS	PN
MG15	PN	MB	EF	PN
MG16	CS	EF	MB	CS
MG17	PN	EF	CS	PN

Tableau n°2 : Liste des intervieweurs et codeurs

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

III – 2 Caractéristiques de l'échantillon

Dix-sept médecins généralistes ont été entretenus : cinq médecins généralistes provenaient de la région « Artois-Douais », trois médecins généralistes provenaient de la région « Hainaut-Cambrasis », trois médecins généralistes provenaient de la région « Littoral » et six médecins généralistes provenaient de la région « Flandre - Lille Métropole ».

Les entretiens ont duré de 9 minutes et 46 secondes à 33 minutes et 16 secondes.

Sur les dix-sept médecins généralistes entretenus, trois étaient des femmes, quatorze étaient des hommes.

L'âge des médecins était de 35 à 60 ans.

Sur les dix-sept médecins généralistes entretenus, huit exerçaient en cabinet de groupe et neuf exerçaient seuls.

Le tableau n°3 résume les caractéristiques de l'échantillon entretenu.

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

Tableau n°3 : Caractéristiques des médecins généra listes interviewés

III – 3 Analyse thématique

Sur les dix-sept médecins généralistes interrogés, quatorze avaient l'intention de faire des FCU (MG1, MG2, MG3, MG4, MG6, MG8, MG9, MG11, MG12, MG13, MG14, MG15, MG16, MG17) et neuf médecins généralistes réalisaient des FCU (MG2, MG3, MG4, MG5, MG8, MG9, MG11, MG12, MG16).

Sur les huit médecins généralistes qui ne réalisaient pas de FCU, six médecins généralistes (MG1, MG6, MG13, MG14, MG15, MG17) avaient tout de même l'intention de les faire car tous adressaient leurs patientes soit au gynécologue soit au laboratoire soit à un confrère pour la réalisation du FCU.

Seuls deux médecins généralistes (MG7 et MG10) n'avaient pas l'intention de réaliser des FCU, et n'en réalisaient pas.

Le tableau n°4 résume les intentions et comportements des différents médecins généralistes interrogés.

	Intention	Comportement
MG1	Oui	Non
MG2	Oui	Oui
MG3	Oui	Oui
MG4	Oui	Oui
MG5	Non	Oui
MG6	Oui	Non
MG7	Non	Non
MG8	Oui	Oui
MG9	Oui	Oui

	Intention	Comportement
MG10	Non	Non
MG11	Oui	Oui
MG12	Oui	Oui
MG13	Oui	Non
MG14	Oui	Non
MG15	Oui	Non
MG16	Oui	Oui
MG17	Oui	Non

Tableau n°4 : Intentions et comportements des médecins généralistes interrogés

III – 3 – 1 Facteurs environnementaux

III – 3 – 1 – 1 Offre de soins suffisante

Une des raisons évoquées par les médecins généralistes pour ne pas réaliser de FCU est la présence d'une offre de soins suffisante.

III – 3 – 1 – 1 – 1 Gynécologues

Seize médecins généralistes ont évoqué avoir une offre de soins suffisante en gynécologues.

MG13 : « Pas d'utilité, j'ai 3 gynéco à 200 m »

MG17 : « On a une telle pléiade de gynéco autour de nous que c'est bien plus simple d'adresser ouais »

III – 3 – 1 – 1 – 2 Laboratoires

Cinq médecins généralistes ont évoqué avoir une offre de soins suffisante en laboratoires qui réalisent des FCU.

MG11 : « Sur XX, il y a un laboratoire où il y a une laborantine qui est chargée de faire les frottis chez les patientes »

MG16 : « Ou directement au labo parce que maintenant vous avez des labo... Chez BioLille ils le font »

III – 3 – 1 – 1 – 3 Associé (e)

Trois médecins généralistes évoquaient leur associé (e) comme alternative à la réalisation de leurs FCU.

MG1 : « Ma nièce travaille avec moi, et quand il y a un frottis à faire, je les lui envoie »

III – 3 – 1 – 1 – 4 Épouse

Deux médecins généralistes étaient installés avec leur épouse et donc lui adressaient leurs patientes pour la réalisation du FCU.

MG1 : « *Ma femme avait fait un peu de tout ça... j'allais la chercher* »

III – 3 – 1 – 2 Offre de soins insuffisante en gynécologues

Quatre médecins généralistes évoquaient une offre de soins insuffisante en gynécologues.

MG14 : « *Il y a de moins en moins de gynéco med et puis euh... il y a d'autant moins volontiers de rendez-vous rapide* »

III – 3 – 1 – 3 Absence de coordination gynécologue/médecin généraliste

Quatre médecins généralistes évoquaient l'absence de coordination entre eux et le gynécologue.

MG1 : « *Souvent on n'a même pas trop de rapport avec eux (les gynécologues de ville)* ». *Le gynéco fait un frottis, mais le généraliste ne reçoit pas le résultat. On le sait quand on le fait à l'hôpital* »

III – 3 – 1 – 4 Le geste

Le geste en lui même semblait être un obstacle à la réalisation des FCU chez certains médecins généralistes interrogés.

III – 3 – 1 – 4 – 1 Chronophage

Dix médecins généralistes trouvaient que le FCU était un geste chronophage.

«MG5 : « *Quand je fais un frottis, c'est une consultation qui dure une demi-heure, et j'ai plus le temps* »

III – 3 – 1 – 4 – 2 Théâtral

Un médecin généraliste trouvait le geste théâtral.

MG5 : « *Toute la mise en scène du frottis au cabinet* »

III – 3 – 1 – 4 – 3 Invasif

Un médecin généraliste trouvait le geste invasif.

MG5 : « *C'est quand même un geste un peu invasif* »

III – 3 – 1 – 4 – 4 Difficulté technique

Deux médecins généralistes avaient une difficulté technique quant à la réalisation du FCU.

MG5 : « *On a quelque fois des problèmes techniques, parce que le col n'est pas bien comme on veut...* »

III – 3 – 1 – 4 – 5 Peu rentable

Un médecin généraliste trouvait le geste peu rentable.

MG14 : « *C'est pas très bien côté* »

III – 3 – 1 – 4 – 6 Nécessité d'une consultation dédiée

Un médecin généraliste pensait qu'il était nécessaire d'avoir une consultation dédiée pour la réalisation du FCU.

MG15 : « Il faudrait qu'elles viennent en rendez-vous, ça devient compliqué »

III – 3 – 1 – 5 Manque de temps

Plusieurs médecins généralistes évoquaient le manque de temps comme un obstacle à la réalisation du FCU.

III – 3 – 1 – 5 – 1 Réduction d'activité

Un médecin généraliste évoquait sa réduction d'activité.

MG5 : « Je n'ai plus le temps, j'ai décidé de réduire mon activité »

III – 3 – 1 – 5 – 2 Activité trop importante

III – 3 – 1 – 5 – 2 – 1 En général

Cinq médecins généralistes estimaient avoir une activité trop importante

MG10 : « Des jours à 50 consultations, on n'a pas le temps d'attendre qu'elles se déshabillent, qu'elles s'installent »

III – 3 – 1 – 5 – 2 – 2 En période épidémique

Un médecin généraliste déclarait qu'il était difficile en période épidémique de trouver le temps de réaliser un FCU.

MG11 : « On se donne pas toujours le temps. Tout dépend si on est en période épidémique ou pas »

III – 3 – 1 – 5 – 2 – 3 Cause d'oubli

Un médecin généraliste pensait que le fait d'avoir une activité importante était source d'oubli pour la proposition du FCU de dépistage.

MG2 : « Les jours où il y a 50 personnes, je sais que je ne penserais pas à tout »

III – 3 – 1 – 5 – 3 Exercice de la médecine vaste

Un médecin généraliste soulignait le côté vaste de la spécialité.

MG8 : « Nous sommes déjà généralistes. Je veux dire il y a déjà plein de pathos »

III – 3 – 1 – 5 – 4 Autre motif de consultation

Un médecin généraliste évoquait le manque de temps en rapport avec le motif initial de consultation, qu'il a fallu gérer en premier.

MG11 : « Elles viennent rarement que pour ça. Il faut un peu de temps surtout. Parce que souvent ça rentre dans le cadre d'une consultation »

III – 3 – 1 – 6 Présence d'une tierce personne en consultation

Plusieurs médecins généralistes évoquaient le fait d'avoir une tierce personne en consultation comme un obstacle à la réalisation du FCU.

III – 3 – 1 – 6 – 1 Interne

Un médecin généraliste évoquait son interne de médecine générale.

MG2 : « Dans l'ensemble, j'ai peu de refus, sauf quand j'ai un interne »

III – 3 – 1 – 6 – 2 Enfants

Deux médecins généralistes évoquaient la présence des enfants.

MG12 : « Si elles viennent avec leurs enfants... C'est surtout ce problème là »

III – 3 – 1 – 7 Manque d'information

Le manque d'information revient chez plusieurs médecins généralistes comme obstacles à la réalisation des FCU.

III – 3 – 1 – 7 – 1 En général

Deux médecins généralistes pensaient qu'il y a un manque d'information en général sur le FCU.

MG2 : « *Il n'y a pas assez d'information sur la pratique des frottis* »

III – 3 – 1 – 7 – 2 Par les médias

Un médecin généraliste déclarait que les médias ne relayaient pas assez l'information.

MG13 : « *Il faut que ça en parle à la télé et il faut un changement de mentalité* »

III – 3 – 1 – 7 – 3 Sur le réalisateur du FCU

Deux médecins généralistes déclaraient qu'il n'y a pas assez d'information sur le réalisateur du FCU.

MG2 : « *Peut être que les gens ne savent pas qui peut les faire (les frottis)* »

III – 3 – 1 – 7 – 4 En fonction de la génération

Un médecin généraliste déclarait que la génération actuelle n'était pas assez informée.

MG12 : « *Bon j'espère que les générations qui viennent seront plus sensibilisées quoi mais euh* »

III – 3 – 1 – 7 – 5 Dans les milieux socio-économiques bas

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues des milieux socio-économiques bas étaient moins informées.

MG16 : « *Les milieux un petit peu plus défavorisés (...) parce qu'elles n'ont pas eu l'information* »

III – 3 – 1 – 8 Excès d'information

Au contraire, un médecin généraliste pensait que l'excès d'information nuisait au patient.

MG15 : « *Mais je crois qu'il arrive un moment il y a un blocage (...) Je pense que trop de médecine tue la médecine. On est assailli, aussi bien sur les ondes qu'à la télé, on... il se passe pas un moment sans qu'il y ait un moment une publicité plus ou moins en rapport avec la médecine. Est-ce qu'il y a pas un ras le bol ?* »

III – 3 – 1 – 9 Absence de consultation

III – 3 – 1 – 9 – 1 En médecine générale

III – 3 – 1 – 9 – 1 – 1 Absence de pathologie

Trois médecins généralistes déclaraient que certaines patientes ne consultaient pas en médecine générale.

MG2 : « *Elles ne viennent pas systématiquement faire un frottis si elles ont rien (...), si elles sont pas malades, donc il y a quand même toute une catégorie de femmes qu'on ne voit jamais* »

III – 3 – 1 – 9 – 1 – 2 Absence de contraception

Un médecin généraliste déclarait que certaines patientes n'ayant pas de contraception consultaient moins en médecine générale.

MG2 : « *Il y a des femmes qui n'ont pas de contraceptif et qui n'ont pas de contraception et qui sont dans des âges où elles ne sont pas spécialement malades donc elles ne viennent pas me voir* »

III – 3 – 1 – 9 – 1 – 3 Pendant la grossesse

Un médecin généraliste déclarait que certaines patientes étaient perdues de vue au moment de la grossesse.

MG12 : « *Finalement, quand elles sont enceintes, on les perd un petit peu du vue* »

III – 3 – 1 – 9 – 1 – 4 Absence d'habitude de consultation

Un médecin généraliste déclarait que l'absence d'habitude de consultation de certaines patientes pouvait être un obstacle à la réalisation des FCU de dépistage.

MG9 : « *Les générations qui n'ont pas eu l'habitude de consulter euh... on a du mal à obtenir* »

III – 3 – 1 – 9 – 2 En gynécologie

III – 3 – 1 – 9 – 2 – 1 En général

Un médecin généraliste déclarait que certaines patientes ne consultaient pas en gynécologie d'une manière générale.

MG12 : « *Elles veulent pas trop aller chez le gynéco* »

III – 3 – 1 – 9 – 2 – 2 Entre les grossesses et la ménopause

Un médecin généraliste déclarait qu'il était difficile de dépister les patientes dans les périodes de vie comprises entre les grossesses et la ménopause.

MG4 : « Et entre les deux (la grossesse et la ménopause), il y a, je pense, il y a des gros trous... »

III – 3 – 1 – 9 – 2 – 3 Après la ménopause

Un médecin généraliste déclarait qu'il était difficile de faire consulter les patientes plus âgées en gynécologie.

MG4 : « Vous avez la partie des patientes euh...que je rencontre et qui sont plus donc âgées qui n'ont forcément, par exemple pas eu d'enfant. Là, je peux vous jurer, ils ont pas...qu'il y en a certaines qui n'ont jamais vu de gynéco ou un examen »

III – 3 – 1 – 9 – 2 – 4 Absence d'enfant

Un médecin généraliste déclarait que le fait de n'avoir pas eu d'enfant pouvait représenter un obstacle au suivi gynécologique pour certaines patientes.

MG4 : « Vous avez la partie des patientes euh...que je rencontre et qui sont plus donc âgées qui n'ont forcément, par exemple pas eu d'enfant. Là, je peux vous jurer, ils ont pas...qu'il y en a certaines qui n'ont jamais vu de gynéco ou un examen »

III – 3 – 1 – 10 Absence de réalisation du FCU par le médecin généraliste habituel

Deux médecins généralistes interviewés ont soulevé l'absence de réalisation du FCU par le médecin traitant habituel de la patiente comme possible obstacle à la réalisation du FCU.

MG4 : « ... J'ai déjà fait des frottis à des femmes, on va dire, où c'était la sœur que je soigne et qui a dit bon, mon médecin traitant le fait pas »

III – 3 – 1 – 11 Âge des patientes

L'âge des patientes en lui-même a été évoqué par plusieurs médecins généralistes.

III – 3 – 1 – 11 – 1 Plus de 40 ans

Ainsi, quatre médecins généralistes évoquaient leur patientèle plus âgée.

MG2 : « Les personnes âgées certainement moins facilement »

III – 3 – 1 – 11 – 2 Ménopause

Deux autres médecins généralistes évoquaient la période de la ménopause.

MG3 : « Après la ménopause, on n'en fait plus énormément »

III – 3 – 1 – 12 Demande des patientes

III – 3 – 1 – 12 – 1 Réalisation du FCU au laboratoire

Un médecin généraliste a évoqué la demande spontanée des patientes à réaliser le FCU au laboratoire.

MG5 : « Bien souvent elles demandent une ordonnance pour aller le faire au

laboratoire »

III – 3 – 1 – 12 – 2 Réalisation du FCU chez le gynécologue

Un médecin généraliste a évoqué la demande spontanée des patientes à réaliser le FCU chez un gynécologue.

MG16 : « Il faut de la demande parce que pas mal de femmes préfèrent éventuellement pour majoritairement essayer de la faire avec leur gynéco... »

III – 3 – 1 – 12 – 3 Moins fréquente actuellement

Un médecin généraliste déclarait que la demande actuelle des femmes concernant la réalisation du FCU était moindre.

MG16 : « (Jeune installé), j'en faisais certainement plus facilement parce que les femmes me le demandaient »

III – 3 – 1 – 12 – 4 Absence de demande

Trois médecins généralistes déclaraient qu'il n'existait pas de demande de réalisation du FCU chez les patientes.

MG15 : « Mais il n'y a pas de demande il y a, limite, j'ai jamais quelqu'un qui m'a dit, ben « vous me faites un frottis ? » ou bien « est ce que je le fais chez vous ? », non j'ai jamais eu cette demande. »

III – 3 – 1 – 13 Refus des patientes

III – 3 – 1 – 13 – 1 En général

Quatre médecins généralistes estimaient avoir déjà essuyé un refus de la part des patientes.

MG17 : « Bon après il y a celles qui ne veulent pas du tout donc voilà ça c'est euh... je peux pas les... »

III – 3 – 1 – 13 – 2 Trouvent une excuse

Deux médecins généralistes évoquaient les excuses que peuvent énoncer leur patiente pour ne pas réaliser de FCU.

MG2 : « Elles trouvent une excuse bidon donc une fois sur deux elles sont réglées et puis sinon elles ont pas envie, elles l'ont fait y a pas longtemps »

III – 3 – 1 – 13 – 3 Mauvaise expérience antérieure

Deux médecins généralistes évoquaient le refus des patientes en raison d'une mauvaise expérience personnelle antérieure.

MG11 : « Ça peut arriver qu'elles ont mal ou que ça se passe pas bien, après elles sont un peu réfractaires à le faire là-bas et à le faire en général, parce qu'elles ont eu une mauvaise expérience. »

III – 3 – 1 – 14 FCU non fait par le médecin antérieur

Deux médecins généralistes annonçaient poursuivre les habitudes du médecin antérieurement installé.

MG6 : « Et le médecin d'avant n'en faisait pas non plus, si d'un seul coup je propose un frottis comme ça les femmes vont trouver ça bizarre »

III – 3 – 1 – 15 Manque d'équipement

Trois médecins généralistes évoquaient leur manque d'équipement pour le suivi gynécologique et la réalisation des FCU.

MG9 : *« Mais là ici faudrait avoir du matériel de laboratoire. On fait les frottis encore sur les lames normales. C'est à dire qu'on a appris à les faire avec des brush d'accord, en phase liquide, mais il faudrait demander le matériel au laboratoire. Or, les laboratoires avec lesquels on travaille nous ne nous équiper pas, d'accord. Donc si tu veux on a un problème là dessus »*

III – 3 – 1 – 16 Absence de dépistage organisé

Un médecin généraliste évoquait l'absence de dépistage organisé.

MG9 : *« Il y a pas encore ce dépistage (organisé) »*

III – 3 – 1 – 17 Manque de formation continue

Un médecin généraliste évoquait le manque de formation continue.

MG11 : *« Même si le sujet de gynéco il pourra surgir à un moment donné euh... mais ce sera pas forcément sur le thème du frottis et puis euh... il y a tellement peu de créneaux de FMC que ... »*
« Pour que ça tombe que le frottis, c'est mission impossible »

III – 3 – 1 – 18 Changement de gynécologue

Un médecin généraliste évoquait le changement soudain de correspondant gynécologue dans les obstacles à la réalisation des FCU.

MG13 : *« C'est pour ça qu'il faut beaucoup de stabilité vis à vis du gynéco, il ne faut pas qu'il bouge sans arrêt et il ne faut pas qu'il quitte...euh... Moi je sais que j'avais un gynéco, docteur XX, je sais qu'il est parti euh... Il était super sympa, on ne comprenait rien à ce qu'il disait mais il était super sympa euh... bon, il faut les réhabituer à un autre gynéco »*

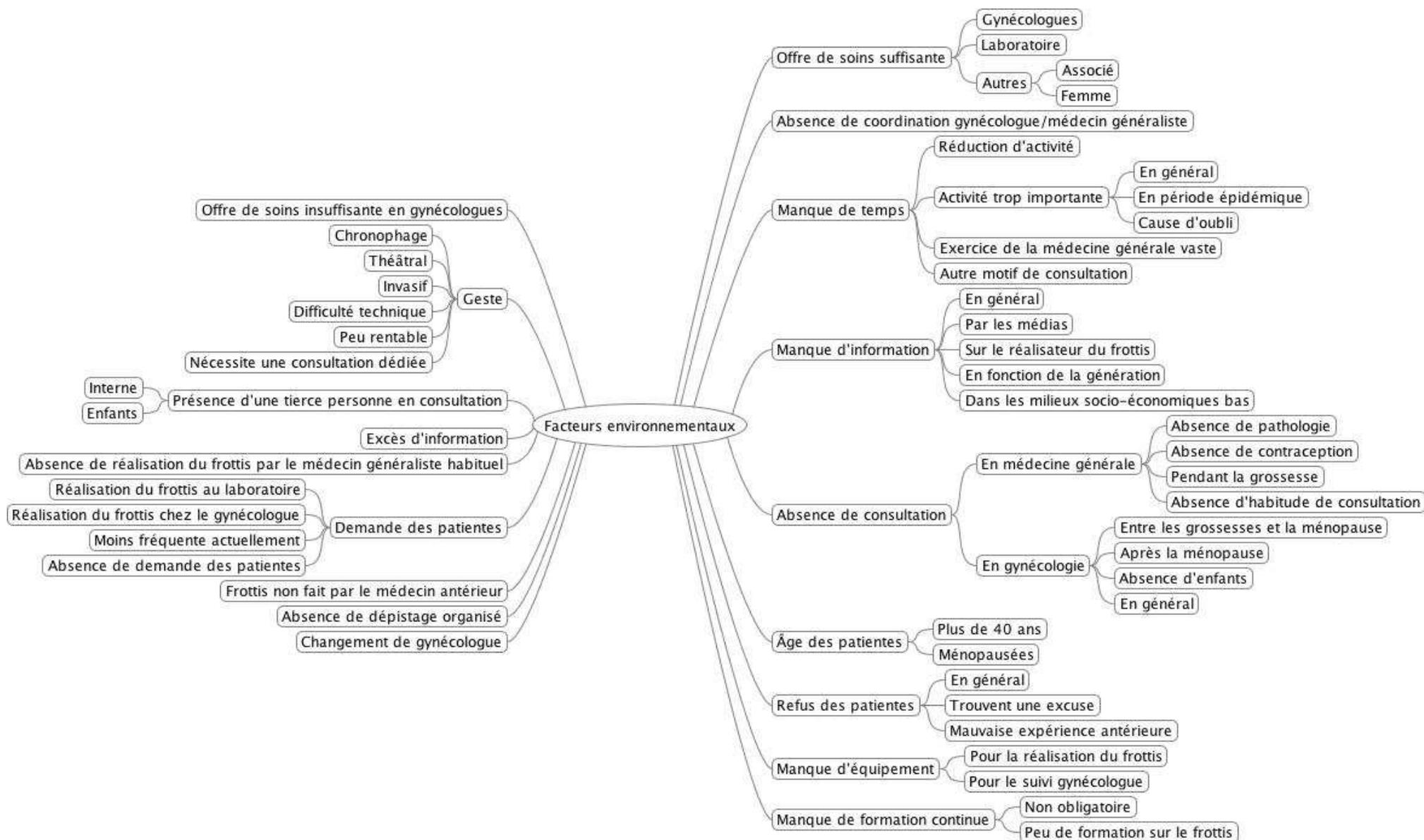


Figure n°4 : Facteurs environnementaux

III – 3 – 2 Compétences et habiletés

III – 3 – 2 – 1 Manque de formation initiale

Quatre médecins généralistes estimaient avoir eu un manque de formation initiale quant à la réalisation des FCU de dépistage.

MG5 : « *Quand moi j'ai fait mes études, on n'a pas appris ça !* »

III – 3 – 2 – 2 Manque d'expérience de la réalisation du FCU

Six médecins généralistes ont évoqué leur manque d'expérience dans la réalisation du FCU.

MG5 : « *Et puis faut pas le rater... Parce que celui qui n'a pas beaucoup de pratique, quelques fois... le labo lui dit que son frottis n'est pas lisible* »

III – 3 – 2 – 3 Échec lors d'un comportement antérieur

Un médecin généraliste déclarait ne plus pratiquer de FCU en raison d'un échec lors d'un comportement antérieur.

MG1 : « *J'ai essayé de faire... frottis cervico utérin acellulaire... Ça ne doit pas être trop réussi mon affaire* »

III – 3 – 2 – 4 Difficulté de la réalisation du FCU sur lame

Deux médecins généralistes ont évoqué leurs difficultés quant à la réalisation des FCU sur lame.

MG8 : « *Au début si (il y avait des difficultés), parce que j'aimais pas... c'était sur les lames* »

III – 3 – 2 – 5 Absence de compétence en gynécologie

Deux médecins généralistes évoquaient leur absence de compétence en gynécologie.

MG17 : « Parce que je suis nul en gynéco »

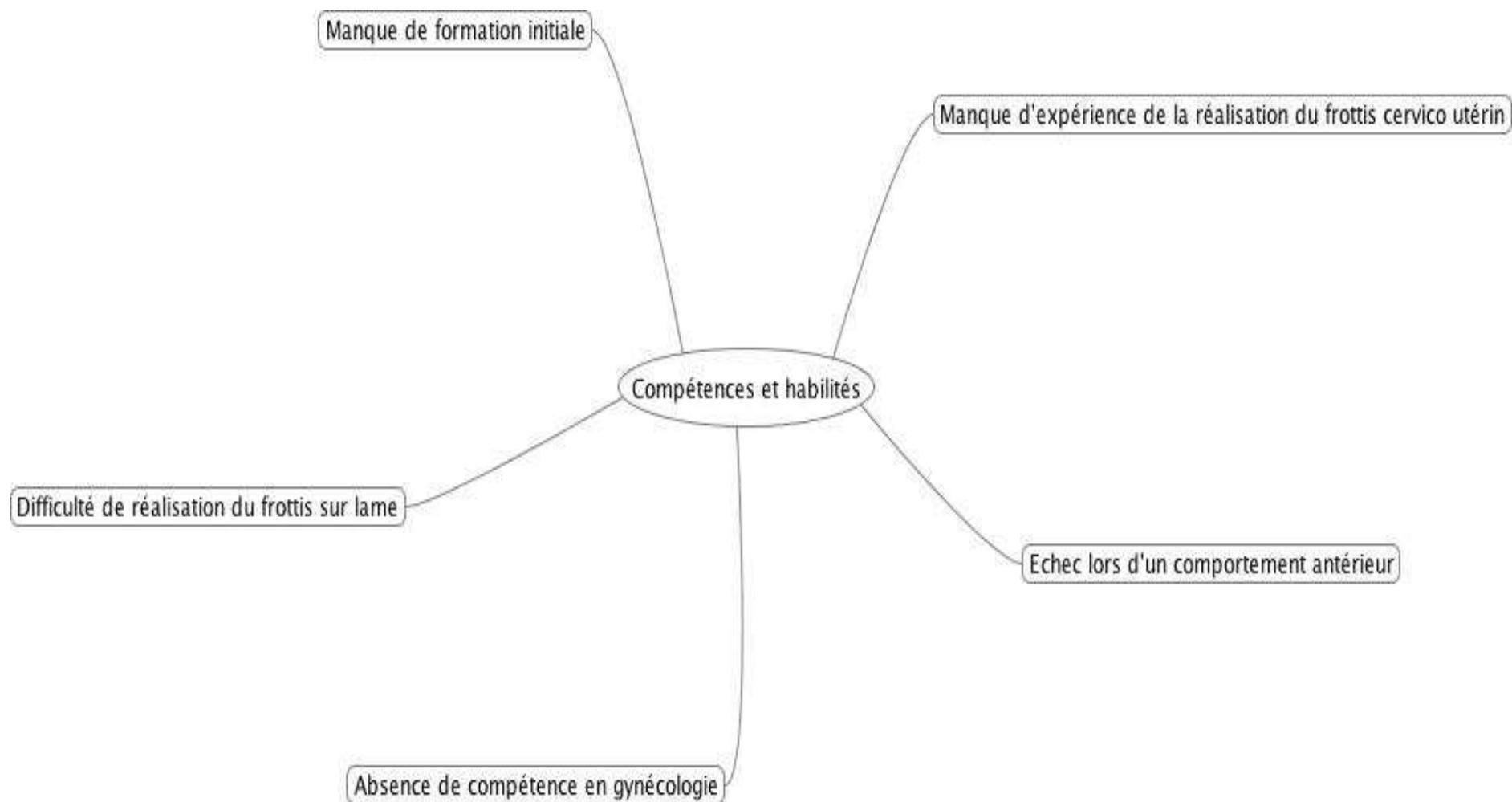


Figure n°5 : Compétences et habiletés

III – 3 – 3 Représentations – Croyances comportementales et évaluation des issues

III – 3 – 3 – 1 Représentations sur les femmes

III – 3 – 3 – 1 – 1 Rôle du genre du médecin généraliste

III – 3 – 3 – 1 – 1 – 1 Médecin femme

Dix médecins généralistes interrogés déclaraient que les patientes s'attachaient au genre féminin de leur médecin pour la réalisation du FCU.

Ainsi, quatre médecins généralistes déclaraient que les patientes étaient gênées lorsque le médecin réalisant le FCU était une femme.

MG4 : « Il y a certainement ce geste technique qu'il y a où on dit j'ai pas envie de me mettre sur une chaise gynécologique devant une femme »

MG15 : « Je vois qu'il y a certaines dames qui préfèrent un gynéco homme ou que ce soit fait par un homme, parce qu'elles se disent ils sont plus doux, et c'est un peu logique puisque on ne sait pas ce qu'on fait, on ne peut pas ressentir ce geste alors qu'entre femmes elles se font pas de cadeau vous dites c'est rien moi je sais ce que c'est euh... Vous voyez ? »

Au contraire, cinq médecins généralistes interrogés déclaraient que le fait d'être une femme favorisait la réalisation du FCU.

MG6 : « Pour les femmes c'est sans doute plus confortable d'avoir à faire dans ce domaine là à une femme. Pour sans doute plus de compréhension, sans doute aussi des petits problèmes de pudeur »

Enfin, un médecin généraliste interrogé déclarait qu'il y avait un inconvénient dans les deux genres.

MG17 : *« Ouais je sais parce que moi j'ai pas mal de patiente qui me disent à moi je veux uniquement un mec c'est marrant hein parfois et d'autre moi c'est une nana c'est très particuliers en le mental de chaque femme par rapport à ça j'crois que ça on peut pas tout comprendre hein »*

III – 3 – 3 – 1 – 1 – 2 Médecin homme

Neuf médecins généralistes interrogés déclaraient que les femmes étaient gênées lorsque le médecin réalisant le FCU était un homme.

MG1 : *« Être un homme rend la pratique encore moins évidente »*

MG12 : *« Dès que c'est plus grossesse, si c'est pas une femme, elles aiment pas du tout »*

III – 3 – 3 – 1 – 2 Rôle de l'expérience du médecin généraliste

III – 3 – 3 – 1 – 2 – 1 Jeune médecin

Trois médecins généralistes interrogés déclaraient que le jeune âge du médecin généraliste pouvait être un obstacle à la réalisation du FCU.

MG11 : *« Patientes qui pourraient être gênées, notamment par rapport à mon âge, enfin surtout il y a 6 ans, quand je me suis installé »*

III – 3 – 3 – 1 – 2 – 2 Jeune installé

Un médecin généraliste interrogé déclarait que le fait d'être jeune installé était un obstacle à la réalisation du FCU.

MG11 : *« Et puis le fait que je vienne de m'installer à mon avis... avec le temps (.....) Ce serait plus facile. »*

III – 3 – 3 – 1 – 3 Examen gynécologique

III – 3 – 3 – 1 – 3 – 1 Désagréable

Un médecin généraliste interrogé déclarait que les femmes trouvaient l'examen gynécologique désagréable.

MG1 : « *Les femmes n'aimaient pas trop se faire examiner, pas encore trop maintenant, c'est jamais un plaisir* »

III – 3 – 3 – 1 – 3 – 2 Douloureux

Un médecin généraliste interrogé déclarait que les femmes trouvaient l'examen gynécologique douloureux.

MG9 : « *Et puis elles pensent que ça leur fait mal donc voilà c'est tout* »

III – 3 – 3 – 1 – 3 – 3 Gênant

Trois médecins généralistes interrogés déclaraient que les femmes trouvaient l'examen gynécologique gênant.

MG14 : « *Oui je pense qu'il doit y avoir une gêne, ça me paraît évident* »

III – 3 – 3 – 1 – 3 – 4 Embêtant

Un médecin généraliste interrogé déclarait que les femmes trouvaient l'examen gynécologique embêtant.

MG3 : « *D'autres femmes, ça les embête* »

III – 3 – 3 – 1 – 3 – 5 Refusé

Cinq médecins généralistes interrogés déclaraient que l'examen gynécologique pouvait être refusé par les patientes.

MG3 : « Elles n'acceptent pas toutes »

MG17 : « Parce que euh elles veulent pas voir le médecin gynéco et que voilà quoi »

III – 3 – 3 – 1 – 3 – 6 Repoussé dans le temps

Trois médecins généralistes interrogés déclaraient que l'examen gynécologique pouvait être repoussé dans le temps par les patientes.

MG5 : « Si elles peuvent encore attendre six mois, elles attendent »

III – 3 – 3 – 1 – 3 – 7 Impossible chez certaines patientes ayant une pathologie psychiatrique

Un médecin généraliste interrogé déclarait que l'examen gynécologique était impossible chez certaines patientes ayant une pathologie psychiatrique.

MG16 : « Elles finissent par le faire bon sauf quelques prudes de chez prudes. Quasiment examen gynéco quasi euh impossible pour euh allez, tableau psy »

III – 3 – 3 – 1 – 4 Suivi gynécologique

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 1 Inutile

Un médecin généraliste déclarait que les patientes trouvaient le suivi gynécologique inutile.

MG17 : « (...) J'crois que c'est plus parfois les décisions qui sont préconçues

chez ces patientes la que voilà le gynéco, ça sert à rien euh... »

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 2 Non habituel chez les patientes

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 2 – 1 En général

Trois médecins généralistes déclaraient que le suivi gynécologique était inhabituel chez les patientes en général.

MG9 : *« Parce qu'elles ont pas eu l'habitude euh... C'est pas rentré dans leur tête encore, d'accord ? »*

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 2 – 2 De plus de 50 ans

Trois médecins généralistes trouvaient que le suivi gynécologique était inhabituel chez les patientes âgées de plus de 50 ans.

MG9 : *« À partir de 50 ans, c'est plus difficile à obtenir hein d'accord parce que je te dis, elles ont pas eu l'habitude de ça. »*

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 2 – 3 N'ayant pas eu d'enfant

Deux médecins généralistes trouvaient que le suivi gynécologique était inhabituel chez les patientes n'ayant pas eu d'enfant.

MG4 : *« Vous avez la partie des patientes euh... que je rencontre et qui sont plus donc âgées qui n'ont forcément, par exemple pas eu d'enfant. Là, je peux vous jurer, ils ont pas... qu'il y en a certaines qui n'ont jamais vu de gynéco ou un examen »*

MG13 : *« J'ai pas accouché = pourquoi j'irai ? »*

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 2 – 4 N'ayant pas de pathologie gynécologique

Deux médecins généralistes trouvaient que le suivi gynécologique était inhabituel chez les patientes n'ayant pas de pathologie gynécologique.

MG8 : « Tant qu'il n'y a pas de grossesse, tant qu'on est simplement dans la vie sexuelle »

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 2 – 5 En dehors de la grossesse

Deux médecins généralistes trouvaient que le suivi gynécologique était inhabituel chez les patientes en dehors de la grossesse.

MG13 : « On est dans une région où le gynéco on le voit pour accoucher, point »

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 3 Réalisé ailleurs

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 3 – 1 En gynécologie

Huit médecins généralistes déclaraient que le suivi gynécologique était réalisé chez le gynécologue.

MG5 : « Il y a une évolution, pour la majorité des femmes, les frottis ça se fait chez le gynéco »

MG16 : « Elles le font faire chez le gynéco »

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 3 – 2 Au laboratoire

Deux médecins généralistes déclaraient que le suivi gynécologique était réalisé au laboratoire.

MG11 : « Certaines qui ont pris l'habitude de le faire au laboratoire gardent leurs habitudes »

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 3 – 3 À l'hôpital

Un médecin généraliste déclarait que le suivi gynécologique était réalisé à l'hôpital.

MG9 : « Elles préfèrent aller carrément à l'hôpital faire leur frottis »

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 4 Appréhendé

Un médecin généraliste déclarait que le suivi gynécologique était appréhendé par les patientes.

MG12 : « Elles ont une appréhension à aller chez le gynécologue »

III – 3 – 3 – 1 – 4 – 5 Devient inutile si le médecin généraliste fait le FCU

Un médecin généraliste déclarait que les patientes rendaient le suivi gynécologique inutile si le médecin généraliste réalisait le FCU.

MG13 : « Si nous faisons le frottis, les patients ont l'impression qu'ils n'ont pas besoin de voir le gynéco, ce qui est faux »

III – 3 – 3 – 1 – 5 Absence d'habitudes familiales

Quatre médecins généralistes déclaraient que les patientes ne réalisant pas de FCU n'avaient pas d'habitudes familiales.

MG8 : « Ça dépend aussi du discours de la maman aussi. Si la maman dit qu'il faut faire le frottis, finalement c'est une pratique normale, bien sûr la fille est plus amenée à faire cet examen »

MG12 : « Leur mère en a jamais fait »

III – 3 – 3 – 1 – 6 Refus de la patiente en cas de changement brutal d'attitude de proposition du FCU de la part du médecin généraliste

Un médecin généraliste pensait essayer un refus de la part de la patiente s'il se mettait à proposer de réaliser le FCU à ses patientes alors qu'habituellement, il ne le faisait pas.

MG10 : « Maintenant si d'un seul coup je propose un frottis comme ça les femmes vont trouver ça bizarre que, à un moment comme ça je leur propose un frottis alors que d'habitude non »

III – 3 – 3 – 1 – 7 FCU

III – 3 – 3 – 1 – 7 – 1 Geste non apprécié

Deux médecins généralistes déclaraient que le FCU était un geste non apprécié par les patientes.

MG2 : « Il y en a qui n'aiment vraiment pas »

III – 3 – 3 – 1 – 7 – 2 Geste touchant la sphère intime

Un médecin généraliste déclarait que le FCU touchait chez les patientes la sphère intime.

MG9 : « Parce que ça touche à l'intimité »

III – 3 – 3 – 1 – 7 – 3 Geste douloureux

Deux médecins généralistes déclaraient que le FCU était considéré comme douloureux de la part des patientes.

MG9 : « Et puis elles pensent que ça leur fait mal donc voilà c'est tout »

III – 3 – 3 – 1 – 8 Pudeur

III – 3 – 3 – 1 – 8 – 1 En général

Sept médecins généralistes évoquaient dans leurs entretiens la notion de pudeur.

MG2 : « *C'est une question de pudeur* »

MG9 : « *Et puis elles sont pudiques quand même hein, même les jeunes* »

III – 3 – 3 – 1 – 8 – 2 Rapport mère/fils

Un médecin généraliste évoquant la pudeur s'intéressait également au rapport mère/fils pouvant s'installer entre le médecin généraliste et la patiente.

MG11 : « *Patientes qui pourraient être gênées, notamment par rapport à mon âge, enfin surtout il y a 6 ans, quand je me suis installé* »

« *Elles me considèrent peut-être comme leur fils* »

III – 3 – 3 – 1 – 9 Sujet tabou

III – 3 – 3 – 1 – 9 – 1 En général

Deux médecins généralistes déclaraient que le FCU était un sujet tabou chez les patientes.

MG9 : « *C'était quelque chose qui était tabou, un peu secret donc on a du mal à le lever* »

III – 3 – 3 – 1 – 9 – 2 Connotation sexuelle

Un médecin généraliste déclarait que le FCU avait pour les patientes une connotation sexuelle.

MG12 : « *C'est en rapport avec les relations sexuelles, avec le sexuel donc par ici c'est encore un peu tabou* »

III – 3 – 3 – 1 – 9 – 3 Réservé au mari

Un médecin généraliste déclarait que le FCU appartenait à une sphère réservée au mari.

MG13 : « C'est réservé qu'à « popol » »
« C'est pour le mari, c'est pas pour personne d'autre »

III – 3 – 3 – 1 – 10 Patiente sélective dans l'information médicale
reçue

Un médecin généraliste déclarait que les patientes sélectionnaient les informations médicales qu'elles recevaient par le médecin.

MG2 : « Elles entendent ce qu'elles veulent bien écouter »

III – 3 – 3 – 1 – 11 Consultation en médecine générale
désagréable

Un médecin généraliste déclarait que les patientes trouvaient désagréable de consulter dans le milieu médical.

MG13 : « Il y a le frein d'aller voir le médecin »
« Il y a des femmes qui n'ont pas envie d'aller voir leur médecin comme tout le monde, c'est jamais marrant »

III – 3 – 3 – 1 – 12 Manque de temps

III – 3 – 3 – 1 – 12 – 1 En général

Deux médecins généralistes déclaraient que les patientes manquaient de temps de manière générale pour la réalisation du FCU.

MG16 : « Parce qu'elles ont jamais le temps »

III – 3 – 3 – 1 – 12 – 2 Travail

Un médecin généraliste pensait que les patientes manquaient de temps à cause du travail.

MG4 : « *C'est la dernière souci qu'on se fait quand on a fait son planning pour la semaine hein ! On a son boulot, ses enfants, son mari, sa vie sociale »*

III – 3 – 3 – 1 – 12 – 3 Enfants / Vie de famille

Deux médecins généralistes pensaient que les patientes manquaient de temps en raison de leur vie de famille et de leurs enfants.

MG16 : « *Vous comprenez, j'ai un bébé donc j'ai pas le temps hein !* »

III – 3 – 3 – 1 – 13 Patientes non concernées par le dépistage

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 1 En général

Cinq médecins généralistes déclaraient que les patientes ne se sentaient pas concernées par le dépistage, d'une manière générale.

MG15 : « *Les examens, ça ne les intéresse pas* »

MG17 : « *J' crois que c'est plus parfois les décisions qui sont préconçues chez ces patientes la que voilà, le gynéco, ça sert à rien euh...* »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 2 Patientes âgées

Six médecins généralistes déclaraient que les patientes les plus âgées ne se sentaient pas concernées par le dépistage.

MG7 : « *Vous avez beaucoup de femmes qui à un certain âge disent « c'est plus la peine » »*

MG11 : « Elles (les patientes âgées) comprennent pas pourquoi on voudrait leur faire, elles n'ont plus d'activité génitale donc il n'y a pas de raison qu'on leur fasse »

MG14 : « J'ai remarqué que plus elles arrivent à 45-50 ans, moins la motivation est grande »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 3 Patientes jeunes

Deux médecins généralistes déclaraient que les patientes les plus jeunes ne se sentaient pas concernées par le dépistage.

MG8 : « C'est les plus jeunes qui se sentent pas concernées par ça »

MG15 : « Les plus jeunes, il y a une certaine insouciance « pff ça ne va pas nous arriver, c'est pas pour nous euh » »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 4 Après la ménopause

Cinq médecins généralistes déclaraient que les patientes après la ménopause ne se sentaient pas concernées par le dépistage.

MG16 : « Elles partent toutes d'une idée que de toute façon que comme il y a ménopause, il y a plus de risque de cancer »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 5 Bonne santé, ça n'arrive qu'aux autres

Quatre médecins généralistes déclaraient que les patientes ne se sentaient pas concernées par le dépistage en raison de leur bonne santé apparente.

MG5 : « La sensation que ça ne sert à rien, qu'elles n'ont rien, que ça n'arrive qu'aux autres, donc les frottis ça ne sert à rien »

MG13 : « Je joue la politique de l'autruche, je me cache la tête on verra quand il y aura un problème, il sera bien temps »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 6 Maladie indolore

Un médecin généraliste pensait que les patientes ne se sentaient pas concernées par le dépistage en raison du caractère indolore de la maladie.

MG8 : « Ça (le cancer du col de l'utérus), fait pas mal »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 7 Autres préoccupations

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 7 – 1 En général

Un médecin généraliste déclarait que les patientes ne se sentaient pas concernées par le dépistage car elles avaient d'autres préoccupations plus générales.

MG13 : « J'ai autre chose à faire, je préfère aller faire des courses, c'est plus intéressant »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 7 – 2 Bébé

Un médecin généraliste déclarait que les patientes ayant des enfants en bas âge se sentaient moins concernées par le dépistage.

MG12 : « Quand elles ont accouché, leur préoccupation, c'est le bébé »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 8 Patiente « sérieuse » dans sa relation de couple, fidèle

Un médecin généraliste déclarait que les patientes ne se sentaient pas concernées en raison de leur fidélité envers leur compagnon.

MG14 : « Toutes les femmes sont sérieuses elles n'ont pas ce soucis là donc elles estiment que ce n'est pas nécessaire »

« Vous avez une population de femmes fidèles ou toujours le même mari qui estime que pour elle il n'y a pas de problème puisqu'elles sont sérieuses »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 9 Patientes ayant de rares rapports sexuels

Un médecin généraliste déclarait que les patientes ayant de rares rapports sexuels se sentaient moins concernées par le dépistage.

MG14 : « (Vous avez une population de femmes qui ont une activité sexuelle) peut être moins intensive qui estime que pour elle il n'y a pas de problème puisqu'elles sont sérieuses ou qu'il est trop tard »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 10 Absence d'antécédent familial

Un médecin généraliste déclarait que les patientes n'ayant pas d'antécédent familial de cancer du col de l'utérus se sentaient moins concernées par le dépistage.

MG14 : « Il n'y a jamais eu de problème dans la famille »

III – 3 – 3 – 1 – 13 – 11 Patientes potentiellement démotivées après une vaccination anti-HPV

Un médecin généraliste pensait que les patientes vaccinées contre le virus HPV pouvaient être potentiellement démotivées par le dépistage.

MG13 : « J'espère que la vaccination contre euh... par le Gardasil®, ne va pas démotiver les jeunes troupes »

III – 3 – 3 – 1 – 14 Négligence, oubli

Neuf médecins généralistes interrogés déclaraient que les patientes étaient négligentes à effectuer leur suivi gynécologique.

MG6 : « Elles oublient, elles négligent »

MG8 : « Elles zappent »

MG14 : « « Il faut que j'y aille, je vais y aller », vous savez comme les ados hein
« je dois, je vais bientôt » et après j'y vais pas »

III – 3 – 3 – 1 – 15 Ne souhaitent pas faire le FCU

Un médecin généraliste déclarait que les patientes ne voulaient tout simplement pas faire le FCU.

MG6 : « Les femmes n'ont pas envie »

III – 3 – 3 – 1 – 16 Peur

III – 3 – 3 – 1 – 16 – 1 Du geste / de l'examen gynécologique

Quatre médecins généralistes déclaraient que les patientes avaient peur du geste ou de l'examen gynécologique.

MG5 : « Elles ont un peu la trouille de ce qu'on va leur faire »

III – 3 – 3 – 1 – 16 – 2 Des pathologies touchant la sphère gynécologique

Un médecin généraliste déclarait que les patientes avaient peur des pathologies touchant le sphère gynécologique.

MG5 : « J'ai l'impression que ... tout ce qui touche la gynéco pour les femmes,
c'est le premier souci. Ça les touche de plus près »
« Pour tout ce qui touche les pathologies du cancer du sein... pas mal
de catastrophes... et ça, ça leur fait peur »

III – 3 – 3 – 1 – 16 – 3 De la maladie

Trois médecins généralistes déclaraient que les patientes avaient peur de la maladie

MG5 : « *Le cancer, c'est toujours un truc qui fait peur* »

MG11 : « *Soit par peur du diagnostic* »

III – 3 – 3 – 1 – 16 – 4 Du résultat

Cinq médecins généralistes déclaraient que les patientes avaient peur du résultat du dépistage.

MG5 : « *Les femmes ont toujours la trouille qu'on leur trouve quelque chose. Et elles préfèrent ne pas le faire, plutôt que de savoir quelque chose qui n'est pas agréable* »

MG15 : « *Je pense qu'elles se cachent, elles se cachent de la vérité quoi, elles veulent pas savoir !* »

III – 3 – 3 – 1 – 16 – 5 Du dépistage

Un médecin généraliste déclarait que les patientes avaient peur du dépistage en lui même.

MG15 : « *Tout ce qui est dépistage, ça fait peur* »

III – 3 – 3 – 1 – 17 Gêne par rapport au médecin généraliste

Quatre médecins généralistes déclaraient que les patientes avaient une gêne envers eux.

MG16 : « *Il y a des femmes jeunes qui ne veulent pas, des femmes plus mûres avec lesquelles j'ai un particulièrement bon entendant mais qui n'envisageront pas de faire un examen gynéco par moi.* »

III – 3 – 3 – 1 – 18 Ignorance, manque d'information

III – 3 – 3 – 1 – 18 – 1 Sur le FCU

Deux médecins généralistes déclaraient que les patientes avaient un manque d'information concernant le FCU.

MG13 : « Il y en a certaines qui déjà ne savent pas ce qu'est un frottis »

III – 3 – 3 – 1 – 18 – 2 Sur le rôle du médecin généraliste

Un médecin généraliste déclarait que les patientes ignoraient que le médecin généraliste pouvait réaliser un FCU.

MG14 : « Il y a aussi une population qui pense que le frottis est dédié exclusivement aux gynécologues bon euh, c'est que je crois »

III – 3 – 3 – 1 – 19 Absence de demande des patientes

Un médecin généraliste déclarait que les patientes ne demandaient pas à ce que le médecin généraliste réalise le FCU.

MG15 : « Mais il n'y a pas de demande il y a, limite, j'ai jamais quelqu'un qui m'a dit, ben « vous me faites un frottis ? » ou bien « est ce que je le fais chez vous ? », non j'ai jamais eu cette demande. »

III – 3 – 3 – 2 Représentations sur le rôle du statut socio-économique

III – 3 – 3 – 2 – 1 Bas

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 1 Absence de demande

Trois médecins généralistes déclaraient que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas ne demandaient pas pour la réalisation du FCU.

MG16 : « Les milieux un petit peu plus défavorisés euh, si vous leur dites pas, elles font pas »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 2 Non intéressées par le dépistage

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues d'un milieu socio-économique modeste n'étaient pas intéressées par le dépistage.

MG5 : « Si on a affaire à une femme de condition intellectuelle plus modeste, elle, ça ne l'intéresse pas trop les frottis... »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 3 Non concernées

Trois médecins généralistes déclaraient que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas ne se sentaient pas concernées par le FCU.

MG5 : « Je pense que dans les tranches de population, dites modestes, (...) elles ont l'impression de ne pas être concernées... »

MG14 : « Ils sont pas concernés, c'est pas leur problème, ce sont des gens assistés sociaux en général, c'est pas leur préoccupation principale et de ce fait leur suivi médical est un peu pareil »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 4 Réticence

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas étaient réticentes à réaliser leur suivi gynécologique.

MG13 : « Parce que je suis dans un milieu, on va dire relativement ouvrier où la clientèle qui a actuellement 55 ans...je me retrouve avec des patients : « votre dernier frottis, bon dieu ! », « bon il va falloir y aller (imitation des patients qui râlent), il va falloir aller voir le gynéco (imitation des patients qui râlent), pas envie » »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 5 Absence de suivi

Trois médecins généralistes déclaraient que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas n'étaient pas suivies en gynécologie.

MG5 : « Si on a affaire à une femme de condition intellectuelle plus modeste (...) souvent elles n'ont pas de suivi »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 6 Non informées

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas étaient moins informées sur le FCU.

MG16 : « Parce qu'elles n'ont pas eu l'information »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 7 Déresponsabilisées

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas étaient déresponsabilisées par rapport au FCU.

MG14 : « Les classes populaires je dirai sont d'un point de vue global déresponsabilisées, donc la médecine, la prise en charge médicale »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 8 Peur du coût

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas avaient peur du coût du dépistage par le FCU.

MG15 : « C'est une question de coût, ils ont peur du coût »

III – 3 – 3 – 2 – 1 – 9 Difficulté à se déplacer au cabinet

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues d'un milieu socio-économique bas avaient des difficultés à se déplacer au cabinet du médecin généraliste.

MG15 : « Ils doivent se déplacer... »

III – 3 – 3 – 2 – 2 Haut

III – 3 – 3 – 2 – 2 – 1 Gêne

Un médecin généraliste déclarait que les patientes issues d'un milieu socio-économique élevé ressentait une gêne à l'examen gynécologique.

MG11 : « Je pense que c'est plutôt les catégories socioprofessionnelles élevées qui réfutent un peu à le faire, contrairement à ce qu'on pourrait croire à mon avis »
« Par pudeur quoi enfin...lié à l'examen quoi»

III – 3 – 3 – 3 Représentations sur le rôle du milieu rural de vie

Trois médecins généralistes avaient des représentations concernant le milieu rural.

Un médecin généraliste pensait qu'il serait amené à faire plus de FCU s'il exerçait en milieu rural.

MG7 : « Si j'étais tout seul à la campagne, je pense que je ferais des frottis. »

Deux médecins généralistes déclaraient que le milieu rural de vie jouait sur le dépistage.

MG9 : « Il y a une barrière vis à vis des femmes, elles sont encore pudiques ici au niveau du village. On est au village ici hein, c'est un milieu assez...

c'est un milieu assez paysan euh assez... agriculteur donc ils ne sont pas beaucoup dans... (IMG : on ne parle pas beaucoup de ses problèmes ?) voilà, tout à fait »

MG13 : « J'ai été 14 ans sur Lille, la mentalité était différente. On est dans une région où le gynéco on le voit pour accoucher, point »

III – 3 – 3 – 4 Représentations sur les collègues médecins généralistes

III – 3 – 3 – 4 – 1 FCU non fait

III – 3 – 3 – 4 – 1 – 1 En général

Un médecin généraliste déclarait que certains médecins généralistes ne réalisaient pas de FCU.

MG11 : « Il y en a certains qui ne veulent pas en faire du tout »

III – 3 – 3 – 4 – 1 – 2 Chez les patientes âgées

Un médecin généraliste déclarait que certains médecins généralistes ne réalisaient pas de FCU chez les patientes âgées.

MG3 : « Il y a un médecin de 64 ans, il ne doit pas en faire beaucoup, c'est une clientèle qui est très âgée »

III – 3 – 3 – 4 – 1 – 3 Depuis l'installation de nombreux gynécologues

Un médecin généraliste déclarait que les médecins généralistes ne réalisaient pas de FCU depuis l'installation de nombreux gynécologues dans le secteur.

MG6 : « À partir du moment où il y a eu (...) énormément de gynécologues médicaux femmes, on n'a plus fait de gynécologie médicale quasiment. Donc pas de frottis. »

III – 3 – 3 – 4 – 2 Absence de proposition

Un médecin généraliste déclarait que les médecins généralistes ne proposaient pas le FCU à leurs patientes.

MG6 : « Le problème c'est sans doute que les médecins généralistes ne le proposent pas »

III – 3 – 3 – 4 – 3 Adressent au gynécologue

Deux médecins généralistes déclaraient que les médecins généralistes ne réalisant pas de FCU adressaient leurs patientes au gynécologue pour le suivi gynécologique.

MG14 : « C'est les médecins qui adressent ailleurs »

III – 3 – 3 – 4 – 4 Absence d'expérience

Un médecin généraliste déclarait que les médecins généralistes ne réalisant pas de FCU devaient manquer d'expérience dans la réalisation du FCU.

MG8 : « Ils n'ont pas eu cette pratique là, ils n'en ont jamais fait »

III – 3 – 3 – 4 – 5 Absence de formation

Deux médecins généralistes déclaraient que les médecins généralistes ne réalisant pas de FCU manquaient de formation.

MG12 : « Il y a des gens qui ne sont pas formés du tout, d'autres qui le sont plus »

III – 3 – 3 – 4 – 6 Persistance des habitudes prises, absence de remise en question

Un médecin généraliste déclarait que les médecins généralistes ne réalisant pas de FCU poursuivaient leurs anciennes habitudes et ne se remettaient pas en question.

MG8 : « *Après avec l'âge, bah c'est tout, vous attrapez des mauvaises habitudes* »

III – 3 – 3 – 4 – 7 Gêne chez les médecins généralistes masculins

Un médecin généraliste pensait que les médecins généralistes masculins avaient plus de difficultés à proposer et réaliser le FCU en raison de leur genre.

MG12 : « *Parce que ben c'est toujours pareil moi j'pense qu'il y a le rapport médecin homme/femme, c'est difficile* »

III – 3 – 3 – 4 – 8 Manquent de temps

Un médecin généraliste pensait que les médecins généralistes ne réalisant pas de FCU manquaient de temps.

MG14 : « *C'est vrai qu'on a eu aussi une grosse activité alors est-ce que les médecins préfèrent déléguer plutôt que d'effectuer l'acte* »

III – 3 – 3 – 4 – 9 Inaptitude à réaliser les FCU

Un médecin généraliste déclarait que les médecins généralistes ne réalisant pas de FCU ne savaient pas les faire.

MG14 : « *Quand le patient a un médecin de ville qui est apte à effectuer des frottis, je suis convaincu que le pourcentage de 4% exploserait* »

III – 3 – 3 – 5 Représentations sur le FCU

III – 3 – 3 – 5 – 1 Désagréable

Un médecin généraliste pensait que le FCU était quelque chose de désagréable.

MG4 : « Les frottis, ça reste quelque chose de très désagréable, alors voilà, on n'a pas très envie d'y aller et automatiquement, ça passe pas. C'est très difficile à le faire... »

III – 3 – 3 – 5 – 2 Invasif

Un médecin généraliste pensait que le FCU était un geste invasif.

MG5 : « C'est quand même un geste un peu invasif, quoi. Je me mets à leur place. »

III – 3 – 3 – 6 Représentations sur le dépistage en France : non usuel

Trois médecins généralistes déclaraient que la mentalité française n'était pas très favorable au dépistage.

MG5 : « En France, on n'a pas tellement la mentalité de dépistage »

III – 3 – 3 – 7 Représentations sur les gynécologues

III – 3 – 3 – 7 – 1 Absence d'intérêt pour la gynécologie médicale

Un médecin généraliste déclarait que les gynécologues n'avaient pas d'intérêt pour la gynécologie médicale.

MG12 : « Les gynéco font essentiellement de l'obstétrique donc je pense que ça les enquiquinent aussi un peu de faire de la gynéco med »

III – 3 – 3 – 7 – 2 Mauvais accueil des patientes

Un médecin généraliste pensait que les gynécologues ne recevaient pas toujours convenablement les patientes.

MG12 : « *Donc les dames ne sont pas très très bien reçues* »

III – 3 – 3 – 7 – 3 Certaines gynécologues féminines seraient moins douces

Un médecin généraliste pensait que certaines gynécologues féminines étaient moins douces pour l'examen gynécologique.

MG16 : « *Parce qu'il y a quelques femmes quand même gynéco qui sont de véritables charrues hein* »

III – 3 – 3 – 8 Représentations culturelles

III – 3 – 3 – 8 – 1 Examen difficile dans la population maghrébine

Un médecin généraliste déclarait que l'examen gynécologique chez les patientes maghrébines était difficile.

MG10 : « *Pour les examiner (les femmes d'origine maghrébine) c'est pas facile* »

III – 3 – 3 – 8 – 2 Examen difficile dans la population des gens du voyage

Un médecin généraliste déclarait que l'examen gynécologique chez les patientes issues de la communauté des gens du voyage était difficile.

MG10 : « *Pour les examiner (les femmes de la communauté des gens du voyage) c'est pas facile* »

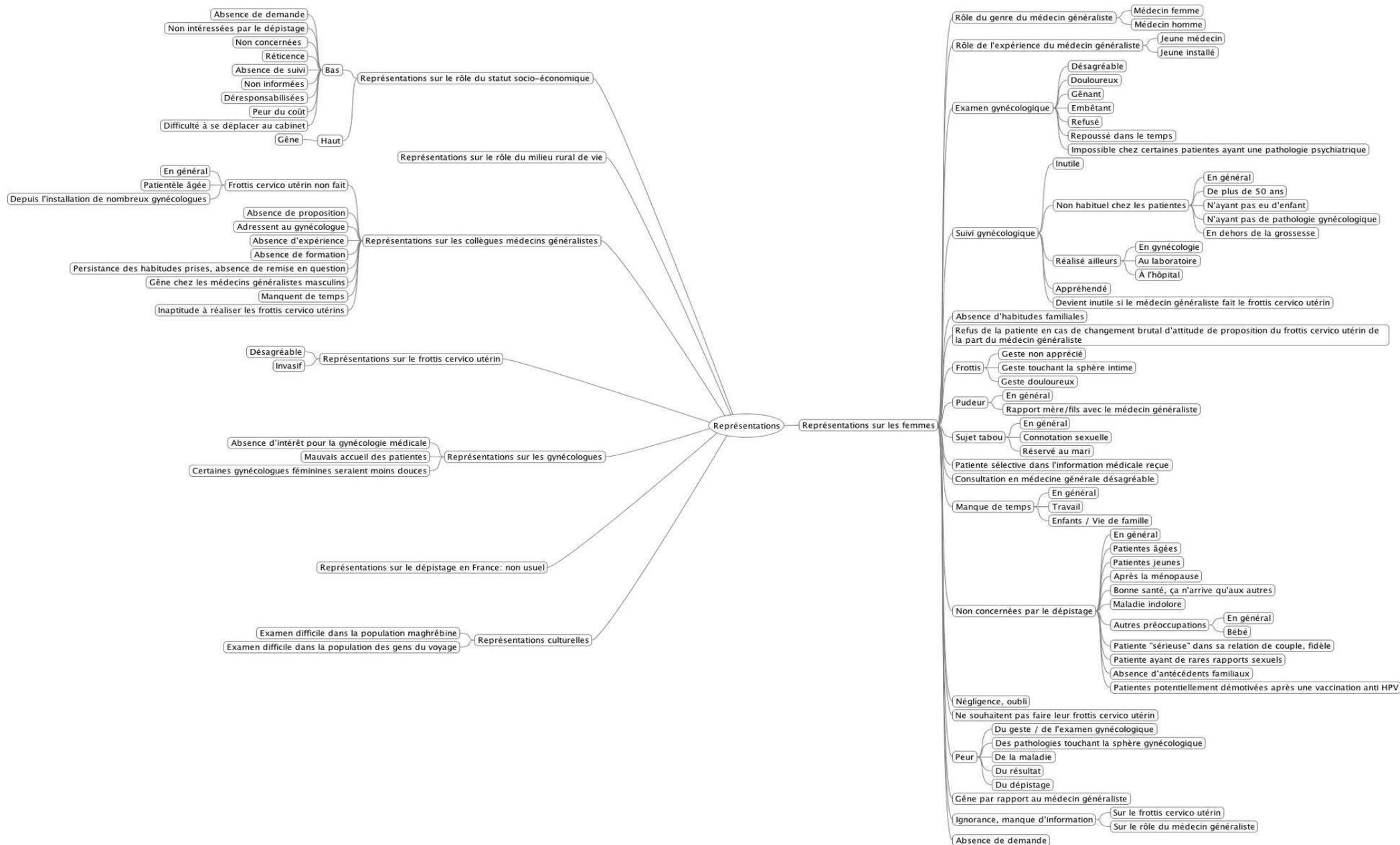


Figure n°6 : Représentations

III – 3 – 4 Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre

III – 3 – 4 – 1 Liberté de choix de la patiente à ne pas réaliser le FCU

Six médecins généralistes évoquaient la liberté de choix de la patiente de ne pas réaliser le FCU.

MG6 : « *C'est leur choix, mais je ne leur ai jamais posé la question* »

MG17 : « *Je crois que la liberté elle est là hein, on ne peut pas forcer tout le monde* »

III – 3 – 4 – 2 Absence de réalisation du FCU en médecine générale (à l'époque)

Un médecin généraliste déclarait qu'à l'époque, les médecins généralistes ne réalisaient pas de FCU.

MG5 : « *Sinon, en médecine générale, on ne faisait pas de frottis* »

III – 3 – 4 – 3 Dépistage non usuel en France

Un médecin généraliste déclarait que la mentalité française n'était pas très favorable au dépistage.

MG5 : « *En France, on n'a pas tellement une mentalité de dépistage* »

III – 3 – 4 – 4 Peur

III – 3 – 4 – 4 – 1 Du cancer

Un médecin généraliste déclarait que le cancer était une maladie qui faisait peur.

MG5 : « *Le cancer, c'est toujours un truc qui fait peur* »

III – 3 – 4 – 4 – 2 Des examens

Un médecin généraliste déclarait que les examens étaient source de peur.

MG15 : « *Tout examen fait peur* »

III – 3 – 4 – 4 – 3 Du dépistage

Un médecin généraliste déclarait que le dépistage était source de peur.

MG15 : « *Tout ce qui est dépistage ça fait peur* »

III – 3 – 4 – 5 Le FCU est un geste non apprécié des femmes

Un médecin généraliste déclarait que le FCU était un geste non apprécié des femmes.

MG2 : « *Elles n'aiment pas c'est tout* »

III – 3 – 4 – 6 Liberté de choix du médecin généraliste

Un médecin généraliste évoquait la liberté de choix du médecin généraliste de ne pas réaliser de FCU.

MG11 : « *Il y en a certains (des médecins généralistes) qui ne veulent pas en faire du tout (des frottis cervico utérin)* »

III – 3 – 4 – 7 Inobservance des patientes

Un médecin généraliste évoquait l'inobservance des patientes.

MG11 : « *C'est pas parce que vous prescrivez, éventuellement, elles disent qu'elles vont le faire, qu'elles le feront* »

III – 3 – 4 – 8 Normes culturelles

III – 3 – 4 – 8 – 1 Pour les populations maghrébines et gens du voyage : la sphère génitale doit rester privée

Un médecin généraliste déclarait que la sphère génitale, pour les patientes maghrébines et celles issues de la communauté des gens du voyage, avait un caractère privé.

MG10 : « Population maghrébine, gens du voyage, on en touche pas à cette partie là du corps »

III – 3 – 4 – 8 – 2 Pour les populations d'origine latine : nécessité de se faire imposer les choses à réaliser

Un médecin généraliste déclarait que pour les populations d'origine latine, il était nécessaire de se faire imposer les choses à réaliser pour qu'elles soient faites.

MG16 : « N'oublions pas que nous sommes des latins et que ça fait partie du jeu. Et que tant qu'on n'a pas des gens qu'on met en disant : « et ben maintenant vous allez faire parce que », et ben vous aurez pas »

III – 3 – 4 – 8 – 3 Un médecin masculin occidental ne fait pas d'examen gynécologique chez une patiente maghrébine

Un médecin généraliste déclarait qu'un médecin généraliste masculin d'origine occidentale ne réalisait pas d'examen gynécologique chez une patiente d'origine maghrébine.

MG16 : « De toute façon un homme occidental n'ira pas faire un prélèvement vaginal chez une femme maghrébine, majoritairement »

III – 3 – 4 – 9 La gynécologie n'entre pas dans les compétences du
médecin généraliste

Un médecin généraliste déclarait que la gynécologie n'était pas une compétence du médecin généraliste.

MG13 :

- « *C'est pas notre boulot, c'est le leur* »
- « *Il vaut mieux les envoyer chez le gynéco qui fait la totale* »
- « *La gynéco c'est un métier à part* »
- « *C'est son travail, pas le mien* »
- « *Il vaut mieux les envoyer chez le gynéco qui fait la totale, au moins on est tranquille... et mon patient ...j'le sens plus sensibilisé* »

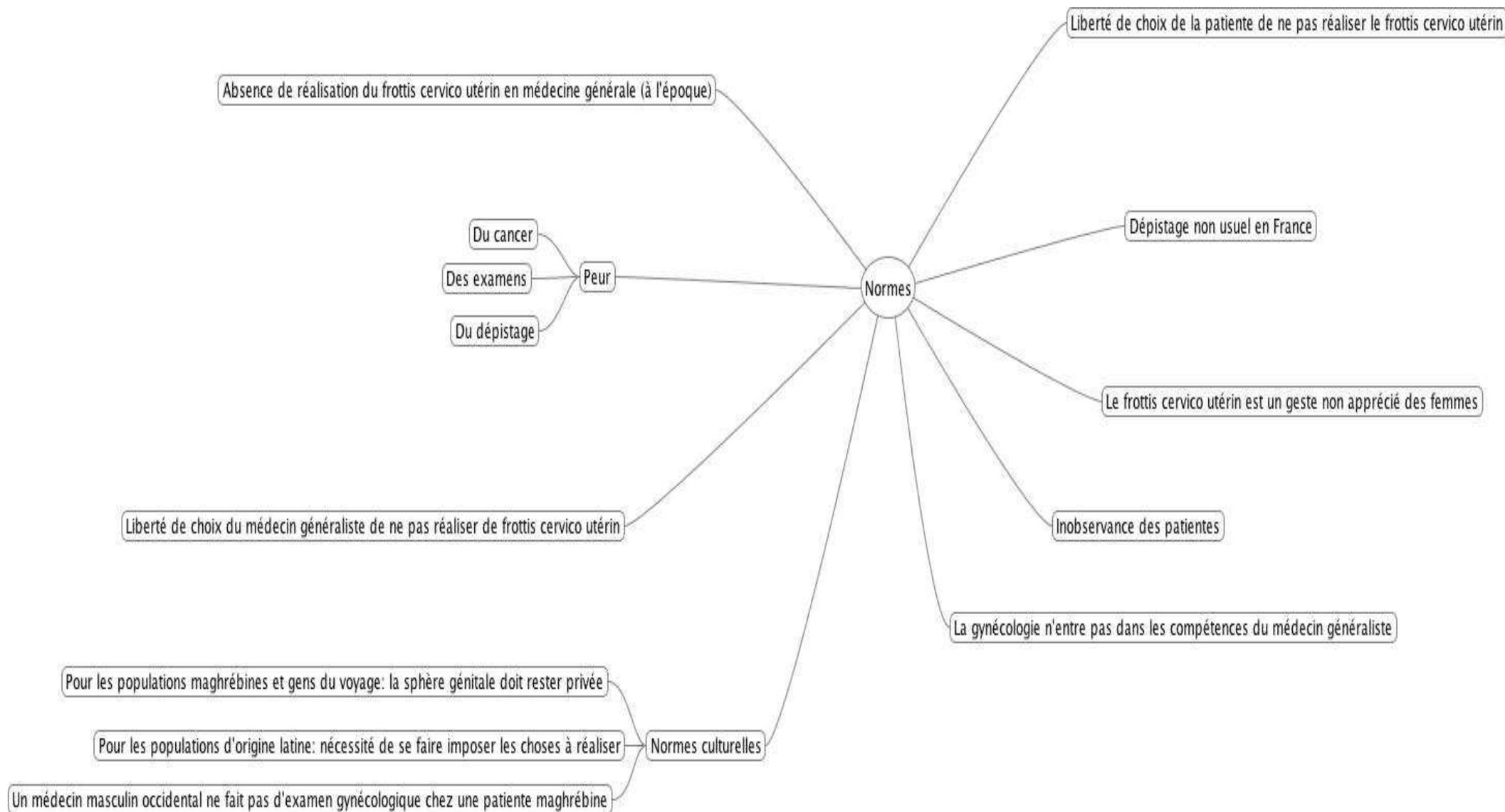


Figure n°7 : Normes

III – 3 – 5 Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir

III – 3 – 5 – 1 Absence d'intérêt

III – 3 – 5 – 1 – 1 Pour la spécialité

Trois médecins généralistes déclaraient ne pas avoir d'intérêt pour la pratique de la gynécologie.

MG1 : « *Pas trop intéressé* »

MG14 : « *Ce n'est pas trop mon truc* »

III – 3 – 5 – 1 – 2 Pour le geste technique

Trois médecins généralistes déclaraient ne pas avoir d'intérêt pour la réalisation du FCU.

MG5 : « *Je les fais encore quand on me demande, mais sinon je ne cherche pas après. Ça ne m'intéresse plus tellement de faire du frottis cervico utérin alors qu'il y a tout ce qu'il faut à 500 mètres d'ici* »

MG15 : « *Ça ne m'intéresse pas tout simplement. C'est une question de goût, c'est tout hein* »

III – 3 – 5 – 2 Oubli du médecin

III – 3 – 5 – 2 – 1 En général

Trois médecins généralistes déclaraient oublier de proposer le FCU à leurs patientes.

MG2 : « *On a l'impression qu'on en propose tout le temps mais on en oublie* »

III – 3 – 5 – 2 – 2 En fonction de l'âge

III – 3 – 5 – 2 – 2 – 1 Après la ménopause

Un médecin généraliste déclarait oublier plus facilement de proposer le FCU aux patientes ménopausées.

*MG2 : « C'est moi qui pense pas toujours à le proposer dans certains âges...
Chez les femmes en début de ménopause j'y pense moins »*

III – 3 – 5 – 2 – 2 – 2 Chez les jeunes

Un médecin généraliste déclarait oublier plus facilement de proposer le FCU aux patientes jeunes.

*MG2 : « C'est moi qui pense pas toujours à le proposer dans certains âges...
Chez les femmes en début de ménopause j'y pense moins, et puis chez
les toutes jeunes »*

III – 3 – 5 – 2 – 3 Si ne leur prescrit pas la pilule

Un médecin généraliste déclarait oublier plus facilement de proposer le FCU aux patientes chez qui il ne prescrivait pas la pilule.

MG2 : « Chez les femmes à qui je ne prescris pas la pilule, j'y pense moins »

III – 3 – 5 – 3 Absence de négociation

III – 3 – 5 – 3 – 1 En général

Un médecin généraliste déclarait ne pas tenter de négocier avec les patientes pour la réalisation du FCU.

MG3 : « Beaucoup de femmes sont allées chez le gynéco donc c'est tout, on

laisse faire... »

III – 3 – 5 – 3 – 2 Après la ménopause

Un médecin généraliste déclarait ne pas tenter de négocier avec les patientes pour la réalisation du FCU après la ménopause.

MG3 : « *Après la ménopause, on n'en fait plus forcément* »

III – 3 – 5 – 3 – 3 Après plusieurs refus

Deux médecins généralistes déclaraient ne plus tenter de négocier avec les patientes pour la réalisation du FCU après avoir essayé plusieurs refus.

MG10 : « *J'étais pas vexé, mais quand on se heurte à plusieurs refus, on arrête* »

« *Les femmes au début ont refusé alors après plusieurs refus ben je n'avais plus envie de demander* »

III – 3 – 5 – 4 Difficulté à gérer les résultats

Un médecin généraliste déclarait avoir des difficultés à gérer les résultats du FCU.

MG5 : « *Et puis après (quand le frottis n'est pas interprétable), faut le dire à la personne « bah vous savez, on n'a pas le résultat, faut le recommencer », ça c'est dur...* »

III – 3 – 5 – 5 Difficulté, gêne à aborder le sujet

III – 3 – 5 – 5 – 1 En raison de l'âge du médecin

Deux médecins généralistes déclaraient avoir eu des difficultés à proposer le FCU en tant que jeune médecin.

MG9 : « Plus réticent peut être, moins... Hésitant, jeune médecin, euh... Si tu veux ça pose un problème quoi, une barrière vis à vis des femmes il y a une barrière oui, si tu veux... »

III – 3 – 5 – 5 – 2 En raison d'un manque de confiance en soi

Un médecin généraliste déclarait avoir des difficultés à proposer le FCU en raison d'un manque de confiance en lui.

MG11 : « (Manque) de confiance entre guillemets quoi, en soi pour pouvoir le proposer... »

III – 3 – 5 – 5 – 3 En raison du caractère tabou du sujet

Un médecin généraliste déclarait avoir des difficultés à proposer le FCU en raison de son caractère tabou .

MG5 : « C'est difficile à aborder le sujet parce qu'il y a toujours un sous-entendu. La personne a l'impression qu'on a détecté quelque chose et qu'on n'ose pas lui dire »

III – 3 – 5 – 5 – 4 En raison de la peur de la réaction des patientes devant la proposition de réalisation d'un FCU

Un médecin généraliste déclarait avoir des difficultés à proposer le FCU à ses patientes car il craignait leur réaction face à cette proposition.

MG15 : « Qu'on fasse des frottis, je sais pas comment ça serait perçu mais bon on n'sait pas hein »
« Je ne sais pas, je sais pas du tout leur réaction. »

III – 3 – 5 – 6 Difficulté à examiner les patientes âgées

Un médecin généraliste déclarait avoir des difficultés à examiner les patientes les plus âgées.

MG15 : « Plus d'un certain âge. Qui d'ailleurs on a beaucoup de mal à les examiner ne serait-ce que pour écouter leur cœur ou quelque chose comme ça »

III – 3 – 5 – 7 Absence de proposition du médecin généraliste

III – 3 – 5 – 7 – 1 En général

Trois médecins généralistes déclaraient ne pas proposer à leurs patientes la réalisation du FCU.

MG5 : « Non je ne propose pas, c'est si on me demande »

III – 3 – 5 – 7 – 2 Chez les patientes maghrébines

III – 3 – 5 – 7 – 2 – 1 En général

Un médecin généraliste déclarait ne pas proposer la réalisation du FCU à ses patientes d'origine maghrébine.

MG16 : « J'ai pas mal de patientes d'origine maghrébine avec lesquelles je m'entends très bien mais j'irai pas proposer de faire un examen gynéco, ça c'est clair »

III – 3 – 5 – 7 – 2 – 2 Peur du refus

Un médecin généraliste déclarait ne pas proposer la réalisation du FCU à ses patientes d'origine maghrébine par peur du refus.

MG16 : « *J'ai pas mal de patientes d'origine maghrébine avec lesquelles je m'entends très bien mais j'irai pas proposer de faire un examen gynéco, ça c'est clair* Parce que c'est un plantage qui va être certain même si je m'entends très bien avec euh »

III – 3 – 5 – 7 – 2 – 3 Peur de modifier la relation avec la patiente

Un médecin généraliste déclarait ne pas proposer la réalisation du FCU à ses patientes d'origine maghrébine par peur de modifier la relation qu'il entretient avec elles.

MG16 : « *J'ai pas mal de patientes d'origine maghrébine avec lesquelles je m'entends très bien mais j'irai pas proposer de faire un examen gynéco, ça c'est clair* Je le ferais certainement pas à certains moments parce que ça sera fausser mon rapport à la personne qui fera qu'en fait on va avoir un refus et du coup un retrait. »

III – 3 – 5 – 8 Peur de mal réaliser le geste

Trois médecins généralistes déclaraient ne pas réaliser de FCU par peur de mal réaliser le geste.

MG17 : « (...) *Mais euh souvent ce qu'on fait bien, c'est ce qu'on fait souvent, ce qu'on fait habituellement. Et que voilà j'en fais pas, donc je vais pas commencer à en faire 2 par an, je vais pas bien les faire.* »

III – 3 – 5 – 9 Notion d'âge limite du médecin pour commencer le geste

Un médecin généraliste déclarait qu'il y avait un âge « limite » pour commencer à réaliser des FCU.

MG6 : « *Je ne pas commencer maintenant* »

III – 3 – 5 – 10 Ne prend pas le temps

Un médecin généraliste déclarait ne pas prendre le temps de proposer et réaliser le FCU.

MG11 : « *On se donne pas toujours le temps* »

III – 3 – 5 – 11 Réalisation par lui-même du FCU en fonction de la réaction lors de la proposition

Un médecin généraliste déclarait qu'il réalisait ou pas le FCU en fonction de la réaction qu'avait eu la patiente lors de la proposition.

MG11 : « *C'est toujours un ressenti. Tout dépend, quand vous leur proposez de faire le dépistage, le frottis, après, vous voyez les réactions et après, soit vous les faites vous-même, soit vous les orientez directement vers le laboratoire* »

III – 3 – 5 – 12 Nécessité d'une bonne relation médecin/malade pour la proposition et la réalisation du FCU

Un médecin généraliste déclarait que pour proposer la réalisation du FCU à une patiente, il fallait avoir une bonne relation médecin malade préalable.

MG12 : « *Il faut avoir un bon contact avec la patiente j'pense* »

III – 3 – 5 – 13 Suivi gynécologique anxiogène pour le médecin généraliste car n'entre pas dans ses compétences et missions

Un médecin généraliste déclarait que le suivi gynécologique était pour lui source d'anxiété car il n'entrait pas dans ses compétences et missions.

MG13 : *« Il vaut mieux les envoyer chez le gynéco qui fait la totale, au moins on est tranquille »*

III – 3 – 5 – 14 Médecin masculin occidental ne se sent pas capable d'examiner une femme orientale

Un médecin généraliste déclarait ne pas se sentir capable d'examiner une patiente orientale.

MG16 : *« « J'ai pas mal de patientes d'origine maghrébine avec lesquelles je m'entends très bien mais j'irai pas proposer de faire un examen gynéco, ça c'est clair. Quelque part il vaut dix fois mieux aller sur des domaines où je suis un peu plus sûr et au moins je... Dans ce que j'essaye d'imposer, on arrive à gagner le plus possible. »*



Figure n°8 : Auto efficacité

IV – DISCUSSION

IV – 1 Les résultats principaux

IV – 1 – 1 Facteurs environnementaux

Lorsque les médecins généralistes avaient l'intention de réaliser le FCU, mais que cette intention ne se transformait pas en comportement, les facteurs environnementaux auxquels ils étaient assujettis jouaient un rôle déterminant dans ce comportement.

Tout d'abord, de nombreux médecins généralistes évoquaient une offre de soins suffisante en interlocuteurs susceptibles de réaliser le FCU à leur place (gynécologue, laboratoire ou associé). Cependant, le récent travail de thèse de Marie Blanckaert [37] montrait que les patientes regrettaient la difficulté qu'elles éprouvaient lors de la prise d'un rendez-vous chez un gynécologue. Elles soulignaient notamment des délais d'attente trop longs et une non concordance de leurs disponibilités avec celles des spécialistes. La faible densité moyenne de gynécologues médicaux dans le Nord-Pas-de-Calais ainsi que le nombre de gynécologues médicaux susceptibles de partir en retraite prochainement [38] devra cependant inciter les médecins généralistes à réaliser davantage de FCU à l'avenir.

Plusieurs médecins généralistes déploraient également le manque de coordination entre le médecin généraliste et le gynécologue. De ce fait, ils reprochaient à leurs confrères de ne pas être impliqués quand le suivi gynécologique était réalisé par le gynécologue. Cette donnée est concordante avec l'étude de l'ORS de Bourgogne en 2004, qui mettait en avant ce frein organisationnel à la réalisation des FCU [39]. Une des missions du médecin généraliste est pourtant de coordonner les soins de ses patients [40]. Ce dernier doit être en mesure de recevoir les résultats biologiques et anatomopathologiques concernant chacun de ses patients, comme le préconise l'HAS [14].

Le manque d'information des patientes était souvent cité par les médecins généralistes interrogés. Ils déploraient une médiatisation moindre par rapport à

d'autres cancers, comme par exemple le cancer du sein ou du côlon. Les patientes interrogées [37] relayaient également cette notion de manque d'information, en y incluant le rôle du médecin généraliste comme source potentielle d'information. Les problèmes d'information sur le cancer du col et son dépistage ont déjà été évoqués dans la littérature [4] [41] [42]. L'HAS recommande à ce titre une meilleure information des patientes, notamment des patientes sous-dépistées [4]. Afin de remédier à ce frein, l'Institut National du Cancer (INCa) a lancé en juin 2010 une vaste campagne d'information visant à améliorer l'information des patientes et des professionnels de santé face au dépistage du cancer du col et aux modalités de vaccination contre l'HPV [43].

Le recours insuffisant au soin, en médecine générale ou en gynécologie, était l'un des facteurs déterminants de non réalisation du FCU. D'après les médecins généralistes, l'absence de pathologie, l'absence de contraception ainsi que la nulliparité étaient autant de facteurs qui faisaient que les patientes ne consultaient pas. Les femmes, après leur grossesse, ou entre deux grossesses auraient également un recours insuffisant au soin. Ces résultats sont concordants avec les résultats retrouvés chez les patientes où il apparaissait notamment comme une norme que l'on ne consultait pas le gynécologue si l'on était asymptomatique [37]. Ces résultats sont également concordants avec d'autres données de la littérature [39].

L'intentionnalité de la patiente était un déterminant fort de la réalisation du FCU. L'absence de demande, la demande moins fréquente qu'auparavant, ou le refus de la patiente face à la proposition du médecin généraliste étaient des informations souvent relayées par les médecins généralistes. Concernant les patientes [37], celles-ci regrettaient toutefois une absence de proposition et même d'évocation du suivi gynécologique en consultation de médecine générale. D'après le Baromètre Santé 2005 [28], le médecin serait pourtant à l'origine de l'examen dans plus de trois cas sur quatre (77 %) alors que seuls 18,4 % des examens seraient à l'initiative de la patiente.

Lorsque le médecin généraliste avait l'intention de faire le FCU, le geste en lui même semblait être un obstacle. Ce dernier était jugé chronophage par les médecins généralistes interrogés. Nombre d'entre eux évoquaient le manque de temps comme frein à la réalisation du FCU, dû à une activité médicale trop importante. À noter que l'importance de la charge de travail a été citée par des médecins généralistes exerçant aussi bien en cabinet de groupe que seuls. Ces freins liés à la pratique médicale sont concordants avec les données de la littérature [29] [39]. Ils pourraient être contournés par l'organisation de consultations dédiées à la prévention exclusivement. Cependant, en Mars 2009, le Haut Conseil de Santé Publique était défavorable à l'instauration de consultations dédiées à la prévention, arguant le manque de preuve de leur intérêt [44].

De plus, le FCU était un geste considéré comme peu rentable par les médecins généralistes. Cet argument, associé au fait que le geste soit chronophage, n'incite donc pas les médecins généralistes à transformer leur intention en comportement. Une récente revalorisation permettant de cumuler une consultation et JKHD001/2 a été mise en place en mars 2012 afin de favoriser le dépistage du cancer du col de l'utérus [45].

L'âge des patientes semblait être en lui même un obstacle à la réalisation du FCU. Ainsi, les patientes dès l'âge de 50 ans seraient moins enclines à réaliser un FCU, ce qui a déjà été retrouvé dans la littérature [1] [29].

La présence d'une tierce personne en consultation (interne de médecine générale, enfant) était considérée comme un frein à la réalisation du FCU, ce qui est compréhensible vue le caractère intime du geste. Cette donnée est néanmoins en totale contradiction avec les préconisations de la littérature anglo-saxonne où la présence d'un chaperon est fortement conseillée pour tout examen ayant trait à la sphère intime afin d'assurer la sécurité de la femme contre tout abus sexuel [46] [47] [48]. Cette constatation devrait inciter les patientes et les médecins généralistes à réaliser le FCU non pas dans le cadre d'un dépistage opportuniste à l'occasion d'un autre motif de consultation, mais dans le cadre d'une consultation dédiée où la présence d'une tierce personne serait discutée avec le patient.

Lorsque l'intention était présente, des freins d'ordre matériel étaient évoqués par les médecins généralistes, à savoir le manque d'équipement pour la réalisation du FCU ou du suivi gynécologique, conformément aux données de la littérature [39].

Enfin, la notion d'absence de dépistage organisé pour le cancer du col de l'utérus était un sujet évoqué par les médecins généralistes. Dans une étude de 2004, l'ORS de Bourgogne [39] proposait d'instaurer un programme de dépistage organisé afin d'améliorer la couverture du dépistage par FCU en France. Cette action a été relayée par l'HAS [14] qui recommande le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Cette action a en effet fait preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel, en touchant une plus grande partie de la population féminine, et en resserrant les rangs face aux inégalités d'accès aux démarches de prévention. De plus, il permet de rationaliser le coût du dépistage, en mettant en parallèle l'augmentation de la couverture de dépistage et la diminution des examens inutiles. Enfin, il permet, comme pour les campagnes de dépistage des cancers du sein et du côlon, de mettre en œuvre des actions de relance afin d'augmenter la participation des femmes.

IV – 1 – 2 Compétences et habiletés

Lorsque le médecin généraliste avait l'intention de réaliser le FCU mais que cette intention ne se transformait pas en comportement, la notion de compétences et habiletés était un déterminant majeur dans le comportement.

Le manque d'expérience dans la réalisation du FCU de la part du médecin généraliste était fréquemment cité, allant de pair avec le manque de formation initiale et l'absence de compétence en gynécologie. Un échec lors d'un comportement antérieur semblait également dissuader les médecins généralistes motivés de réaliser le FCU.

Le FCU est un geste de prévention de santé publique et entre dans les missions et compétences du médecin généraliste [40]. De plus, la faible démographie médicale concernant les spécialistes en gynécologie avec, sur le Nord-Pas-de-Calais, un âge moyen situé à 57 ans et 26 % des gynécologues médicaux âgée de plus de 60 ans

(donc susceptibles de prendre leur retraite) entraînera la réalisation des FCU par d'autres professionnels de santé, notamment les médecins généralistes [38].

Cette notion de compétence ressort chez les patientes [23] où 91 % des femmes jugeaient les gynécologues plus compétents que les médecins généralistes pour leur suivi gynécologique et seulement 20 % des femmes jugeaient les médecins généralistes suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique.

IV – 1 – 3 Représentations : croyances comportementales et évaluation des issues

IV – 1 – 3 – 1 Représentations sur les femmes

Les représentations sur les femmes par les médecins généralistes étaient riches en enseignements.

Ainsi, les médecins généralistes interrogés déclaraient que le genre du médecin réalisant le FCU était un déterminant important, et qu'il était plus facile pour un médecin de genre féminin de proposer et de réaliser des FCU en raison de la diminution de la gêne et de la pudeur qu'avaient les patientes à leur égard. Cette donnée est d'ailleurs retrouvée dans la littérature où, statistiquement, les médecins généralistes de genre féminin réaliseraient plus de FCU [39]. De plus, quand un dépistage était organisé, la réponse aux lettres de relance des patientes échappant au dépistage était plus efficace quand il était stipulé qu'un médecin de genre féminin réaliserait le prélèvement [14]. Enfin, selon une récente étude [29], les médecins généralistes masculins délègueraient plus que leurs consœurs féminines, et évoqueraient une réticence des patientes comme raison principale.

Cependant, dans l'étude, cinq médecins généralistes interrogés déclaraient que les femmes étaient plus gênées vis à vis de l'examen gynécologique si le médecin était de genre féminin. Les femmes interrogées dans différentes études qualitatives semblaient être partagées quant au rôle du genre du médecin : pour certaines, la

pudeur était plus marquée quand le médecin était un homme [37] alors que pour d'autres, le genre du médecin n'avait pas d'importance [42] [49].

Le rôle de l'âge et de l'expérience du médecin avait également été retrouvé : les femmes seraient plus réticentes à réaliser un FCU chez un médecin jeune et nouvellement installé. Cette donnée montre tout le travail que doit réaliser un jeune médecin généraliste nouvellement installé afin d'établir une relation de confiance avec ses patients.

La pudeur, le côté tabou de l'examen gynécologique et par extension du FCU étaient retrouvés dans l'étude comme dans la littérature [28] [41] [42], de même pour le caractère douloureux, gênant, embarrassant de l'examen gynécologique. Selon les médecins généralistes, les patientes avaient une connotation sexuelle du test et estimaient que la sphère génitale était réservée au mari, ce qui rendrait difficile la réalisation du FCU par un professionnel de santé. D'après les médecins généralistes interrogés, de nombreuses patientes refuseraient l'examen gynécologique, ou le repousseraient dans le temps.

Pour de nombreux médecins généralistes, le suivi gynécologique était une action inhabituelle pour plusieurs patientes, notamment les patientes de plus de 50 ans, les nullipares, les patientes en dehors de la grossesse et celles n'ayant pas de pathologie gynécologique. En effet, le sentiment d'être en bonne santé en l'absence de symptôme est un obstacle majeur à toute action de prévention en général. Le rôle des habitudes familiales, et notamment celles de la mère, était un déterminant dans l'intentionnalité des femmes à réaliser un FCU. Les filles de mères réalisant le FCU seraient donc plus enclines à réaliser à leur tour un examen de dépistage. L'INCa a récemment mis en place un vaste programme d'information [43] s'adressant aux filles et à leur mère, afin que les habitudes soient ancrées au niveau familial. Les femmes semblaient être d'accord avec ce constat [37] car pour elles, la gynécologie faisait partie de l'éducation prodiguée par la mère.

Une des raisons pour laquelle les femmes ne réaliseraient pas de FCU serait le manque de temps, à cause de la vie professionnelle ou de la vie de famille. Cette

information était retrouvée chez les femmes [37] qui déclaraient manquer de temps, ou ne pas prendre le temps, de réaliser leur suivi gynécologique.

Une majorité de médecins généralistes interrogés déclaraient que les femmes étaient globalement peu concernées par le dépistage. Ils retenaient les tranches d'âge extrêmes (patientes jeunes ou âgées), les femmes ménopausées, en bonne santé et donc sans aucun symptôme caractéristique, les femmes n'ayant aucun antécédent familial, ou encore les femmes ayant de rares rapports sexuels ou en couple depuis longtemps. De nouveau, le sentiment d'être en bonne santé en l'absence de symptôme est un obstacle majeur à toute action de prévention en général. Les femmes semblaient partager leurs avis car les femmes « trop âgées » ou « trop jeunes », ménopausées, ayant de rares rapports sexuels, n'ayant plus de désir de grossesse ainsi que les femmes asymptomatiques ne se sentaient pas concernées par le suivi gynécologique ou le dépistage [37]. Ces données sont concordantes avec celles de la littérature [25] [39] [41] [42] [49] où le recours insuffisant au soin était un des facteurs déterminant de non réalisation des FCU. Cet obstacle pourrait être levé grâce à des campagnes importantes d'information, qui mobiliseraient l'ensemble des femmes ne se sentant pas concernées.

La négligence, l'oubli étaient des termes fréquemment cités par les médecins généralistes concernant les patientes et leur suivi gynécologique. Cette information était bien relayée par les femmes [37] qui déclaraient souvent ne pas s'accorder de temps pour réaliser le FCU, ne pas y penser en général ou à cause d'évènements intercurrents.

Des freins psychologiques comme la peur du geste, du résultat et de la maladie étaient fréquemment cités par les médecins généralistes comme déterminant chez les patientes à ne pas réaliser de FCU de dépistage. Ce résultat était largement en accord avec le sentiment des femmes [37] [42].

Les médecins généralistes pensaient que les femmes étaient gênées par le fait que ce soit leur médecin généraliste habituel, qui les connaît bien et qui connaît leur entourage proche, de par sa fonction de « médecin de famille » qui réalise le FCU. Si on reprend les représentations des femmes [37], cette information était tout à fait

compatible et souligne ce que Weill et Schaffner disaient en 1994 : « il est difficile d'être celui qui écoute et celui qui touche ». Cependant, une récente étude [29] montrait le contraire, à savoir que les médecins généralistes étaient plus enclins à réaliser le FCU chez les patientes qui leur confiaient pleinement leur santé. Au contraire, pour les patientes qu'ils voyaient occasionnellement et à l'occasion de pathologies aiguës, ils étaient moins tentés de proposer le FCU.

IV – 1 – 3 – 2 Représentations sur le statut socio-économique bas

Les médecins généralistes semblaient être d'accord pour dire que les femmes issues d'un niveau socio-économique modeste étaient globalement moins concernées, moins intéressées par le dépistage, moins demandeuses et donc moins suivies que les femmes issues d'un milieu socio-économique plus élevé. Elles seraient également moins informées, déresponsabilisées et auraient des appréhensions face au coût que pourrait engendrer le dépistage. Ces données sont largement retrouvées dans la littérature où 43 % des femmes de moins de 50 ans bénéficiant de la Couverture Mutuelle Universelle (CMU) complémentaire ont eu un FCU *versus* 63 % pour les autres femmes [14]. De plus, une récente étude [25] montrait que le niveau d'étude était un facteur prédictif très significatif de la participation au dépistage. En effet, 90 % des patientes de 25 à 65 ans ayant un niveau d'étude de l'ordre du baccalauréat étaient dépistées.

IV – 1 – 3 – 3 Représentations sur le rôle du milieu rural de vie

Le milieu rural de vie semblait être un déterminant pour certains médecins généralistes à la réalisation du FCU. Un médecin généraliste exerçant en cabinet de groupe, en zone urbaine médicalisée déclarait qu'il ferait certainement plus de FCU s'il était installé seul en campagne. Ce possible changement de l'intention initiale du médecin généraliste est influencé par des facteurs démographiques [38] indiscutables qui montrent que les zones rurales sont globalement sous dotées en médecins spécialistes. Ce constat est réel car selon certaines études [39], les trois quarts des médecins généralistes exerçant dans des communes de petite taille, ou de taille moyenne réalisaient des FCU. Globalement, les médecins exerçant en

milieu urbain adresseraient plus leurs patientes au spécialiste pour la réalisation du FCU. Les femmes interrogées [37] regrettaient quant à elles les contraintes liées à la consultation et notamment le déplacement, qui est donc généralement plus important lorsqu'elles doivent se rendre dans une agglomération pour réaliser leur suivi gynécologique. Les médecins généralistes exerçant en zone rurale ont donc tout intérêt à conserver leur service de proximité afin d'améliorer la couverture de dépistage des femmes.

De plus, certains médecins généralistes déclaraient que les patientes résidant en zone rurale étaient moins enclines à participer au dépistage par FCU. Ils argumentaient ce constat par l'augmentation du sentiment de pudeur chez les patientes issues du milieu « paysan » ou par les mentalités propres au milieu rural où « on ne voit le gynéco que pour accoucher ». Cependant, dans une récente étude [25], le pourcentage de patientes dépistées et vivant en zone rurale était de 92,86 % ($p = 0,005$). Cette information n'est pas retrouvée dans la littérature. En effet, le Baromètre cancer 2005 [28] ne note pas de lien entre la zone de résidence et le dépistage.

IV – 1 – 3 – 4 Représentations le dépistage en France : non usuel

Plusieurs médecins généralistes déclaraient que la mentalité des français était plutôt réticente au dépistage en général. Selon les données de l'INCa [50], le taux de couverture du cancer du sein en France en 2010 était de 73 %, et le taux de participation en 2010 était de 52 % [50]. Le taux de participation au dépistage du cancer colo rectal entre 2010 et 2011 était de 32,1 %. Ces données montrent que, loin d'être parfaits, les Français sont tout de même favorables au dépistage, si celui-ci est organisé et s'ils sont sollicités par les professionnels de santé. Ainsi, le rôle des médias et de l'information dans le changement de l'intention initiale des patientes semble important et primordial.

IV – 1 – 3 – 5 Représentations culturelles

Des représentations culturelles ressortaient de l'étude, concernant notamment les patientes d'origine maghrébine ou issues de la communauté des gens du voyage, qui seraient plus réticentes à réaliser le suivi gynécologique par pudeur ou gêne vis à vis de l'examen gynécologique et du médecin le pratiquant, surtout si celui-ci est un homme.

Ces freins socio-culturels étaient retrouvés dans la littérature [39] et avaient également été évoqués par une patiente dans une récente étude [37].

IV – 1 – 4 Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre

Plusieurs médecins généralistes évoquaient la liberté de choix de la patiente de ne pas réaliser de FCU comme étant un déterminant fort dans l'absence d'intention de réalisation du FCU de dépistage. Cette notion était retrouvée également chez les femmes [37] et apparaît comme un obstacle difficilement contournable, à moins que la patiente ne soit influencée dans son jugement par une expérience malheureuse d'un de ses proches qui l'inciterait à se faire dépister.

La liberté de choix du médecin généraliste de ne pas réaliser de FCU était également citée et apparaît difficilement contournable une nouvelle fois, à moins que le médecin généraliste, ne soit influencé dans son jugement par un cas professionnel ou personnel de cancer du col de l'utérus.

Les normes culturelles, perçues par les médecins généralistes concernant certaines cultures comme les communautés maghrébines et des gens du voyage semblaient être un déterminant fort de l'algorithme de Fishbein-Ajzen comme obstacle à la réalisation des FCU. Ainsi, les pathologies d'ordre gynécologique semblaient faire partie d'un aspect privé de la patiente et plutôt interdite à un médecin de genre masculin ne faisant pas partie de la communauté.

IV – 1 – 5 Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir

Le pouvoir du médecin généraliste devant la réalisation du FCU est un déterminant important dans le MIPC développé par Fishbein et Ajzen.

Ainsi, le peu d'intérêt du médecin généraliste pour la gynécologie ou le FCU était déterminant dans l'intentionnalité de réaliser le suivi gynécologique des patientes. Cette notion est retrouvée dans la littérature [29].

L'oubli du médecin généraliste ou l'absence de négociation face à la proposition de réalisation du FCU sont des données qui revenaient également lors de nombreux entretiens. Les médecins généralistes déclaraient oublier de proposer le FCU d'une manière générale, mais aussi chez les patientes les plus âgées et les plus jeunes, ou s'ils ne leur prescrivaient pas la pilule. Ces données sont retrouvées chez les femmes [37] qui regrettaient que leur médecin généraliste n'évoque pas le sujet en consultation, ni ne leur propose un FCU. Une étude de la SOFRES [28] montrait cependant que plus de trois fois sur quatre (77,0 %), c'est le médecin qui était à l'origine de l'examen et, dans seulement 18,4 % des cas, il s'agissait de la consultante.

Lorsque les médecins généralistes se sont heurtés à plusieurs refus de la part des patientes concernant la réalisation du FCU, ces derniers semblaient moins enclins à négocier de nouveau la réalisation de l'examen.

L'âge de la patiente semblait être un déterminant dans l'élaboration de l'intention des médecins généralistes à réaliser le FCU. Ainsi, pour les médecins généralistes interrogés, la négociation semblait être moins rigoureuse chez les patientes ménopausées. Cette donnée est concordante avec les données de la littérature [29] où les médecins généralistes déclaraient être moins réguliers dans leur suivi gynécologique chez les femmes de plus de 55 ans.

La gêne éprouvée par le médecin généraliste lors de la proposition de réalisation du FCU était également un déterminant important de l'élaboration de l'intention. Ils déclaraient se sentir gênés face au FCU, que ce soit en fonction de leur âge, d'un

manque de confiance en eux, du caractère tabou ou de la réaction des patientes devant la proposition de réalisation du FCU. Selon une récente étude [29], les médecins généralistes masculins délègueraient plus que leurs consœurs féminines, et évoqueraient une réticence des patientes comme raison principale. Une autre étude [39] retrouvait ce constat : les médecins généralistes de genre féminin réaliseraient plus de FCU que leurs confrères de genre masculin.

Si certains médecins généralistes se sentaient gênés quant à l'abord du suivi gynécologique chez les patientes issues de certaines communautés, d'autres ne proposaient même pas le FCU à leurs patientes pour différentes raisons comme la peur du refus chez les patientes d'origine maghrébine ou la peur de modifier la relation établie avec elles. L'intention initiale de proposer le FCU, aux patientes disparaîtrait alors en raison de l'appartenance culturelle d'une partie de sa patientèle. Cette notion est retrouvée dans la littérature [29] [39].

La peur de mal réaliser le geste était une notion retrouvée chez les médecins généralistes interrogés et va de paire avec le manque de formation et d'expérience retrouvée plus haut. Cette peur jouerait sur le comportement de réaliser le FCU plutôt que dans l'intention.

IV – 2 La validité de l'étude

IV – 2 – 1 Les forces de l'étude

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

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

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

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

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

Pour l'analyse des résultats, le choix de s'appuyer sur le MIPC de Fishbein-Ajzen était novateur. Il permettait de comprendre les déterminants de l'élaboration d'une intention et les déterminants de la transformation de l'intention en comportement.

IV – 2 – 2 Les faiblesses de l'étude

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

L'échantillon de médecins généralistes interrogés a été obtenu grâce à une randomisation demandée à l'URPS-ML et il était statistiquement représentatif des médecins de la région ce qui paraît utile pour la partie épidémiologique de l'étude commune dont ce travail est une partie. Cependant, cet échantillon n'était pas raisonné et ne représentait pas une variance maximale dans l'éventail des médecins généralistes qui exercent dans la région, ce qui est conseillé pour les études qualitatives. Il aurait été intéressant d'obtenir l'avis de médecins généralistes plus jeunes, et de plus de médecins généralistes de genre féminin.

Le taux de participation des médecins généralistes (59,37 %) était conforme aux 60 % habituellement rencontré dans les études en médecine générale dans lesquelles une stratégie intensive de recrutement est mise en place [51]. Il pourrait

entraîner un biais en recrutant des médecins généralistes s'intéressant plus au dépistage [52].

Le fait que le chercheur soit lui-même un médecin généraliste a pu influencer les réponses des médecins généralistes interrogés, entraînant peut être une volonté de conformisme et d'affirmation d'une certaine image socialement valorisante de leur activité [53].

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

La déclaration au Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été effectuée en raison du caractère observationnel de la recherche et du cadre légal qui n'était pas le cadre actuel au moment de la mise en route du recueil de données. Néanmoins, l'étude sera soumise au CPP a posteriori, pour que cet absence d'avis ne représente pas un obstacle à la publication.

IV – 2 – 3 Les perspectives de l'étude

Le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés pour l'étude a été évident car le caractère intime du sujet semblait l'imposer. Toutefois, afin de permettre d'obtenir un échantillon plus important de médecins généralistes interrogés, il pourrait être utile de mettre en place des entretiens collectifs appelés *focus group* afin de recueillir davantage de données.

Une étude quantitative pourrait également être mise en place sur la base des résultats obtenus avec recueil des données par questionnaire structuré afin de définir la part statistique de chaque obstacle mis en avant.

L'étude présentée met en avant les freins auxquels sont soumis les médecins généralistes à la réalisation du FCU de dépistage. Les perspectives d'avenir pourraient envisager d'utiliser cette classification pour essayer de détourner ces freins à l'aide de nouvelles techniques, comme l'autoprélèvement vaginal.

Dans le récent travail de thèse de Pamela Nessler [54], cette technique a reçu un grand succès tant chez les médecins généralistes que chez les patientes interrogées et a déjà montré son efficacité dans d'autres pays d'Europe et au Mexique [18] [19] [20] [55]. Son utilité pourrait être étudiée en France, comme moyen de contournement des obstacles à la réalisation des FCU chez les patientes pas ou peu dépistées.

V – CONCLUSION

Les obstacles à la réalisation du FCU sont nombreux chez les médecins généralistes et expliquent que seuls 5 à 8 % des FCU soient actuellement réalisés en médecine générale [24] [25].

Lorsque l'intention de réaliser un frottis est présente, les facteurs environnementaux comme l'offre de soins suffisante (gynécologues, laboratoires, confrères), le caractère chronophage et peu rentable du geste, le manque de temps, l'absence de demande des patientes sont des déterminants importants. De même, les compétences et habiletés insuffisantes comme le manque d'expérience ou le manque de formation initiale sont les principaux déterminants retrouvés.

Lorsque l'intention n'est pas présente, trois déterminants doivent être explorés. En premier lieu, les représentations, liées aux patientes, à leurs cultures, au statut socio économique bas, au rôle du milieu rural de vie sont déterminantes. Ensuite, les normes comme la liberté de choix ou les normes culturelles sont mises en évidence. Enfin, l'auto-efficacité, représentée par l'absence d'intérêt, l'oubli, l'absence de proposition ou de négociation, la gêne à aborder le sujet ou encore la peur de mal réaliser le geste apparaît comme un déterminant important de l'intention.

Le MIPC de Fishbein et Ajzen est un bon outil pour comprendre, accompagner ou prédire un changement de comportement.

La classification de ces obstacles dans le MIPC permet de dégager des pistes concrètes afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus en analysant les déterminants des médecins généralistes n'ayant pas l'intention de réaliser le FCU, et en proposant des actions pour les accompagner dans cet objectif.

La figure 9 résume les principaux obstacles à la réalisation du FCU retrouvés chez les médecins généralistes classés selon le MIPC de Fishbein et Ajzen.

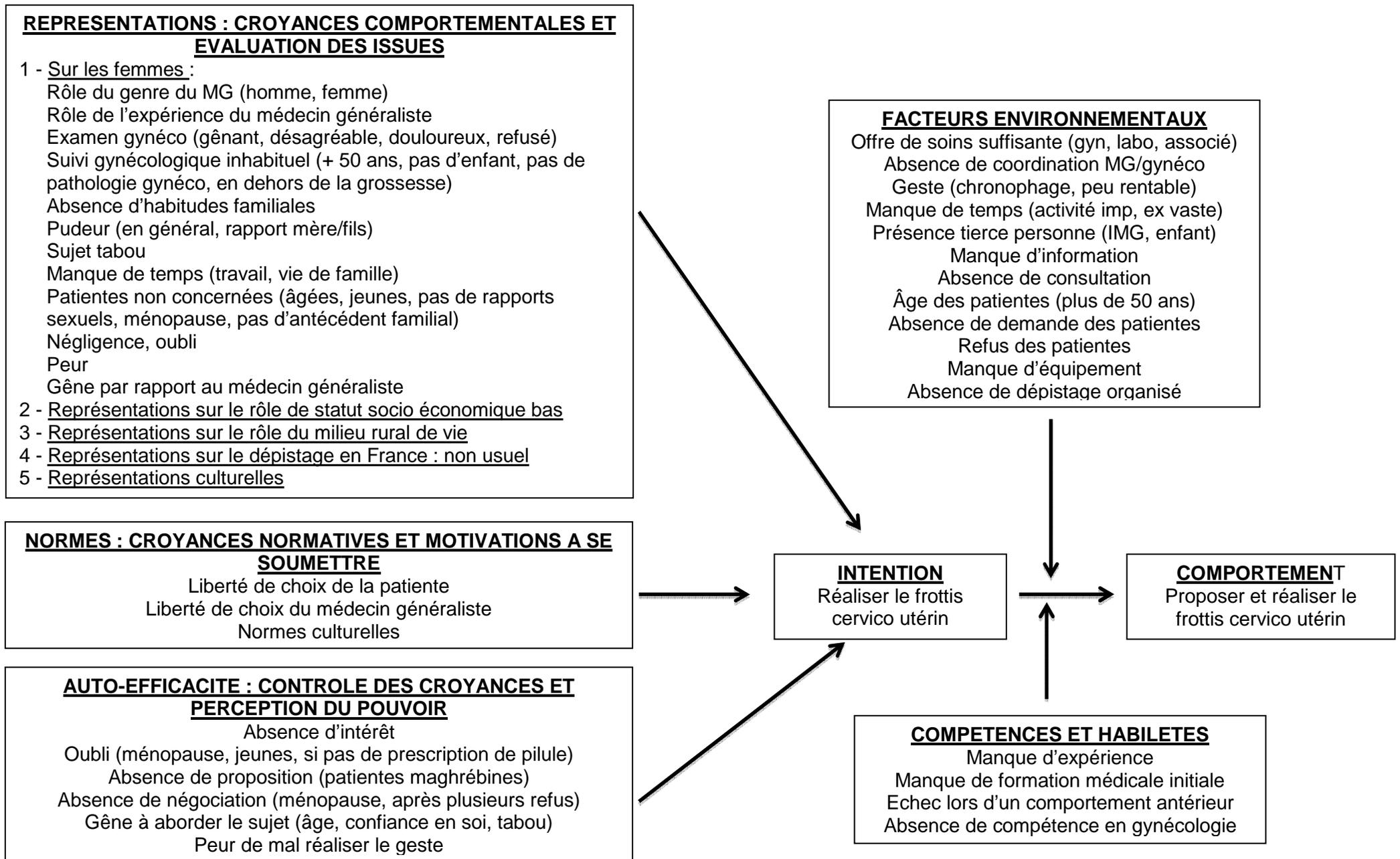


Figure 9 : Principaux obstacles à la réalisation du FCU chez les médecins généralistes classés selon le MIPC de Fishbein et Ajzen

Bibliographie

- [1] Institut National de Veille Sanitaire, données épidémiologiques du cancer du col de l'utérus, état des connaissances, Paris, actualisation 2008.
- [2] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008 Jun;56(3): 159-75. Epub 2008 Jun 10.
- [3] Institut National de Veille sanitaire, les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux, BEH n°2-3, 23 janvier 2007.
- [4] Institut National du Cancer, état des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France, septembre 2007.
- [5] Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189(1):12-9
- [6] IARC. IARC handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening. Lyon : IARC Press, 2005.
- [7] K.Faure, Quelle actualité sur l'histoire naturelle de l'HPV ? Lille, 2007
- [8] ACCP, Prévention du cancer cervical, aide-mémoire : histoire naturelle du cancer cervical, 2004
- [9] Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papilloma virus infection in young women. *N Engl J Med* 2006;345:2645-54.
- [10] Maria J Wawer, Aaron AR Tobian, Godfrey Kigosi and co. Effect of circumcision of HIV-negative men on transmission of human papillomavirus to HIV-negative women : a randomised trial in Rakai, Uganda. *Lancet* 2011 ; 377 : 209-18
- [11] Siebers AG, Klinkhamer PJ, Grefte JM et al. Comparison of liquid-based cytology with conventional cytology for detection of cervical cancer precursors: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302(16):1757-64.
- [12] Méréa E, Le Galès C, Cochand-Priollet B, Cartier I, de Crémoux P, Vacher-Lavenu MC, et al. Cost of screening for cancerous and precancerous lesions of the cervix. *Diagn. Cytopathol*. 2002 oct;27(4):251-7.
- [13] Wilson, J.M.G. and G. Junger, The principles and practice of screening for disease. World Health Organisation, Geneva, 1968.
- [14] Haute Autorité de Santé, état des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, juillet 2010.

- [15] Prescrire Rédaction. Dépister les cancers de l'utérus. Rev Prescrire 2010;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] 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.
- [19] Brink A, Meijer C, Wiegnerink 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.
- [20] Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. Lancet. 2011 nov 26;378(9806):1868-73.
- [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] Claudon Céline. Etats des lieux de la pratique du frottis cervico vaginal par les médecins généralistes de Montpellier. Thèse 2007.
- [23] Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale. Sondage BVA : Le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique nov2008.
- [24] Guilbert P, Peretti-Wattel P, Beck F, Gautier A. Baromètre Cancer 2005. Paris: Editions INPES ; 2005.
- [25] Fromont Eugénie. Prévalence des femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
- [26] 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
- [27] Baudier F, Michaud C. Le dépistage des cancer : entre organisation et libre choix dans : Baromètre Santé 2005. Paris : Editions INPES ; 2005, p.299-316.

- [28] 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.
- [29] Aurélie Badet – Mémoire Master 2 – Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les MG chez les femmes de 50 à 65 ans – Lyon 2010.
- [30] Jones R, Britten N, Culpepper L et al. Oxford textbook of primary care. Volume 1 : Principles and concepts. Oxford University Press 2005.
- [31] Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. 2001 ;32(2) :117-21.
- [32] Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ;84 :142-5.
- [33] Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives-Vol.26(1), 2006, pp.110-138.
- [34] Deslauriers JP. Recherche qualitative : guide pratique. Montréal : MacGraw-Hill, 1991 :142 p.
- [35] Blanchet A, Ghiglione R, Massonat J, Trognon A. Les techniques d'enquêtes en sciences sociales : observer, interviewer, questionner. Paris : Dunod 2005 :197 p.
- [36] Berkhout C, Stalnikiewicz B, Messaadi N, Leruste S, Deleplanque D. Le modèle intégratif de prédiction comportementale. Exercer 2012, 102, 137-41.
- [37] Blanckaert Marie. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin de dépistage en médecine générale : étude qualitative chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
- [38] http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Nord_Pas_de_Calais_2011.pdf?download=1 consulté le 14 mai 2012
- [39] Weber A, Lémery B, Millot I. Observatoire régional de la Santé Bourgogne. Prévention des cancers gynécologiques. Points de vue des médecins sur les modalités du dépistage en Bourgogne. Septembre 2004.
- [40] Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Ram P, Crebolder H, Evans P. La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille – Wonca Europe 2002.

- [41] Morgny C, Weber A. Observatoire Régional de la Santé Bourgogne. Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? Septembre 2004.
- [42] Gambiez-Joumard Ariane. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Th D Méd, Saint Etienne ; 2010.
- [43] Institut National du Cancer. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010, Boulogne-Billancourt, juillet 2010.
- [44] Baudier F, Berthelot N, Michaud C, Clément MC, Jeanmaire T. Haut Conseil de la Santé Publique. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et proposition de développement. Mars 2009.
- [45] JORF n°0044 du 21 février 2012 page 2900 texte n°19 .
- [46] Pydah KL, Howard J. The awareness and use of chaperones by patients in an English general practice. J Med Ethics. 2010 août;36(8):512-3.
- [47] Rogstad KE. Chaperones: protecting the patient or protecting the doctor? Sex Health. 2007 juin;4(2):85-7.
- [48] Rymer J, Durbaba S, Rosenthal J, Jones RH. Use of chaperones by obstetricians and gynaecologists: a cross-sectional survey. J Obstet Gynaecol. 2007 janv;27(1):8-11.
- [49] Serio Delphine. Que pensent les femmes de la réalisation du frottis cervico-utérin en cabinet de médecine générale ? Th D Méd, Besançon ; 2011.
- [50] <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancers>. Consulté le 14 mai 2012.
- [51] 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.
- [52] 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 août;73(4):959-84.
- [53] Kelman HC: Compliance, identification and internalization: three processes of attitude change. J Conflict Resolution 1958, 2:51-60.
- [54] Pamela Nessler. 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

- [55] Gök M, Heideman DAM, van Kemenade FJ, de Vries ALM, Berkhof J, Rozendaal L, 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* (Oxford, England: 1990) [Internet]. 2011 déc 13 [cité 2012 juin 3]; Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22172570>

Annexe 1 : Guide d'entretien

1/ Le MG et sa pratique du FCU

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

2/ Obstacles à la réalisation du FCU

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

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

- A votre avis, que pourrait-on mettre en œuvre pour améliorer la participation des femmes et des MG ?
- Quels sont les éléments qui pourraient faire évoluer votre pratique vers la réalisation de plus de FCU ? Quels sont les éléments qui pourraient vous inciter à proposer systématiquement le FCU ?
- Avez-vous entendu parler d'alternatives au FCU ? Si oui, lesquelles ?
- Que penseriez-vous d'un prélèvement vaginal fait par les femmes elles-mêmes à leur domicile, basé sur un test HPV ? Le proposeriez-vous plus facilement ?
- Evaluation du Delphi Screener : en pratique
- Explications sur le triage par test HPV : maintenant que vous avez cette information, pensez-vous que ça changerait votre pratique ?

ANNEXE 2 : TRANSCRIPTION ENTRETIEN MG5

Contexte de l'entretien : L'entretien a eu lieu le 20/09/2011. MG5 me reçoit dans son cabinet. MG5 est un homme d'une soixantaine d'années, il exerce seul, en milieu urbain centre-ville et zone médicalisée. L'entretien a duré environ 30 minutes.

IMG : Pouvez-vous me parler de votre pratique par rapport au frottis ?

MG : Ah bah, de toute façon, ça fait... 37 ans que je suis installé. Donc au départ on en faisait beaucoup parce que ça n'était pas encore très cadré, maintenant j'en fait un peu moins... Mais c'est un geste qui est courant dans le dépistage...

IMG : Qu'est-ce qu'il faisait que vous en faisiez beaucoup avant ?

MG : Bah, j'en faisais, parce qu'au départ je faisais pas mal de gynéco. Parce que j'avais commencé la spécialité à Lille, et puis j'ai arrêté parce que bon avec ma vie de famille ça n'allait pas. Puis quand je suis arrivé à XX, j'ai fait pas mal d'accouchement au départ, à domicile, à l'époque on faisait encore des accouchements à domicile. Et puis après je me suis occupé de l'IVG, c'est moi qui ai créé le centre d'IVG à XX. Donc j'ai été amené à voir beaucoup de femmes, avec des poses de stérilets, des problèmes de contraception et ainsi de suite. Donc forcément il y avait les frottis qui suivaient, pour la surveillance normale des femmes. Et comme elles avaient été avec moi tout le parcours, bah elles demandaient si moi je faisais le frottis, comme ça ça leur évitait de... donc j'en ai fait beaucoup à ce moment là.

IMG : Et qu'est-ce qui fait que maintenant vous en faites moins ?

MG : Bah maintenant... A mon avis, c'est moins intéressant, parce que, c'est comme pour les accouchements, les femmes ont compris qu'il valait mieux aller dans une structure bien définie. Accoucher en maternité c'est quand même moins de risque au cas où. On n'a plus jamais de demande d'accouchement à domicile, c'est exceptionnel. Bon, à XX, la clinique qui faisait les accouchements ayant fermé, maintenant, il n'y a plus que la maternité à l'hôpital, et les gens accouchent là. De même pour les frottis, les femmes vont au laboratoire.

IMG : Par rapport à un risque ?

MG : Non, par rapport à une habitude, quoi. A mon avis, c'est un peu rentré dans les mœurs pour elles. C'est-à-dire : on fait une prise de sang, on va au laboratoire, on fait un frottis, on va au laboratoire ou au gynéco.

IMG : D'accord. Et, est-ce que vous, dans votre pratique, vous proposez systématiquement des frottis ? Qu'est-ce qui fait que parfois vous pouvez oublier ?...

MG : Bah, c'est-à-dire que si on leur propose, souvent elles acceptent. Parce qu'on les connaît, c'est des femmes qu'on suit. Donc il n'y a pas de souci. Mais, bien souvent, elles demandent une ordonnance pour aller le faire au laboratoire.

IMG : Ce sont elles qui vous demandent ?

MG : Souvent, oui. Parce que, je pense que c'est rentré dans les mœurs. On fait moins de frottis en cabinet qu'avant, beaucoup moins. Moi je ne m'occupe plus du tout de l'IVG, je fais de la gynéco en médecine générale.

IMG : Oui donc vous avez diminué un petit peu votre activité...

MG : Ah oui, et en plus j'ai diminué sérieusement mon activité !

IMG : Donc vous voyez moins de femmes ?

MG : Non, j'en vois toujours autant mais les gestes paracliniques, comme les frottis, toutes ces choses là, je les fais encore quand on me le demande, mais sinon je ne cherche pas après. Ça ne m'intéresse plus tellement de faire du frottis, alors qu'il y a tout ce qu'il faut à 500m d'ici.

IMG : Pourquoi ça ne vous intéresse plus alors ?

MG : Parce que je n'ai plus le temps, j'ai décidé de réduire mon activité. Quand je fais un frottis, c'est une consultation que dure une demi-heure, et j'ai plus le temps. J'ai beaucoup de monde et je ne peux pas mettre un rendez-vous d'une demi-heure, ou deux, dans une séance de rendez-vous, ça prend une heure... Et j'ai plus de place pour les autres malades. Comme j'ai réduit mon activité à quatre jours semaine, il faut que je trouve de la place pour tout le monde. Parce que la clientèle elle ne diminue pas, on n'arrive pas à leur faire comprendre qu'on baisse de rythme.

IMG : Mais du fait de cette baisse d'activité, alors vous ne proposez plus de faire un frottis ?

MG : Non, je ne propose pas, c'est si on me demande ! Si on me dit : « Est-ce que vous faites les frottis ? - Bah oui. Vous voulez que je vous le fasse ? - Oui, bah oui, je préfère. - Bon, bah, d'accord ». Mais si on ne m'interpelle pas, moi je ne propose pas. Je ne propose plus. Avant c'était l'inverse, avant je proposais. Après, non...

IMG : Et est-ce qu'avant il y avait quand même des femmes qui échappaient à votre dépistage ?

MG : Non, non, je ne crois pas. Pas beaucoup, enfin, certainement, mais on ne peut pas savoir.

IMG : Mais est-ce que vous voyez des raisons au fait que certaines femmes échappent quand même au dépistage ?

MG : Bah, c'est-à-dire que... C'est un peu comme les pédiatres, c'est le même problème. Il y a beaucoup de femmes qui ont un médecin généraliste pour tout, mais pour la gynéco, elles ont un gynécologue. C'est comme pour les gosses, ils ont un pédiatre, nous on sert de bouche trou le samedi matin, ou le soir après sept heures, parce que le pédiatre il s'en fout, et nous on est obligé... Et je crois qu'en gynéco c'est pareil. Il y a une évolution, pour la majorité des femmes, les frottis ça se fait chez le gynéco.

IMG : D'accord. Et vous voyez d'autres raisons ?... Parce qu'on sait qu'il n'y a que 4% des frottis qui sont fait par les médecins généralistes... Pourquoi les femmes ne se font pas dépister ? Pour quelles autres raisons ?

MG : Bah c'est très difficile, je pense, les frottis ça a toujours été le problème à double tranchant. C'est une arme sécurisante parce qu'on peut dépister, comme son nom l'indique, pas mal de pathologies... Mais c'est aussi une arme à double tranchant, parce que les femmes ont toujours la trouille qu'on leur trouve quelque chose. Et elles préfèrent ne pas le faire, plutôt que de savoir quelque chose qui n'est pas agréable, quoi. Donc il y a beaucoup de ça qui joue. Je l'entends : « Vous croyez que je dois faire un frottis ? J'ai fait quand le dernier ? ». Si elles peuvent encore attendre six mois, elles attendent. Si elles y vont, et qu'on leur dit : « Bah, vous savez, on a trouvé

un petit truc, on va faire une ponction, machin... ». Les femmes, elles ont peur de ça. Donc, c'est un peu la politique de l'autruche, quoi, elles préfèrent ne pas le faire, plutôt que de savoir quelque chose qui ne leur plaît pas.

IMG : Hum.

MG : D'ailleurs, il y a des campagnes de dépistage qui sont faites par une association, un peu dans le style Opaline, qui fait, colorectal, tout ça, cancer du sein. Et dans les dépistages gynéco, on a fait des campagnes, quand ils ont sortis les vaccins, Gardasil® et compagnie... Et bah, il n'y avait pas plus de demande, au contraire, ça fait peur aux femmes. Parce qu'elles ne savaient pas qu'on pouvait trouver plein de trucs, donc il y en a beaucoup qui rebutent cet examen.

IMG : Donc pour le dépistage du cancer colorectal, elles vont le faire plus facilement ?

MG : Oui, oui, c'est paradoxal, mais oui. Pour le cancer colorectal, pratiquement tous ceux qui reçoivent le courrier, car c'est une tranche d'âge, pratiquement tous demandent le test.

IMG : Mais par contre pour tout ce qui est dépistage de gynécologie... ?

MG : Même, oui, même les cancers du sein, c'est beaucoup moins suivi. On leur propose des mammographies gratuites, de dépistage. Bah, même gratuit... « Bah, non il y a rien, bah pourquoi vous voulez me faire faire une mammo, bah non j'ai rien ».

IMG : Parce que ça touche à la sphère gynéco ?

MG : Peut-être parce que ça touche à la sphère gynéco. J'sais pas, mais bon, je crois pas quand même, je crois que ça c'est un peu dépassé... Je pense pas... Je pense que c'est plutôt la peur du résultat.

IMG : Oui, mais elles pourraient avoir peur du résultat du dépistage du cancer du côlon ?

MG : Oui bien sûr, oui tout à fait.

IMG : Vous pensez donc qu'elles ont plus peur d'un problème gynécologique ?

MG : Oui, parce que j'ai l'impression que... tout ce qui touche la gynéco pour les femmes, c'est le premier souci. Ça les touche de plus près. Parce qu'en plus, bon, il faut reconnaître que pour tout ce qui touche les pathologies du cancer du sein par exemple, il y a pas mal de catastrophes. Il y a des femmes qui ont le cancer du sein, qui sont prises à temps, qui sont soignées et puis qui meurent. Et ça, ça leur fait peur. Dans le cancer colorectal, on a quand même beaucoup plus de, si je puis dire, de succès thérapeutique. Elles ont moins peur, et puis c'est moins connu. Tout le monde connaît le cancer du sein, c'est ce qui est le plus connu, je pense, dans les cancers, tout le monde en parle. Alors, donc elles ne veulent pas en entendre parler. Elles ne veulent pas qu'on leur dise : « Bah, vous vous en faites partie, on a trouvé un petit nodule, on va faire une ponction... ». Alors, là, c'est catastrophique ! Elles ont du mal à l'accepter.

IMG : D'accord.

MG : C'est un peu la peur au ventre qu'elles y vont, quoi. Bon alors, il y en a qui y vont, il ne faut pas généraliser. Il y a des femmes qui comprennent et qui font ce qu'on leur dit, heureusement. Mais il y en a beaucoup qui y vont sur un pied, parce qu'elles ne sont pas très partantes...

IMG : Et est-ce que vous voyez encore d'autres choses qui peuvent être des barrières au dépistage des femmes ?

MG : Moi je pense que la première barrière c'est la peur du résultat, et la deuxième barrière c'est peut être la sensation que ça ne sert à rien, qu'elles n'ont rien, que ça n'arrive qu'aux autres, donc les frottis ça ne sert à rien.

IMG : Vous avez rencontré ça dans votre pratique ?

MG : Ah oui, oui oui. Des dames qui disent : « - Bah non, j'ai rien, pourquoi vous voulez me faire un frottis, j'ai rien. - Bah, c'est systématique, tout les x années, il est bon de vérifier. - Ah oui, mais non j'ai rien, vous me l'avez déjà fait et y'avait rien. - Oui mais c'est pas une raison pour qu'il n'y ait jamais rien ». Donc c'est ça qui est difficile... dans une certaine catégorie de population. Ca dépend du niveau de la femme. Si c'est une femme qui est, disons, d'un niveau normal et un peu supérieur, c'est beaucoup plus facile à faire admettre, que si on a affaire à une femme de condition intellectuelle plus modeste. Elle, ça ne l'intéresse pas trop les frottis, elle veut bien aller accoucher à la maternité et puis c'est tout quoi. Après ya plus rien, souvent elles n'ont pas de suivi. C'est comme ça qu'on a des catastrophes.

IMG : Donc ces patientes là, elles sont moins dépistées selon vous, mais pourquoi ?

MG : Oui je pense. Mais bon à XX on est mal servi, parce que la population se paupérise de plus en plus. Moi je pense que dans les tranches de population, dites modestes, il y a moins de demande.

IMG : Mais pourquoi ?

MG : Bah, elles ont l'impression de ne pas être concernées. Enfin, il y en a, il faut les pousser un peu. Et quand on pousse un peu, ça marche, elles écoutent quand même. On peut leur faire peur. On peut leur dire : « Vous n'avez pas vu, il y a des affiches dans la ville, vous ne faites pas de dépistage, on ne sait jamais... ». Ca ça marche, on arrive à les persuader facilement. Mais d'entrée, elles sont un peu plus réticentes.

IMG : Et, comme je vous disais, il n'y a que 4% des médecins qui font des frottis, pourquoi les médecins.... ?

MG : Parce que c'est long ! Si on veut faire ça sérieusement c'est long. Il faut aller au labo, il faut chercher les lames, les machins. Il faut faire le frottis, faut déjà préparer la femme. Il faut relativement aseptiser le système. Après il faut faire le frottis, faut l'étaler, faut attendre. Et puis faut pas le rater... Parce que celui qui n'a pas beaucoup de pratique, quelques fois, il envoie au labo, et puis le labo lui dit que son frottis n'est pas lisible. Ca arrive ça, moi, j'ai discuté avec des gars du labo, il y a de temps en temps des frottis qui ont été mal faits et puis ça sert à rien du coup. Et puis après, faut dire à la personne « bah vous savez, on n'a pas le résultat, faut le recommencer », ça c'est dur... Il faut savoir le faire quand même !

IMG : Oui.

MG : C'est pas un acte courant en médecine générale. Vous savez, quand moi j'ai fait mes études, on n'a pas appris ça ! Moi j'ai appris ça uniquement à la maternité ou dans les trucs de gynéco.

IMG : Oui, parce que vous vous y intéressiez.

MG : Mais sinon, en médecine générale, on ne faisait pas de frottis. C'est comme les accouchements... A mon époque, il y avait à peu près que 10% des étudiants qui faisaient un stage en maternité, et ils avaient quand même leur diplôme. Donc un jour, quand ils tombaient sur un accouchement, bah, ils prenaient leur bouquin et ils regardaient dans le bouquin comment ils devaient faire. C'est quand même dur, hein ! Pour la bonne femme qui est en face, euh... ça peut pas être sécurisant. S'ils n'ont jamais fait ! Un accouchement, faut mettre ses mains. On ne peut pas inventer en regardant un bouquin...

IMG : Et pour le frottis, c'est la même chose ?

MG : Et le frottis c'est pareil, c'est une technique ! Si on n'a pas appris... La pose de stérilet, c'est pareil, il y a une technique, bon c'est facile, mais faut savoir le faire ! La pose d'implant c'est tout simple, mais faut savoir le faire. Moi j'ai vu y'a pas longtemps, un implant dans le biceps, chez une femme qui avait été mettre un implant, elle venait d'arriver à XX. C'est pas moi qui l'avait mis, c'était dans une autre ville. L'implant était rentré dans le biceps. Et puis il était parti j'sais pas où...

IMG : Ah oui.

MG : Elle venait pour changer son implant, mais je lui ai dit « bah, attendez, avant de le changer, faudrait peut être récupérer l'autre ! ». Bah, c'est quelqu'un qui s'est décidé à le poser mais qui ne savait pas le faire. Et des stérilets mal posés, moi j'en ai vu plein ! Quand je faisais de l'IVG, j'en ai vu des femmes enceintes sous stérilets ! Je voyais le stérilet dans le col, ou de travers... Donc forcément, c'était pas contraceptif.

IMG : D'accord. Bon, je pense qu'on a fait un petit peu le tour. Vous ne voyez plus d'autres choses ?

MG : Bah, non. Moi je dis qu'il faut développer, euh, je ne sais pas exactement le but de votre thèse, mais je pense qu'il faut accentuer le dépistage dans beaucoup de domaines... Tout le monde a remarqué que ça coûtait moins cher à la société, ça donnait moins de risques aux malades, de faire du dépistage. En France, on n'a pas tellement une mentalité de dépistage.

IMG : Et qu'est-ce qui, pour vous, peut améliorer ce dépistage ?

MG : Bah, des campagnes comme ils ont fait pour le sein. Ca a quand même bougé, depuis qu'ils ont fait leur campagne à la télé, sur les abris bus... Il y a des femmes qui en parlent. Alors qu'avant, il fallait que nous on leur en parle, disant « -Tiens, je regardais, vous n'avez pas fait d'écho depuis cinq ans, quand même, vous avez 45 ans, vous êtes près de la ménopause, ça peut bouger. - Ah bon ? ». Bon, bah, ils faisaient. Tandis que maintenant, il y en a qui viennent : « - J'ai 40 ans, j'ai senti une boule ». Ils essaient de trouver une boule, et ils en trouvent toujours une !

(rires)

MG : Bah, c'est pas compliqué. Donc ils ont trouvé une boule et ils viennent. Alors souvent c'est rien, mais bon...

IMG : Donc pour vous, pour le cancer du col, on n'en parle pas assez ?

MG : On n'en parle pas assez, non ! On a parlé de la prévention, avec les vaccins, papillomavirus...Bah ça c'est bien, ça marche, il y a une très grosse demande des jeunes. Mais chez les femmes, en dehors de cette zone, c'est-à-dire d'âge adulte, non ménopausées, c'est pas tellement un truc automatique !

IMG : Et après la ménopause ?

MG : Bah, pareil, encore pire ! Encore pire ! Parce que là ils disent : « - Ah, moi j'ai plus de règles donc ça sert à rien, j'ai plus rien. - Attendez, ça n'a rien à voir, vous pouvez avoir une pathologie du col utérin sans avoir de règles et en étant ménopausée. Il y a des cancers du col à 70 ans ! ».

IMG : Il y a un manque d'information...

MG : Oui, il y a un manque d'information. Et puis, il y a toujours un peu ce côté tabou de la chose. C'est difficile à aborder le sujet parce qu'il y a toujours un sous entendu. La personne a l'impression qu'on a détecté quelque chose et qu'on n'ose pas lui dire. Il y a ça aussi...

IMG : Quand on lui propose un frottis ?

MG : Voilà, si on lui propose, dans sa tête, il se dit : « Si il propose c'est qu'il a vu quelque chose mais il ne veut pas me le dire ». Alors que c'est pas vrai.

IMG : Alors qu'un dépistage organisé, du coup, ça permet...

MG : Oui, c'est ça qu'il faudrait faire !

IMG : Alors, je vais vous présenter maintenant un système d'auto-prélèvement qui a été testé aux Pays-Bas. Il y a un petit kit, un peu comme celui là, qui a été envoyé aux patientes qui n'avaient pas fait de dépistage dans les 5 ans précédant. Et avec la petite notice explicative, on leur a demandé de faire cet auto-prélèvement.

MG : Un auto-prélèvement ? Donc elles le font elles-mêmes ?

IMG : Oui, voilà, à domicile. Donc, je vous montre, le système est pré-rempli avec du liquide. Il faut l'insérer dans le vagin, appuyer, ce qui libère le liquide. Puis en relâchant, ça récupère le liquide qui aura donc été en contact avec le col. Puis on le met dans le flacon et on l'envoie au laboratoire. Alors la particularité, c'est que l'analyse qui va être faite, c'est une recherche d'HPV. Car on sait maintenant que c'est l'HPV qui est responsable du cancer du col dans plus de 99% des cas. Donc, on fait un test HPV et en cas de positivité, les femmes sont contactées pour faire un frottis.

MG : Oui, comme pour le colorectal, si on trouve du sang, ils vont faire la colo derrière.

IMG : Et dans cette étude il y a eu un bon taux de participation des femmes et donc ça a permis d'augmenter le dépistage du nombre de cancers, notamment dans une population qu'on sait à risque.

MG : Ca, ça serait bien de développer ça !

IMG : D'accord, et quels avantages vous trouvez ?

MG : Ah, bah ça c'est très bien. Moi je suis très prévention. Je trouve que c'est bien, tout ce qui va dans le sens d'une prévention plus facile pour les gens, je trouve que c'est bien... Comme le test colorectal, ça se fait à domicile, c'est pas traumatisant, ils se débrouillent dans leur coin, ils envoient leur test.

IMG : Pour vous, là, ce sont donc les mêmes avantages ?

MG : Oui, bah, c'est à domicile, elle fait ça tranquillement. Oui, il y aura de la demande.

IMG : D'accord. Vous y voyez d'autres avantages ?

MG : L'avantage, c'est que c'est un vrai test, si je puis dire, ça permet de trouver des cellules éventuellement anormales dans le liquide qu'on a prélevé... Et si on trouve des cellules, elles vont très bien comprendre qu'après il faut faire un frottis. Là y'a pas de souci, ça va passer tout seul, y'aura la trouille.

IMG : Et qu'est-ce qu'il va faire qu'elles vont plus faire ce test ?

MG : Ah, je pense que c'est le côté pratique, et le côté que ça se fasse chez elle. Il n'y a pas toute la mise en scène du frottis au cabinet.

IMG : Donc le fait de venir au cabinet, c'est aussi une barrière pour les patientes ?

MG : Je crois que toutes... Bon, d'abord, elles me connaissent très bien, je ne crois pas qu'il y ait des problèmes de pudeur ou quoi que ce soit, c'est pas ça que je veux dire. Mais le problème c'est que c'est quand même un geste un peu invasif, quoi. Je me mets à leur place. Et puis je vous dis, quand elles voient qu'on commence à préparer tout, elles se demandent ce qu'on va leur faire. Même si c'est qu'un vulgaire frottis, elles ont un peu la trouille de ce qu'on va leur faire et surtout qu'est ce qu'on va leur dire après, qu'est ce qu'on a trouvé, les résultats.

IMG : Alors vous trouvez cette méthode moins invasive ?

MG : Oui, c'est moins invasif, c'est tout à fait simple comme système... Je ne connaissais pas du tout ça.

IMG : Ca n'est pas encore développé en France.

MG : Mais ça me paraît intéressant.

IMG : Et vous y voyez des inconvénients ?

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

IMG : L'étude a montré un bon taux de réussite. Les résultats sont bons.

MG : Ah bon. Mais il faut quand même qu'elles trouvent leur col, il y a des femmes qui ne savent pas ce que c'est ! Elles vont peut être injecter dans un cul de sac ?

IMG : Euh... En fait, il n'y a pas besoin de trouver le col, il faut juste l'insérer dans le vagin. Ce n'est pas l'analyse des cellules du col qu'on veut, c'est une recherche d'HPV.

MG : Ah, d'accord, donc là, c'est dans tout l'environnement du col.

IMG : Voilà, tout à fait. Donc on n'a pas à avoir cette précision qu'on a quand on réalise un frottis. Si on fait une recherche de cellules anormales avec cette méthode là...

MG : Ca ne marche pas.

IMG : Non, non.

MG : Ca pourrait marcher, mais ça serait un coup de chance. Parce que pour tomber pile dans le col, surtout si il n'est pas droit, s'il est rétroversé... Déjà quand on fait les frottis, on a quelques fois des problèmes techniques, parce que le col n'est pas bien comme on veut...

IMG : Oui, c'est pour ça que c'est utilisé juste pour faire une recherche d'HPV et pas des cellules anormales, ça ça sera le frottis par la suite.

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

IMG : Quelles autres choses vous viennent à l'esprit ?

MG : Bah, déjà, il faut aussi être sûr que c'est la femme qui a fait le frottis ! Ca c'est un problème aussi.

IMG : Vous pensez...

MG : Ah, je pense... J'ai tout vu moi... Je m'occupe des permis de conduire, j'ai vu des gars qui faisaient faire les prises de sang par un copain et qui changeaient la photo sur les dossiers, moi je l'ai vu.

IMG : Vous pensez que ça peut arriver pour le frottis ?

MG : Ah, ça sera rare, mais ça peut arriver ! Si on utilise le verbe pouvoir, je dis oui, parce que il y en aura bien une un jour qui va tricher, qui va le faire faire par une autre dont elle sait qu'elle n'a rien. Comme ça « j'ai rien non plus », mais en fait c'est pas elle... Elle veut pas savoir, ça ça peut arriver... A mon avis, ça sera infime, mais ça il faut y penser. Sinon, je trouve que c'est une bonne idée, très positif. Dépistage très intéressant. Je pense que vous aurez un écho favorable des patients. Je vois le succès du test colorectal, c'est invraisemblable ! Je suis à ma quatrième boîte, elle est vide ! J'en ai plu, j'ai ai jamais, j'attends le prochain...

IMG : Et comment vous expliquez ça ?

MG : Bah, parce que ça se dit, ils en parlent entre eux, « T'as fait le test ? »

IMG : Donc si on fait des campagnes ?

MG : Oui, ça aura un effet boule de neige. Oui, c'est sûr...

IMG : Malgré la barrière que vous disiez tout à l'heure ?

MG : Oui, je crois. Parce que l'argument clé là dedans, c'est la confidentialité. La personne, elle fait son test dans son coin, elle n'a pas besoin d'aller voir le gynéco, de venir me voir. Donc dans un premier temps c'est bien. Et puis si il n'y a rien à ce truc là, bah elle ne fera pas de frottis, ça c'est sûr.

IMG : Donc pour vous la confidentialité, ça permet de lever la barrière que vous disiez tout à l'heure, le fait que ça touche à la gynéco ?

MG : Bah c'est un peu la mise en scène qui les gêne, c'est pas tellement le fait de se retrouver sur la table d'examen. Ils ont peur de ce qu'on va leur faire... Ils voient qu'on sort un champ troué, des pinces... Donc ça les embête. Même si elles ont accouché, il y a toujours une appréhension, elles se demandent ce qu'on va leur faire. C'est une mise en scène, on se lave les mains, on met des gants, machin...

IMG : D'accord.

MG : Alors que là, elle est dans son coin, tranquille. Elle prend son truc, elle injecte, elle retire, elle met dans le tube. Simple ! Et puis, après, en deuxième rideau, si on lui dit qu'on a trouvé des trucs, bah là, elle le fera le frottis, là je crois qu'elle ira tout courant.

IMG : Oui, dans l'étude ça a été montré.

MG : Oui, ça m'étonnerai que ça soit positif et qu'il y en ait qui ne veulent pas faire le frottis derrière. Parce que ça, ils ont peur quand même, le cancer c'est toujours un truc qui fait peur.

IMG : D'accord. Et bien, merci beaucoup.

ANNEXE 3 : TRANSCRIPTION ENTRETIEN MG9

Contexte de l'entretien : L'entretien se déroule le 14/10/2011. MG9 est un homme d'une cinquantaine d'années qui exerce seul, en ville urbaine isolée.

J'ai rendez-vous à 16h30 avec le médecin. Quand j'arrive dans la salle d'attente, 3 personnes attendent également. Je me présente auprès du médecin, et il me dit qu'il va prendre les 3 personnes qui attendent depuis 40 minutes (la consultation libre devait commencer à 17 heures) avant l'entretien, afin d'être plus disponible et au calme. L'entretien se déroule dans une atmosphère très détendue, il dure 20 minutes et 14 secondes.

IMG : Donc voilà, d'abord j'aurais voulu savoir un petit peu votre recrutement ici, la population que vous avez ici en soins primaires.

MG : On a de tout hein, on a essentiellement une population active si tu veux, on a des jeunes mais on a des gens qui sont plus âgées. Des personnes âgées on n'en a pas beaucoup entre 10 à 20%.

IMG : D'accord.

MG : D'accord des gens très âgées, de plus de 75 ans.

Le téléphone sonne... La conversation dure 30 secondes.

MG : Donc si tu veux on a une population euh oui qu'on peut toucher, notamment les jeunes filles qui débutent la pilule, on insiste bien, c'est une population, c'est pas celle qu'on a le plus de mal à discipliner. Celles qui ont le plus de mal à être discipliner pour les frottis, c'est la génération qui a entre disons 40 et 60 ans parce qu'elles ont pas eu l'habitude euh... C'est pas rentré dans leur tête encore, d'accord ? Et puis bon euh... faut dire aussi... Bah moi j'agis toujours comme ça : chez les jeunes j'exige un frottis, hein d'accord, dans les deux ans qui suivent si tu veux euh... parce que bon en plus elles commencent tôt, à 15 ans quelque fois elles prennent la pilule, elles ont un rapport sexuel sans... bon c'est normal mais je veux dire on leur dit : « tant que tu m'as pas ramené ça euh... tu l'auras plus ». C'est pas « tu l'auras plus », « je te le donnerais pour un mois et après tu te démerdes, tu me ramènes un résultat. Si tu veux pas voir ma tronche, tu peux aller voir quelqu'un d'autre, tu vas voir une gynéco, je peux comprendre que étant donné que je suis un homme ça peut être un obstacle donc si t'es plus à l'aise avec une femme, tu te démerdes, tu vas voir une femme ». Donc des fois elles mettent six mois pour prendre leur rendez-vous, ou alors neuf mois hein d'accord, mais on exige d'avoir ce papier, d'accord ? Donc il y en a encore quelques une qui nous échappent mais comme c'est marqué dans l'ordinateur donc quand tu regardes de temps en temps, tu dis : « ah, là ma grande ça fait deux ans que t'as pas fait ton frottis donc tu te démerdes ». On agit comme ça.

IMG : D'accord.

MG : Pour les autres, c'est beaucoup plus difficile à aborder d'abord parce qu'elles en parlent moins, la tranche de 40 à 60 ans elles en parlent moins quand même et euh faut leur rappeler de temps en temps bon entre temps il y en a certaines en plus qui ont eu une pathologie, qui ont été opérées donc qui n'ont plus besoin de faire de frottis... euh, c'est pas toujours évident, d'accord. Pour les personnes âgées, bon là, elles le font plus hein, après 75 ans, plus rien hein.

IMG : À partir de quel âge pour vous elles ne le font plus ?

MG : Ben là il y a des gens qui tu vois... Cette dame là, Madame... la dame, enfin je cite pas le nom, la dame qui est sortie là, elle me dit : « ben moi j'en fais plus » parce qu'elle a été opérée effectivement. Elle a eu une hystérectomie donc c'est tout, d'accord. Donc euh... Par contre sa fille, oui, j'exige euh... parce que euh... en école de commerce, elle va à Barcelone bon tu vois je lui dis : « fais pas de folie de ton corps, d'accord c'est bon donc c'est bien mais euh rapport protégé et tout le bazar ». Et elles sont sous pilule et elles ramènent... Elles sont relativement disciplinées puisque maman étant infirmière elle insiste d'accord.

IMG : Donc elle le fait...

MG : Donc quand il y a une profession qui est avertie dirons nous, ça se passe mieux.

IMG : Et les professions « averties » c'est quoi à peu près pour vous ?

MG : C'est ceux qui travaillent dans le milieu hospitalier hein, ah ouais. Là elles font gaffe. Celles là elles font gaffe.

IMG : Clairement, pour vous, celles là il n'y a pas de problème pour les convaincre de le faire.

MG : Non non, pourquoi, parce que les parents ont le même discours que moi, d'accord. tandis que les autres, euh... les générations qui n'ont pas eu l'habitude de consulter euh... on a du mal à obtenir ce qui fait qu'il y a des gens qui par exemple tu insistes... Il y en a même eu une fois qui euh... qui a changé de toubib au bout de 9 ans elle avait pas fait de frottis, d'accord. J'ai dit : « non madame » et puis elle voulait encore continuer à prendre la pilule. C'était à l'époque où elle pouvait encore continuer à prendre la pilule, elle était pas en ménopause ben... elle est partie hein, d'accord, virée ! Moi tu me ramènes pas un résultat de frottis, 9 ans sans faire de frottis tu te fous de ma gueule ! Donc c'est tout dégage !

IMG : D'accord.

MG : Elle est dégagée.

IMG : Pourquoi elle voulait pas faire de frottis pour vous ?

MG : Parce que... Parce que c'était un geste pour elle qui était... Elle était peut être très pudique ou elle avait pas eu l'habitude de ça donc et puis euh elle pense que ça leur fait mal donc voilà c'est tout. C'est vrai que la pose de spéculum est un obstacle aussi, d'accord, bon euh... Si tu veux... Et quelques fois les hommes sont plus doux que les femmes d'accord ?

IMG : Oui, oui.

MG : (Rires). Mais nous on essaye d'insister lourdement. Moi j'ai pas beaucoup de recrutement parce que je suis un homme, je pense que c'est un obstacle si tu veux, mais il y en a qui viennent le faire ici, elles savent très bien qu'elles peuvent le faire ici.

IMG : D'accord.

MG : Mais je leur laisse toujours le choix.

IMG : Et vous, vous en faites des frottis ?

MG : Oui.

IMG : D'accord. Régulièrement ?

MG : Ah oui, oui oui. Mais pas beaucoup dans l'année. Tu sais si j'en ai une dizaine dans l'année c'est ... c'est vraiment Byzance quoi, parce que je... elles préfèrent aller voir une femme là dessus, une gynéco ou aller carrément à l'hôpital faire leur frottis, chose que comprennent pas trop bien les gynéco obstétriciens parce que euh, ils disent ici il y a une bonne équipe avec Monsieur XX Monsieur XX qui a pris sa retraite récemment, Monsieur euh... comment il s'appelle... je sais plus, un gars... Donc ils sont déjà trois temps plein et ils disent euh... « on est déjà débordé avec l'obstétrique donc euh... si c'est... théoriquement c'est à vous à les faire », d'accord, tu vois ? Bon donc on a une euh... Et on a une occasion aussi de... Mais là ici faudrait avoir du matériel de laboratoire. On fait les frottis encore sur les lames normales. C'est à dire qu'on a appris à les faire avec des brush d'accord, en phase liquide, mais il faudrait demander le matériel au laboratoire. Or, les laboratoires avec lesquels on travaille nous ne nous équiperont pas, d'accord. Donc si tu veux on a un problème là-dessus mais on fait avec... (*mot que je ne comprends pas*) il n'y a pas de problème. Mais on arrive à les faire sans problème, OK.

IMG : Donc du coup, il n'y a jamais de test HPV demandé ou alors vous les revoyez si le frottis revient ASCUS ?

MG : Non non, on ne demande pas systématiquement, non, d'accord.

IMG : D'accord. Et si le frottis revient « ASCUS », du coup, vous... Comment vous faites ?

MG : Et bien si beh là oui on le demande oui, il y a pas de problème. Pas systématiquement tu sais.

IMG : D'accord.

MG : C'est plus facile je pense en phase liquide hein, d'analyser ça et de demander...

IMG : En fait quand il y a un frottis ASCUS, le laboratoire fait systématiquement la recherche d'HPV, mais uniquement sur un frottis en phase liquide, on ne peut pas le faire sur un frottis sur lame.

MG : Voilà, tout à fait, c'est bien ce qu'il me semblait.

IMG : D'accord.

MG : On est au courant. On s'est même formé sur un mannequin qui s'appelle « Valentine » tu vois, pour pouvoir apprendre à faire des frottis. Une gynéco de XX qui est Madame XX qui avait organisé deux jours une formation là dessus et pour apprendre à poser des... merde, aide moi !

IMG : Des stérilets.

MG : Des stérilets, oui, voilà hein d'accord.

IMG : D'accord. Donc du coup avant la formation, est-ce que vous en faisiez moins que maintenant ?

MG : Euh... J'en fais plus maintenant.

IMG : Grâce à la formation ?

MG : Je pense, oui quand même, oui tout à fait.

IMG : Parce qu'avant vous étiez moins à l'aise ?

MG : Plus réticent peut être, moins... Hésitant, jeune médecin euh... si tu veux, ça pose un problème quoi, une barrière vis à vis des femmes il y a une barrière oui, si tu veux, elles sont encore un peu pudiques ici au niveau du village tu sais. Les anciennes par contre il nous arrivait aussi dans le temps de poser des pessaires tu vois, chose que tu ne vois plus, on n'utilise plus ce genre de truc parce qu'on les envoie un peu avant maintenant. Mais il y des gens qui euh... qui parlaient pas euh... de leur prolapsus hein d'accord, donc ils se baladaient avec leur utérus entre les jambes donc euh... Un stade 4 donc t'es bien obligé de mettre un pessaire quoi tu vois. Non non c'est euh...

IMG : Et c'est juste parce que vous étiez un homme pour vous et juste parce que vous étiez jeune qu'elles ne venaient pas vous voir ?

MG : Tout à fait, tout à fait !

IMG : Il n'y avait pas d'autres raisons ?

MG : Non non non non, il y a une certaine pudeur hein. Non non, t'es au village ici hein. C'est un milieu assez, comment je vais dire... J'a démarré il y a 25 ans et donc si tu veux euh... c'est un milieu assez paysant euh assez... agriculteur donc il ne sont pas beaucoup dans...

IMG : On ne parle pas beaucoup de ses problèmes ?

MG : Voilà, tout à fait.

IMG : Mais on n'en parle pas à vous ou on n'en parle pas en général ?

MG : On n'en parle pas en général.

IMG : En gros, vos patientes qui ne faisaient pas de frottis n'allaient pas voir un gynécologue, ou un confrère femme ?

MG : Tout à fait. D'accord ? Donc c'est ça, c'est ça.

IMG : Et comment vous arriviez vous du coup à les convaincre ?

MG : Et bien en leur donnant de l'information donc on leur donnait de l'information par affiche, ou en essayer de leur donner... Ben en leur disant que c'était important de le faire quoi, d'accord. Donc en donnant l'information verbalement quoi quand même, non non il n'y a pas de problème.

IMG : Et vous vous étiez convaincu de l'utilité de faire un frottis ?

MG : Tout à fait, tout à fait ! Il y a pas de problème. C'est un des critères chez une femme, de même que la pilule euh... certaines pilules font monter le cholestérol. Donc le

cholestérol elles ont le droit à une prise de sang une fois par an, le frottis, tous les deux ans, pas de problème, d'accord ? Moi je vois donc c'est tout hein...

IMG : Vous pistez ça sur votre ordinateur et quand c'est pas fait, elles le savent, que vous êtes un petit peu intransigeant.

MG : Mais nous ne sommes informatisés que depuis 1999 donc euh avant... Mais ça fait quand même 10 ans, 11 ans, 12 ans donc c'est pas mal, non non, il n'y a pas de problème.

IMG : D'accord, parfait.

MG : C'est comme ça qu'il faut faire, euh... enfin je pense qu'il faut insister quoi là-dessus parce que c'est de la prévention tu vois c'est pareil, en ce qui concerne la prévention du cancer du sein c'est pareil tu vois. Il y a un réseau que le CDN surveille et euh, j'ai 54 personnes, je fais la chasse aux tototes en ce moment d'accord, tu vois, comme j'dis.

(Rires)

MG : Donc j'ai 54 personnes qui ont échappé tu vois ? Je leur dis : « attends, ma grande, qu'est-ce que t'as foutu de ta feuille ? Tu l'as foutue à la poubelle ma grande ? Et ben tu vas y passer. Si tu me montres pas tes nénéés, j'aurais au moins le plaisir de les voir sur le négato, putain tu me fais pas chier. Regarde, je te mens pas, j'ai une liste...

IMG : D'accord, donc en fait vous les pistez carrément.

MG : Ah ouais ouais ouais, ici c'est comme ça que ça marche. Je dis : « Attends, ma grande, comment tu t'appelles toi ? » Vas-y regarde ça. Alors c'est bien qu'ils m'aient envoyé ça regarde ça ! Tu vois pas toutes celles qui ont échappé ? Alors là je les rattrape ! 54 ? Et ben les 54 elles vont y passer !

IMG : Mais pour le frottis, il n'y a pas ça.

MG : Il n'y a pas ça, il y a pas encore ce dépistage...

IMG : Et qu'est-ce que vous penseriez d'un dépistage un petit peu organisé comme ça pour le frottis, comme pour le cancer du sein ?

MG : Et ben je crois que euh... oui, ça peut être bien, est-ce que les gens vont adhérer euh... C'est plus difficile à obtenir.

IMG : Pourquoi vous pensez ?

MG : Parce que ça touche à l'intimité. Et puis elles sont pudiques quand même hein. Même les jeunes. Et puis les jeunes, tu leur dis que c'est une discipline. Il faut que vous sachiez que vous aurez un frottis à faire tous les deux ans, il y a pas à chier donc tous les deux ou trois ans s'il y a rien donc et donc faut leur expliquer, leur rabacher, insister si tu veux d'accord, pour pouvoir... De façon à ce que ça devienne une discipline chez elle d'accord ? Donc la génération actuelle, puisqu'en plus elles ont entendu parlé avec l'histoire de la vaccination par le gardasil® ou le cervarix® si tu veux, donc elles sont au courant, elles peuvent pas dire qu'elles sont pas au courant de tout ça. Donc elles ont eu l'information, on diffuse des plaquettes, on leur dit : « voilà tu réfléchis à ça », la maman est là généralement quelque fois euh parce

que si tu veux on diffuse des plaquettes concernant la vaccination donc elles en parlent, c'est devenu mois, avec les jeunes générations, moins tabou, si tu veux, d'accord, alors qu'avec les anciennes générations, c'est des choses dont on ne parlait pas en famille si tu veux, d'accord. C'était quelque chose qui était tabou et un peu secret donc ça on a du mal à le lever, mais on y arrive. A force de donner l'information on y arrive.

IMG : Donc en fait c'est par persévérance.

MG : Tout à fait.

IMG : A chaque fois qu'elles viennent vous voir...

MG : On est plus têtu qu'eux, d'accord.

IMG : Vous rabâchez, et votre ordinateur vous le donne aussi...

MG : Tout à fait. Je lui dis voilà, donc tu... Et il m'est déjà arrivé de prescrire une pilule un mois en disant : « Là ça fait 9 mois que je te coure après, donc là tu te fous de ma gueule ! »

IMG : OK donc en fait les jeunes vous les rattrapez avec la pilule.

MG : Voilà, tout à fait.

IMG : Les femmes qui ont un stérilet par exemple comment vous faites ? Vous les voyez de temps en temps quand même, comment ça se passe ?

MG : Je leur demande qu'un stérilet ça se vérifie tous les 6 mois théoriquement, savoir s'il est en place ou pas si tu veux et puis visionner au niveau du col donc euh non elles le font régulièrement quelques fois elles reconsultent en gynéco d'accord, donc il y a pas de problème.

IMG : Pour les patientes plus âgées, comment vous faites pour les inciter ?

MG : C'est plus difficile. Euh... A partir de 50 ans, c'est plus difficile à obtenir hein d'accord parce que je te dis, elles ont pas eu l'habitude de ça. C'est la tranche d'âge...

IMG : Pour vous c'est vraiment l'habitude qui fait qu'elles ne viennent pas et qu'elles ne demandent pas quoi.

MG : Tout à fait. Ca doit être une discipline et elles le font pas tout le temps quoi d'accord, de même que, à partir de 50 ans, il faut demander un dosage de prostate hein d'accord. Et c'est pareil. Alors quand tu as un doute et que tu les envoies faire une écho tu leur expliques surtout pas comment se fait l'écho.

IMG : D'accord.

Mg : C'est au radiologue à expliquer d'accord. Qu'il va aller mettre un préservatif et passer en endorectal, sinon les mecs (pfiout), ils iront pas. Donc j'explique plus maintenant. Pourtant je suis bavard hein, j'ai l'habitude d'expliquer. Là, là-dessus, je me suis fait avoir une ou deux fois, le mec il a refusé d'aller faire l'écho donc c'est pareil, d'accord.

IMG : D'accord.

MG : Après tout, le radiologue, il a une langue et il parle hein d'accord. Au pire il lui explique : « Monsieur, ça va se passer comme ça c'est tout ! » C'est pas la mer à boire, c'est pas un examen envahissant quand même ! C'est pas comme si tu faisais une piqûre avec une pose de perfusion et tout le bazar tu vois ? Il se démerde !

IMG : Vous ne dites plus rien, vous les laissez aller.

MG : Je leur dis : « voilà, ton résultat n'est pas bon, tu vas aller faire une écho ».

IMG : Mais vos patientes elles savent quand même comment ça se fait un frottis ? Les jeunes, vous dites qu'elles le savent...

MG : Oui, non non elles le savent.

IMG : Les plus âgées, est-ce que pour vous elles savent comment on fait un frottis ?

MG : Ah oui je pense quand même, ah oui si si si si. Parce que généralement elles ont accouché quand même, elles ont eu des enfants donc elles savent très bien comment ça se passe, non il n'y a pas de problème.

MG : Et quand vous leur proposez le frottis, quand vous leur dites que c'est vous qui pouvez le faire, comment elles réagissent ?

IMG : J'attends la réponse et je leur dis, moi je leur laisse toujours le choix. Je leur dis : « si vous êtes plus à l'aise avec une femme, vous allez voir une femme d'accord ». Mais moi j'ai donné l'information d'accord. Moi je donne l'information d'accord et elles choisissent. Je vais te dire, il y a des jeunes qui viennent me voir d'abord, il n'y a pas de problème, donc il n'y a pas de problème là-dessus. D'accord.

IMG : Et sur les 10 frottis par an que vous faites, combien de jeunes ?

MG : J'ai plus de jeunes. La tranche qui bute, je te dis, c'est celle au delà de 50 ans hein.

IMG : D'accord.

MG : Non non, c'est celle là. De même qu'on insiste également et même chez les jeunes, on distribue les papiers euh pour faire un palper mammaire d'accord. On leur dit euh... Je suis tombé sur une jeune, ça faisait deux ans qu'elle prenait la pilule, jamais elle avait regardé donc euh on lui a dit : « ben je vais te donner un truc » donc on fait des... tu vois on a des papiers à distribuer qui nous permet de donner l'information, d'accord ? Donc ça aussi hein. Et en insistant beaucoup puisque on trouve des trucs quelquefois même des fibroadénomes chez des jeunes d'accord. Donc savoir si faut aller faire une ponction, à l'écho on voit tout de suite si c'est liquidien ou pas, s'il faut aller faire une ponction, il faut y aller quoi, d'accord ?

IMG : D'accord.

MG : Donc on leur demande de faire ça aussi. Voilà, une fois par mois devant la glace, assise, position couchée, position assise, d'accord. Parce qu'on leur explique qu'on peut dégager quelque chose au niveau du pectoral, donc c'est tout. D'accord tu vois ? Donc ça c'est expliqué aussi.

IMG : D'accord.

MG : Pas de problème. Elles comprennent pas toujours hein. Position couchée, la glande s'écrase. Position demi-assise, la glande descend mais tu dégages quelque chose, d'accord. On leur explique pourquoi d'accord. Non non, il y a pas de problème c'est...

IMG : Vous proposez systématiquement...

MG : Pour nous actuellement c'est euh... Notre rôle est quand même assez important au niveau médecine préventive donc de même qu'on insiste beaucoup sur le cancer du colon, c'est pareil hein. Hémocult® à partir de 50 ans, bon ben faut le faire. On a été relancé d'ailleurs. Là dessus on a eu une réunion hein, il y avait 500 médecins généralistes et on nous a demandé de relancer puisque euh... en fait la campagne qui a... C'est une campagne qui a été évaluée sur 2 ans. Et la campagne qui a eu lieu il y a 6 ans avait donné de bons résultats. Les 2 années qui ont suivi, ça a baissé et là c'est catastrophique. Donc je sais pas si c'est... Les chiffres étaient de 24%. Alors qu'ils étaient de 39% la première campagne si tu veux d'accord. Donc là on a réinsisté là dessus, on a redemandé des tests nous parce qu'on avait tendance à laisser le pharmacien les distribuer or, ils n'ont pas obtenu d'accords avec les pharmaciens puisqu'ils demandaient à être rémunérés, donc ils nous ont bien insisté pour que euh... Donc tu peux demander des test à n'importe quel moment. Maintenant avec internet, tu demandes des tests, tu demandes des hémocult® et hop dans les 2 jours qui suivent tu reçois 50 tests hein, il y a pas de problèmes. Donc c'est nous qui les distribuons et on insiste beaucoup... J'attends la liste tu vois de ceux qui ont échappé toujours pareil et ceux qui ont foutu le papier à la poubelle hein. Il faut insister là dessus, pas de problème.

IMG : D'accord. Et l'hémocult® pour vous, ils le font les gens en général, quand ça arrive chez eux ?

MG : Ah oui oui oui. Ca les embête mais parce que... Mais ils le font. A partir du moment où tu leur as expliqué ils le font.

IMG : Parce que justement en fait là, on un espèce de nouveau système pour le frottis cervico vaginal. On appelle ça « l'auto-frottis » en fait c'est un auto-prélèvement vaginal.

MG : Ouais. Alors ça marche comment ?

IMG : Alors c'est nouveau. Ca a déjà été testé en Hollande sur les femmes qui n'avaient pas été dépistées pour le frottis, celles qui avaient échappé au dépistage par frottis cervico vaginal.

MG : Ouais.

IMG : Elles recevaient ce dispositif dans une boîte avec un pot à ECBU à côté, dans leur boîte aux lettres, avec une notice explicative. Le principe c'est qu'on insère ce bout là au niveau du vagin, on pousse le bouton poussoir, il y a un liquide qui sort et en lâchant le bouton, le liquide est ré-aspiré dans l'embout.

MG : D'accord.

IMG : Le liquide, on le met dans le pot à ECBU, on ferme, on met son nom et on renvoie par la poste. On ne passe pas par le médecin, ni par le pharmacien, ni par le laboratoire. C'est un principe de dépistage sur le test HPV.

MG : Ah oui, d'accord.

IMG : Ce n'est pas un « vrai » frottis...

MG : En phase liquide, oui...

IMG : Oui voilà, on détecte l'HPV au niveau du vagin. En fait on sait que 99.9% des cancers du col sont dus à l'HPV.

MG : Ouais.

IMG : Donc on détecte l'HPV. Une fois qu'on a les résultats de l'HPV, celles qui sont HPV positives sont rappelées et invitées à aller voir le médecin pour faire un « vrai » frottis cytologique.

MG : Bien sûr, oui, d'accord.

IMG : Donc je ne sais pas ce que vous pensez de cette technique ?

MG : Non, c'est bien. Vous allez éviter... Puisqu'elles peuvent le faire chez elle, ça évite à mon avis l'obstacle... Donc en plus ça peut détecter l'HPV donc euh... non non, très bien, très très bien.

IMG : Donc d'après les études, ce test est bien sensible, très sensible, un petit peu moins spécifique que le frottis cytologique parce que ça détecte beaucoup plus d'HPV positif alors que le frottis derrière est normal.

MG : Oui d'accord, OK. Oui oui d'accord, OK.

IMG : Le coût en fait serait équivalent à un coût de frottis classique. La technique est plus chère à la base, mais les recommandations c'est de le faire tous les 5 ans au lieu de tous les 3 ans pour un frottis cytologique.

MG : D'accord.

IMG : Donc au bout de la chaîne, le coût serait semblable.

MG : D'accord, OK très bien.

IMG : Donc pour vous, en fait, les femmes, si elles reçoivent ça par la poste...

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

IMG : Est-ce que vous voyez des inconvénients à cette technique ?

MG : Aucune.

IMG : Aucune ?

MG : Ah ouais, non non, c'est très bien.

IMG : Alors c'est pas encore sur le marché en France en fait...

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

IMG : D'accord. Et le type d'avantage, c'est premièrement d'échapper aux obstacles de la pudeur...

MG : Voilà, tout à fait.

IMG : Voyez vous d'autres avantages à cette technique ?

MG : Non, non, je pense que c'est essentiellement ça, à mon avis hein.

IMG : Est-ce que vous pensez éventuellement que certains médecins qui n'aiment pas faire de frottis ou qui ne savent pas en faire pourraient se servir de cette technique là pour...

MG : Ah oui, pourraient conseiller cette technique ah oui, tout à fait, pas de problème.

IMG : Pour ne pas faire les frottis eux mêmes mais faire un frottis juste si...

MG : Bien sûr, bien sûr, non non non non, je pense que euh... Non non, pour avoir une détection au niveau de l'HPV... Non, je pense que les mecs feront pas de tort à ça hein... A mon avis hein, non non, pas de tout. On est euh... on est dans la prévention de toutes façons donc euh... Donc il y a aucun problème là dessus hein. Non non non, pour nous c'est important hein ah ouais, non non...

IMG : OK. Merci beaucoup de votre temps pour répondre à mes questions !

MG : De rien, merci à vous.

ANNEXE 4 : TRANSCRIPTION ENTRETIEN MG12

Contexte de l'entretien : L'entretien a eu lieu le 30/11/2011. MG12 m'a reçu dans son cabinet. MG12 est une femme d'une quarantaine d'années, qui exerce en cabinet de groupes, en milieu semi-rural. Le climat de l'entretien était détendu. L'entretien a duré 28min40.

IMG : Alors, est-ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu la population ici que vous rencontrez au cabinet ?

MG : La population... Bah moi j'ai une clientèle assez jeune donc ou des jeunes mamans ou des femmes entre, je dirais, j'ai des jeunes femmes de 18 à ... le gros de ma clientèle, 18-50 ans je dirais.

IMG : D'accord. Et le milieu social, c'est plutôt ... ?

MG : Très défavorisé.

IMG : Très défavorisé ?

MG : Oui.

IMG : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre pratique du frottis cervico-utérin de dépistage ?

MG : Bah je propose euh...assez systématiquement aux dames parce qu'ici elles veulent pas trop aller chez le gynéco. Donc euh... quand elles veulent bien faire un frottis, ben je leur propose... et puis, bon souvent on en discute et puis elles réfléchissent, elles reviennent dans un second temps. Bon c'est plus facile pour elles je pense de venir au cabinet que de prendre un rendez-vous chez le gynéco. Voilà. Donc c'est souvent.... Bon quand c'est des jeunes mamans encore elles vont facilement à la maternité chez le gynéco. Bon c'est surtout après quoi finalement, quand elles ont eu leurs enfants, c'est plus ... les frottis que je fais c'est plutôt dans ... chez les jeunes femmes j'dirais entre 30 et 50 ans.

IMG : D'accord.

MG : Mais bon moi je travaille beaucoup je veux dire en parallèle avec le gynéco quand même euh... Bon je fais les frottis mais j'essaye quand même de les envoyer régulièrement chez le gynéco. Bon moi je fais les frottis, j'les envoie faire des échos pelviennes éventuellement, mammographies de dépistage... Bon j'essaye toujours plus ou moins de travailler avec le gynéco. De toute façon dès que j'ai un petit souci euh au frottis bah forcément je les envoie au gynéco.

IMG : D'accord. Quand vous récupérez un résultat de frottis anormal...

MG : Ah oui, oui...

IMG : ... c'est votre attitude ?

MG : Ah oui, oui...

IMG : D'accord. Ça ne pose pas de souci particulier ?

MG : Non, non, du tout.

IMG : D'accord. Donc là c'est un geste que vous pratiquez très régulièrement le frottis ?

MG : J'en fais euh...sept-huit par mois je dirais... à peu près...

IMG : D'accord. Le geste en lui-même est-ce qu'il vous pose des difficultés ?

MG : Non. J'ai fait beaucoup de stages en maternité donc euh...non.

IMG : D'accord. Donc vous diriez que votre formation initiale a été suffisante pour pratiquer ce type de geste ?

MG : Bah j'ai travaillé beaucoup en maternité donc euh... j'en avais fait beaucoup donc euh... voilà. Donc ma formation à moi était suffisante, maintenant je pense que dans les études, forcément les stages sont orientés par ce qu'on aime bien donc en général, il y a des gens qui ne sont pas du tout formés, d'autres qui le sont plus quoi.

IMG : D'accord. Le ou les stages en maternité que vous aviez fait, c'était pas des stages obligatoires ?

MG : Euh, non, non, j'en ai refait en plus après.

IMG : Parce que c'était quelque chose qui vous intéressait ?

MG : Oui, bah moi j'aimais bien tout ce qui était urgences donc j'ai fait essentiellement du SAMU et de la maternité, et en médecine j'ai fait vraiment que les stages obligatoires. Donc j'ai fait que du SAMU, des urgences et de la maternité.

IMG : D'accord. Pour revenir à vos patientes, vous diriez que pour la majorité, le frottis est effectué par vous ou alors par un gynécologue ?

MG : Bah quand elles peuvent aller, quand elles vont chez le gynéco, c'est le gynéco qui les fait. Maintenant les frottis que je fais, c'est les femmes qui ne vont pas chez le gynéco.

IMG : D'accord.

MG : Qui n'ont pas de consultation chez le gynéco. Déjà parce que par ici c'est difficile de les envoyer chez le spécialiste et puis euh...

IMG : Pour quelles raisons c'est difficile ?

MG : Oh bah parce qu'elles ont une appréhension d'aller chez le gynécologue.

IMG : Elles vous disent pourquoi ?

MG : Bah déjà les délais de rendez-vous ici on est à sept, huit, neuf mois. Ici les gynécos font essentiellement de l'obstétrique donc je pense que ça les enquiquinent aussi un peu de faire de la gynéco méd', donc les dames ne sont pas toujours très très bien reçues. Et puis faut qu'elles prennent rendez-vous, faut qu'elles y aillent... voilà c'est toujours un petit peu compliqué quoi...

IMG : Le fait que le cabinet soit plus accessible...

MG : Oui, je pense que du coup, là elles viennent, elles prennent un rendez-vous comme elles prennent un rendez-vous habituellement et puis voilà. Bon, à la limite si elles viennent avec leurs enfants, la secrétaire les gardent et puis voilà, c'est surtout aussi ce problème là.

IMG : Donc tout à l'heure vous m'avez dit que vous faites généralement des frottis pour les femmes de 35-50 ans, c'est ça que vous me disiez ?

MG : A peu près oui.

IMG : Grosso modo. Est-ce que ça vous arrive des fois que des femmes euh... refusent de faire ce dépistage quand vous leur proposez ?

MG : Ah oui, oui, oui. Oui bien sûr.

IMG : Qu'est-ce qu'elles avancent comme argument ?

MG : Bah euh... je sais pas... elles veulent pas faire de frottis, la peur du résultat je crois, peur euh... elles ont pas, c'est pas... elles ont pas été habituées étant jeunes à en faire, donc euh... elles veulent pas en faire. Leur mère en a jamais fait donc elles ont... voilà, c'est ...elles ont du mal à ...

IMG : Alors comment vous essayez de les convaincre dans ces cas là ?

MG : Bah, je leur explique un petit peu ben qu'il y en a pour deux minutes, qu'on prend pas beaucoup de leur temps, qu'elles viennent ici comme d'habitude, que de temps en temps faut quand même faire un petit contrôle, que si elles le font là elles sont tranquilles au moins deux ans... Et puis, on arrive toujours... En général, on fait un frottis quand il y a un problème quoi, elles vont pas venir spontanément faire un frottis. Non, si elles ont un problème de pilule, un problème de saignement, de douleur ou de mycoses à répétition ou d'infections à répétition... Là elles vont bien vouloir le faire. Si il n'y a pas de souci particulier, elles le font pas

IMG : Donc généralement, vous profitez d'un examen gynécologique pour un autre motif pour faire ...

MG : Pour faire le frottis.

IMG : ... pour faire le frottis ?

MG : Oui.

IMG : D'accord. Et pour les femmes au-delà de 50 ans, après la ménopause, qu'en est-il ?

MG : (*rires*) Grande question ! Euh... soit elles sont suivies par le gynéco parce qu'elles ont un traitement hormonal substitutif donc euh... moi j'aime bien qu'elles soient vu par le gynéco, donc là elles ont quand même un frottis de temps en temps par le gynéco. Les dames qui n'ont pas de traitement hormonal substitutif, on a déjà bien bien du mal à leur faire faire leur mammo donc euh... elles font plus de frottis après.

IMG : Ouais. Vous avez remarqué...

MG : Oui, oui. Dès qu'il n'y a plus d'activité... mais dès qu'elles prennent plus la pilule ou qu'elles n'ont plus de stérilet, donc qu'il n'y a plus de méthode de contraception je dirais, qu'il y a une ménopause, il y a beaucoup moins de suivi hein.

IMG : Oui. D'accord. Et à votre avis pour quelles raisons ?

MG : Bah euh... pffff... Déjà elles ont eu du mal à se faire suivre étant jeunes donc euh...C'est encore un sujet un petit peu tabou euh... bon c'est ... on a déjà du mal à leur faire faire leur mammographie donc euh...Elles en éprouvent pas le besoin quoi, quand elles ont pas de souci particulier. La c'est pareil, j'dirais qu'j'fais les frottis bon quand il y a un problème de sécheresse vaginale, qu'elles n'ont pas de traitement. Bon quand elles sont vraiment très embêtées, qu'elles viennent j'en profite pour faire un frottis, mais sinon on n'arrive pas à leur faire.

IMG : Est-ce que vous pensez que les patientes sont assez informées sur le cancer du col ? C'est vrai qu'il y a beaucoup de campagnes d'affichage pour le cancer du sein...

MG : Bah, j'en discutais encore justement ce matin avec le monsieur qui fait les vaccins pour le cancer du col, c'est un vaccin qui a une image très péjorative au niveau des mamans.

IMG : Ah bon ?

MG : Ah oui, oui. On a beaucoup de mal à faire ce vaccin parce qu'elles se disent voila, elles font le vaccin euh... donc elles vont aller courir dans tous les coins. C'est un vaccin qui a vraiment, vis-à-vis des mamans une connotation très péjorative. On a du mal à le faire faire et euh... du coup euh...j'pense bah tout découle de ça, comme quoi c'est vraiment euh...

IMG : C'est parce que ça touche, c'est un cancer qui touche l'intime ... ?

MG : Oui, parce que c'est en rapport avec les relations sexuelles, avec le sexuel, donc par ici, c'est encore un petit peu tabou quoi. Elles en parlent pas beaucoup hein. D'ailleurs ici on a encore beaucoup de grossesses chez des très très jeunes filles hein. Il y a pas mal de grossesses à 14-15 ans. J'en vois j'dirais au moins une par mois c'est sûr.

IMG : Ouais. D'accord. Et par rapport à vos collègues médecins généralistes, est-ce que vous savez si il y en a beaucoup qui font des frottis ? Parce qu'on sait que la grande majorité des frottis sont faits par le gynécologue hein...

MG : Hum, hum... Non, ils en font pas beaucoup. En plus les dames quand c'est un médecin homme, c'est encore moins facile...

IMG : ça elles vous l'ont déjà dit ?

MG : Ah oui, oui. Mais de toute façon enfin... mes collègues, enfin nous ici on tourne... enfin tout le monde, on tourne beaucoup mais euh... quand une femme, un médecin homme, qu'elle a un problème gynéco, elle vient voir un médecin femme.

IMG : D'accord. Et à votre avis pour quelles raisons les médecins généralistes en général, même qu'ils soient femmes ou hommes, font très peu de frottis ? On sait que 4% des frottis sont faits en médecine générale...

MG : Bah parce que ça prend du temps, un petit peu plus de temps, parce que bah il faut avoir un bon contact avec la patiente j'pense. Parce que ben c'est toujours pareil moi j'pense qu'il y a le rapport médecin homme/femme, c'est difficile. Bon c'est vrai que

moi, elles parlent facilement de leurs problèmes gynécos, leurs petits soucis j'dirais de tous les jours, qu'elles vont pas faire avec un médecin homme, ça c'est sûr...

IMG : Ouais. Ça, ça joue ?

MG : Ah oui ça joue beaucoup beaucoup hum ouais...je pense...oh oui, oui, ça joue énormément... Autant qu'elles voient un obstétricien homme ça les dérange pas, mais dès que c'est plus grossesse, si c'est pas une femme, elles aiment pas du tout.

IMG : C'est étonnant quand même cette réaction parce que finalement, ça touche le même domaine, mais c'est plus rentré dans les mœurs l'obstétricien...

MG : Ah oui, oui, l'obstétricien oui c'est ... quand elles sont enceintes y pas de problème, on fait tout ce qu'on veut y a pas de souci. Mais dès que c'est en dehors de la grossesse, c'est difficile, c'est difficile. Même les, enfin je vois les dépistages des cancers du sein, pourtant elles reçoivent les convocations chez elles, c'est difficile hein...

IMG : C'est pas encore rentré dans les mœurs...

MG : Oh non pas du tout

IMG : ... le dépistage.

MG : Non, non, c'est difficile encore.

IMG : D'accord. Par rapport aux autres dépistages, le cancer du côlon...

MG : Bah c'est pas très bon non plus. Là je viens d'avoir les résultats, on a eu les résultats là du... la première année ça n'avait pas trop mal marché, là ils ont renvoyé, c'est une catastrophe.

IMG : D'accord. Donc c'est un peu globalement...

MG : Oui non j'pense que c'est...C'est pareil, là c'est un dépistage de sang dans les selles donc c'est particulier aussi. C'est vrai que tous ces dépistages là c'est quand même particulier donc euh...forcément les gens euh...sont un petit peu rebutés quoi.

IMG : Bon. Bah je vais vous montrer du coup cette nouvelle

MG : Non, mais c'est vrai que moi j'ai de la chance de travailler avec les gynécos donc quand j'ai un souci particulier, je les appelle et puis voilà quoi...

IMG : Oui, le lien se fait assez facilement...

MG : Oui, je téléphone et puis voilà.

IMG : ... avec le spécialiste. Donc voilà sous quelle forme ça se présente. Donc il s'agit d'un autoprélèvement. Donc c'est bien sûr adressé aux femmes, c'est un prélèvement qu'elles peuvent se faire seules. En fait, comment ça se passe : à l'intérieur de cet embout ici, il y a un liquide pré-rempli...

MG : Oui.

IMG : Et en fait, il faut insérer cet embout comme un tampon dans le vagin. Ensuite, elles appuient sur le petit bouton qui est ici, ça libère le liquide et ensuite elles ré-aspirent le liquide. Ça fait un espèce de lavage au niveau du col...

MG : (*rires*) Non, je rigole parce que, j'avais vous dire quelque chose : déjà ici pour leur faire mettre des tampons quand elles ont leurs règles, c'est non (*rires*). Donc euh, à mon avis, ça me semble un petit peu...

IMG : Et pourquoi c'est non ?

MG : Parce que elles arrivent pas à les mettre, parce que ça leur fait mal, parce qu'elles ont pas été habituées quoi.

IMG : Parce qu'elles savent pas où les mettre, comment les mettre ?

MG : Déjà mettre une ovule c'est déjà compliqué donc euh ... Bah c'est ... faut voir que j'dirais dans les campagnes, c'est encore un petit peu compliqué quoi... donc euh... Bon pour nous ça semble évident et simple...

IMG : Bien sûr. Non c'est un petit peu le but de notre travail, de voir un petit peu par rapport aux patientes...

MG : Je pense euh oui, quand on est nous euh... on se dit c'est pas possible, mais quand on travaille en médecine générale un petit peu comme ça en semi-rural, il y a des choses vous dites c'est pas vrai quoi ! Oui, c'est très très compliqué...

IMG : Oui. Donc je vous explique quand même la fin... donc le liquide revient dans l'embout et après, il faut mettre ce liquide dans un petit pot, style un pot à urine, refermer et envoyer au laboratoire. Et en fait le test n'est pas basé sur la cytologie comme pour le frottis mais sur la recherche de l'HPV, qui est seul vecteur du cancer du col. Et ensuite, si le test HPV revient positif, les femmes sont invitées à retourner voir leur médecin pour là, faire un frottis...

MG : Oui, faire un frottis...

IMG : Voilà. Donc votre première réaction, vous m'avez dit ce sera difficile à faire faire...

MG : Je pense (*rires*) ouais...

IMG : Parce que ? Toujours pareil, ça touche à l'intime...

MG : Ouais ça touche l'intime... Je vous dis déjà pour mettre un ... quand elles viennent et qu'elles doivent faire une analyse d'urines, si elles me disent on a nos règles, bah j'dis mettez un tampon, faites une petite toilette, ça va aller... ah non, non ils mettent pas de tampon... c'est... ouais non c'est toujours un petit peu compliqué quoi... Alors après je sais pas au labo maintenant pendant les grossesses ils font les prélèvements. ...

IMG : Préméva ?

MG : Voilà. Je sais pas du tout comment ça ... si ça fonctionne bien, ça je sais pas trop, mais elles vont au labo le faire donc euh... elles le font pas chez elles...

IMG : Hum, hum... Et là le fait de devoir le faire chez soi, vous pensez que c'est compliqué pour les patientes ?

MG : Oui, j'pense que... enfin je sais pas... c'est... faudrait proposer, faudrait voir...

IMG : D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres inconvénients à ce genre de technique ?

MG : Euh non, non. Non, ben si c'est fiable euh... Le problème c'est que est-ce que ... parce que bon on se dira ça va toujours être plus ou moins bien fait quoi, dans la mesure où elles vont le faire elles-mêmes, est-ce que... je veux dire un résultat négatif ne va pas éliminer complètement un HPV je suppose, donc est-ce que si elles ont que des résultats négatifs ça fait qu'on va les perdre complètement au frottis et puis euh... parce que ce genre de truc va toucher les mêmes femmes à qui on fait des frottis à mon avis, ça va pas toucher d'autres femmes...

IMG : Des femmes qui ne font pas de frottis, ça va pas les intéresser ?

MG : Je pense pas, je pense pas...

IMG : Pas de votre point de vue ?

MG : Enfin, après je me trompe peut-être hein, mais je pense que ça va toucher la même population de femmes à qui on fait des frottis...

IMG : Donc qui sont déjà sensibilisées par le fait qu'il faut ... qu'un dépistage est conseillé régulièrement ...

MG : Ouais, ouais...

IMG : D'accord. Donc ça permettrait pas d'améliorer la couverture de dépistage... ?

MG : Je pense pas. Ou alors après je pense qu'il faudrait faire euh... comment euh... ce qu'il faudrait faire c'est en parler justement quand les femmes sont à la maternité ou quand les femmes sont enceintes. Je pense que là ça pourrait être un moyen, avec les sages-femmes de euh... d'amener ce genre de dépistage pour qu'elles le fassent après, pour les informer euh... Parce que nous finalement quand elles sont enceintes, on les perd un petit peu les dames parce que on les voit plus. Elles vont tous les mois à la maternité, j'dirais que le temps de leur grossesse, on les voit pas beaucoup, sauf pour des choses particulières, mais tout ce qui touche la grossesse, on les voit pas. On les revoit après quand elles ont accouché. Mais bon après quand elles ont accouché euh...leur préoccupation c'est le bébé donc euh...voilà euh...Bon peut-être faire une éducation justement pendant les grossesses, pendant... peut-être justement quand elles font leur test là en laboratoire...

IMG : Préméva, oui... C'est vrai que c'est une dynamique, peut-être ça marche bien ce test Préméva, c'est une dynamique...

MG : Je sais pas du tout ce qu'ils ont comme euh... Parce qu'en fait c'est les gynécos qui les prescrivent... Je sais pas du tout au niveau des labos ce que ça donne : si ils en font beaucoup, si toutes les femmes le font euh...

IMG : Bah je pense qu'ils sont assez contents hein, parce qu'ils ont réussi à inclure 80000 personnes...

MG : Ils sont contents ? Bon là, c'est pareil, j'veux dire ce test là il est fait pour la santé du bébé.

IMG : C'est vrai.

MG : Donc euh...elles y vont ...

IMG : Tout à fait, ouais... C'est vrai que pour soi-même, c'est pas le même euh...

MG : Après je sais pas... Bon j'espère que les générations qui viennent seront plus sensibilisées quoi mais euh... parce qu'elles en parlent plus à l'école, elles sont un petit peu plus informées euh... Mais bon, moi-même je vois quand on fait des instaurations de pilule, c'est pas facile quoi... C'est pas facile à expliquer, c'est pas facile à mettre en route euh... Il y a beaucoup de mamans qui ne sont pas d'accord, donc euh... c'est vrai que c'est pas toujours évident...

IMG : Là ça fait plusieurs fois que vous me parlez des mamans...

MG : Oui.

IMG : ...finalement elles viennent avec les jeunes filles, elles accompagnent ?

MG : Oh oui oui. En général oui, avec les jeunes filles elles viennent. Bah de toute façon vers 16-17 ans, les mamans lâchent pas leur fille (*rires*)...

IMG : D'accord. Et il y a du coup une certaine pression de la part des mamans ?

MG : Familiale, du milieu familial oui c'est sûr, oui, oui... Bon après j'veux dire on les convainc en leur disant ben de toute façon vous savez au planning familial à 15 ans, sans autorisation de personne, elles peuvent avoir la pilule, puis là on leur dit que c'est peut-être quand même mieux que tout le monde adhère, que ça se passe bien, que voilà... donc bon, du coup ça les fait réfléchir un petit peu, finalement elles reviennent après avec leur fille en disant bon ben oui, on va leur faire ... on va prescrire la pilule euh... voilà. Bon après euh... moi c'est pareil, pourtant on leur explique bien la pilule du lendemain et tout ça mais il y a quand même beaucoup de grossesses chez les jeunes filles hein, même qui sont déjà sous pilule.

IMG : D'accord. Et pour les patientes un petit peu plus âgées, après 50 ans, qui ont un peu moins de suivi, qu'est-ce que vous pensez de ce type de technique, par rapport à ces dames là ?

MG : (*soupir*) Oui bah on peut essayer euh...

IMG : Pareil, à votre avis ça sera...

MG : Bah j'vous dis, on a déjà bien du mal à faire faire les mammos euh... alors qu'elles reçoivent le truc chez eux...

IMG : Mais par rapport au frottis, est-ce que vous pensez que ce serait quelque chose de plus acceptable de faire ça, ou c'est vraiment le fait de faire l'examen en général qui est difficile ?

MG : C'est de faire l'examen, non c'est de faire l'examen je pense...

IMG : D'accord, d'accord.

MG : Maintenant je sais pas, ça, ça serait distribué par le médecin, par la pharmacie, par euh... ?

IMG : Pour l'instant en France ça n'existe pas du tout. Ça a été testé aux Pays-Bas, tout à l'heure vous me parliez de la fiabilité du test, la sensibilité est exactement la même que celle du frottis...

MG : D'accord.

IMG : La spécificité est moins bonne puisqu'on va détecter plus d'HPV positifs que de cancers du col, puisque des fois il y a des HPV qui sont présents et qui vont pas entraîné forcément un cancer derrière. Donc voilà un petit peu les résultats de l'étude. Après au niveau de la faisabilité du test, ils ont montré que dans leur groupe de femmes, le test était aussi bien fait par les femmes que si c'était un médecin qui le faisait.

MG : D'accord. Mais de toute façon je pense que le problème est toujours le même : ça fait que bon les femmes d'un milieu socio économique je dirais entre parenthèses normal ça va marcher, les femmes qui ont une éducation, qui travaillent euh... voilà ça va aller. Maintenant toutes les femmes qui sont d'un milieu social très défavorisé, on les ... à mon avis on les touchera pas plus que par le frottis quoi...

IMG : Hum, hum... oui.

MG : On va toucher à mon avis la même population que celle qui touche le frottis.

IMG : Ouais. Donc vraiment le plus gros du problème finalement c'est les femmes d'un milieu socio économique difficile ?

MG : Oui.

IMG : C'est pas dans les habitudes, dans les mœurs ?

MG : C'est pas dans leurs habitudes ... c'est ... c'est toujours un petit peu compliqué...

IMG : Oui. Bon, bah je pense qu'on va s'arrêter là...

MG : Bon.

AUTEUR : SQUIMBRE Charlotte

Date de Soutenance : 12 juin 2012

Titre de la thèse : Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Thèse, Médecine, Lille

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : Obstacles, frottis cervico-utérin, médecine générale, modèle de Fishbein-Ajzen, prédiction comportementale

Résumé :

Contexte : Le cancer du col de l'utérus est le 10^{ème} cancer de la femme en France. Son dépistage est opportuniste par frottis cervico utérin (FCU) triennal après 2 FCU initiaux normaux à 1 an d'intervalle. Le taux de couverture est insuffisant (56,6 %) et actuellement seulement 5 à 8 % des frottis sont réalisés par le médecin généraliste. L'objectif de l'étude était de classer les obstacles à la réalisation du FCU chez les médecins généralistes comme déterminants dans l'algorithme du modèle intégratif de prédiction comportementale (MIPC) de Fishbein-Ajzen.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés chez 17 médecins généralistes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais. Classification des obstacles selon le MIPC réalisée indépendamment par deux chercheurs n'ayant pas réalisé l'interview.

Résultats : Les obstacles mis en évidence étaient nombreux. Lorsque l'intention de réaliser un frottis était présente, les facteurs environnementaux comme l'offre de soins suffisante (gynécologues, laboratoires, confrères), le caractère chronophage et peu rentable du geste, le manque de temps, l'absence de demande des patientes étaient des déterminants importants. De même, les compétences et habiletés insuffisantes comme le manque d'expérience ou le manque de formation initiale étaient les principaux déterminants retrouvés. Lorsque l'intention n'était pas présente, trois déterminants devaient être explorés. En premier lieu, les représentations, liées aux patientes, à leurs cultures, au statut socio économique bas, au rôle du milieu rural de vie étaient déterminantes. Ensuite, les normes comme la liberté de choix ou les normes culturelles étaient mises en évidence. Enfin, l'auto-efficacité, représentée par l'absence d'intérêt, l'oubli, l'absence de proposition ou de négociation, la gêne à aborder le sujet ou encore la peur de mal réaliser le geste apparaissait comme un déterminant important de l'intention.

Conclusion : Le MIPC a permis d'identifier un nombre restreint de variables dans la non réalisation du FCU par les médecins généralistes. Ce modèle permettra de proposer des actions ciblées afin d'augmenter la couverture de dépistage du cancer du col en impliquant davantage les médecins généralistes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

Asseseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout (Directeur)

Monsieur le Docteur Benoît Savatier