

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

Année 2012

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

**Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine
générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes
non dépistées consultant en médecine générale
dans le Nord-Pas-de-Calais.**

**Présentée et soutenue publiquement le 12 juin 2012
par Marie BLANCKAERT**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

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

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

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	
I.1. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus.....	13
I.2. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus.....	15
I.2.1. L'infection à HPV.....	15
I.2.2. Les lésions précancéreuses.....	15
I.2.3. Les lésions cancéreuses.....	17
I.2.4. Facteurs favorisant la persistance de l'infection à HPV ou cofacteurs de l'évolution vers des lésions cancéreuses.....	17
I.2.5. Facteurs protecteurs de l'infection à HPV.....	17
I.3. Le FCU de dépistage.....	17
I.3.1. Un test de référence.....	17
I.3.2. Le test HPV.....	18
I.3.3. Alternative au FCU : l'autoprélèvement vaginal.....	19
I.4. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France.....	20
I.4.1. Un dépistage individuel.....	20
I.4.2. Un taux de couverture insuffisant.....	20
I.4.3. Le dépistage organisé.....	21
I.5. Les freins au dépistage.....	22
I.5.1. Du point de vue des médecins généralistes.....	22
I.5.2. Du point de vue des patientes.....	23
I.6. Objectif de l'étude.....	24
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	
II.0. Un projet de recherche commun.....	25
II.1. Choix d'une méthode qualitative.....	25
II.1.1. Description.....	25
II.1.1.1. La méthode qualitative.....	25
II.1.1.2. L'entretien semi-dirigé.....	26
II.1.2. Pertinence de la méthode qualitative dans l'étude.....	26
II.2. Population et échantillon.....	27
II.3. Recueil des données.....	28
II.3.1. Déroulement des entretiens.....	28
II.3.2. Guide d'entretien.....	28
II.3.3. Transcription.....	28
II.4. Méthode d'analyse des résultats.....	28
II.4.1. Le MIPC de Fishbein-Ajzen.....	28
II.4.1.1. Description du modèle.....	28
II.4.1.2. Pertinence du modèle dans l'étude.....	31
II.4.2. Codages.....	31
II.5. Biais attendus.....	32
II.6. Méthodologie de la recherche bibliographique.....	32
III. RÉSULTATS	
III.1. Déroulement de l'étude.....	34
III.2. Caractéristiques de l'échantillon.....	35
III.3. Analyse thématique.....	37
III.3.1. Facteurs environnementaux.....	37
III.3.2. Compétences et habiletés.....	45

III.3.3. Représentations : croyances comportementales et évaluation des issues.....	47
III.3.4. Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre.....	52
III.3.5. Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir.....	54
IV. DISCUSSION	
IV.1. Les résultats principaux.....	64
IV.1.1. Facteurs environnementaux.....	64
IV.1.2. Compétences et habiletés.....	66
IV.1.3. Représentations : croyances comportementales et évaluation des issues.....	67
IV.1.4. Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre.....	68
IV.1.5. Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir.....	68
IV.2. La validité de l'étude.....	70
IV.2.1. Les forces de l'étude.....	70
IV.2.2. Les faiblesses de l'étude.....	71
IV.2.3. Les perspectives de l'étude.....	72
V. CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXES.....	79

ABREVIATIONS

HPV : Human Papilloma Virus

IST : Infection Sexuellement Transmissible

FCU : Frottis Cervico-Utérin

PMI : Protection Maternelle et Infantile

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

INCa : Institut National du Cancer

HAS : Haute Autorité de Santé

EGB : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

IARC : International Agency for Research on Cancer

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

MIPC : Modèle Intégratif de Prédiction Comportementale

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

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

IMG : Interne de Médecine Générale

CPP : Comité de Protection des Personnes

ACCP : Alliance for Cervical Cancer Prevention

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 100 000 femmes en 2005) et de 12^{ème} en termes de taux de mortalité standardisé (1,9 décès pour 100 000 femmes en 2005) [1]. Le cancer du col de l'utérus représentait 3068 nouveaux cas en 2005 et était à l'origine du décès de 1067 femmes en 2005 [2].

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

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

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

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

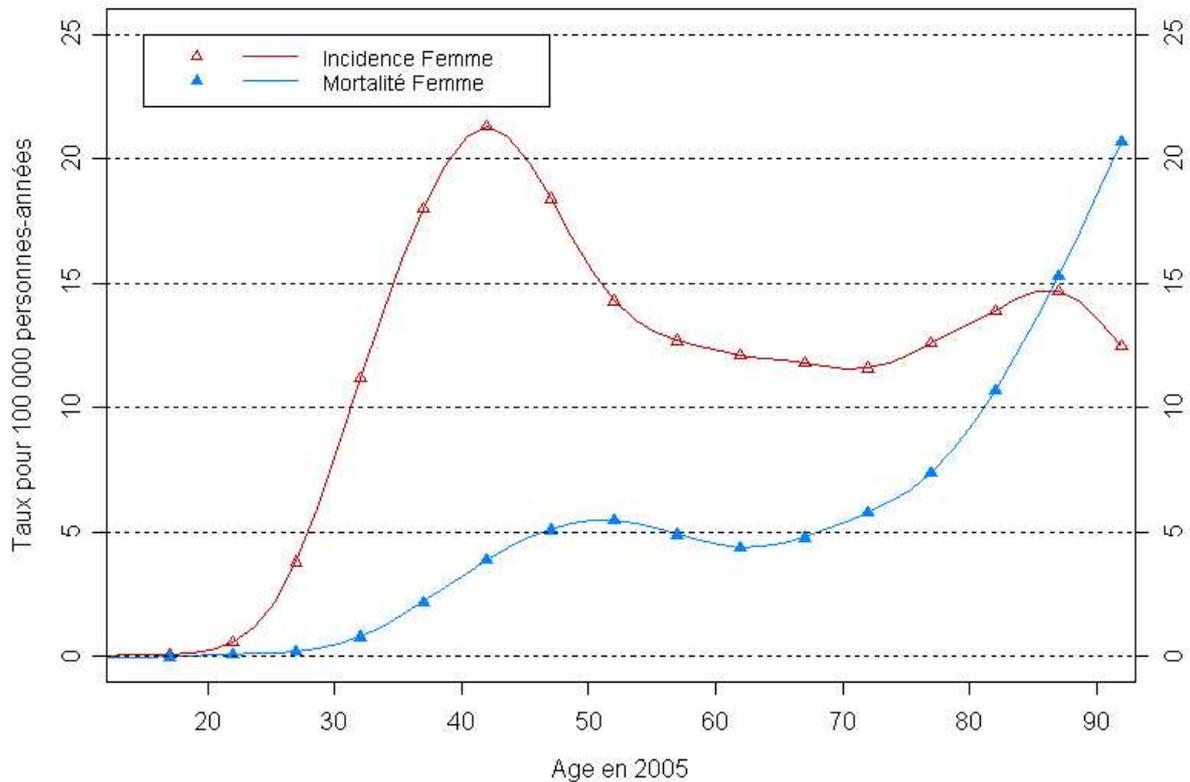


Figure n°1 : Incidence et mortalité par âge en 2005 [2]

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

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

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

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

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

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

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

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

Par ailleurs, les HPV16 et 18 sont associés à des taux de progression plus élevés que les autres types d'HPV à risque [7].

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

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

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

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

I.2.2. Les lésions précancéreuses

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

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

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

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

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

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

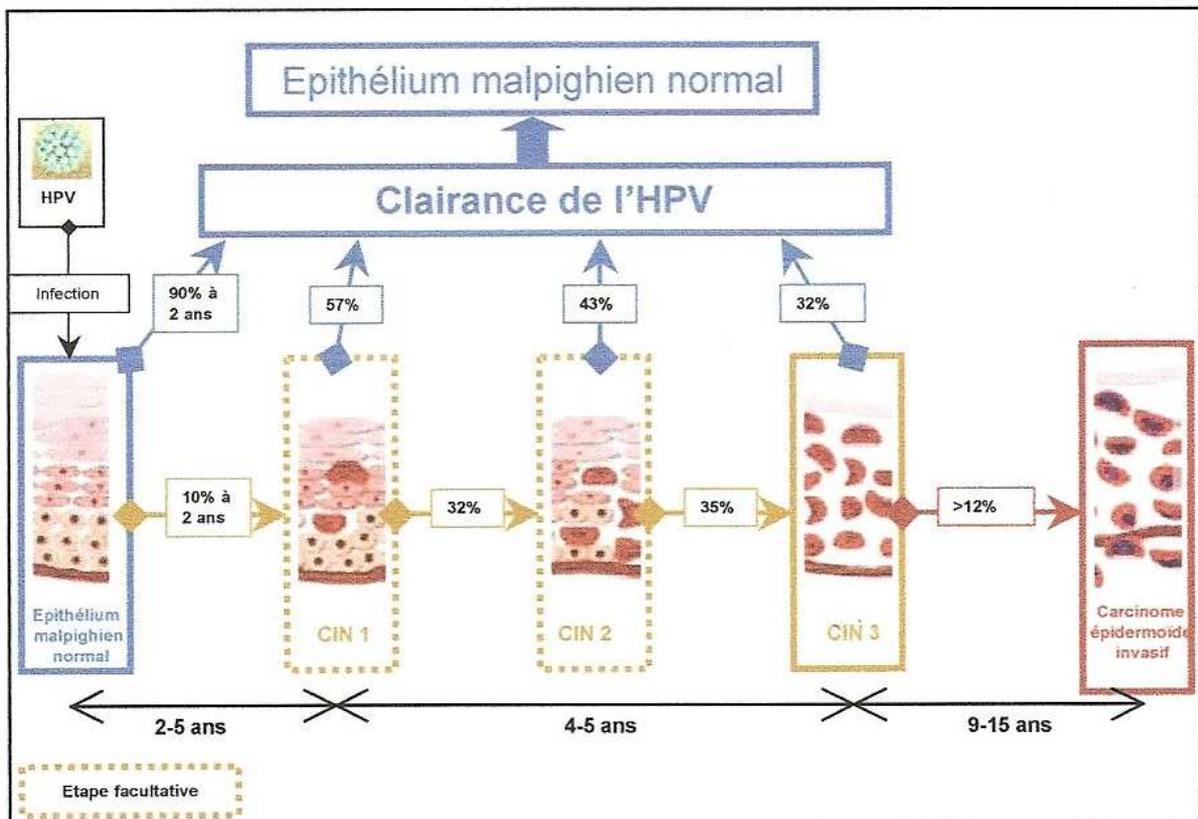


Figure n°2 : Histoire naturelle du cancer épidermoïde du col de l'utérus [1]

I.2.3. Les lésions cancéreuses

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

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

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

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

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

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

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

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

I.3.1. Un test de référence

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

Le FCU est le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. La procédure décrite en 1943 par Papanicolaou consiste à prélever des cellules du col de l'utérus. Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame, dans le cas d'un FCU dit conventionnel, ou mis en suspension dans un flacon contenant un liquide de conservation dans le cas d'un FCU en phase liquide [1]. La technique du FCU conventionnel est utilisée plus fréquemment que celle en milieu liquide (environ 68% selon le CRISAP Ile-de-France) [4].

Il est admis que le nombre de FCU non interprétables est réduit avec le FCU en milieu liquide [4]. Le coût de la technique conventionnelle est inférieur au coût de la technique en phase liquide [4].

Le FCU en milieu liquide a l'avantage de permettre d'effectuer un test HPV sur le même prélèvement.

Le test de dépistage par FCU remplit les 10 critères nécessaires à la mise en place d'un programme de dépistage définis par Wilson et Jungner en 1968 [11].

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 [12].

I.3.2. Le test HPV

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

Le test HPV en dépistage primaire n'est actuellement pas recommandé [12].

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 [13].

Le test HPV est moins spécifique que le FCU : 92% *versus* 97%, en particulier chez les sujets jeunes où les infections à HPV sont particulièrement fréquentes. L'immense majorité de ces infections HPV du sujet jeune sont transitoires et ne donnent pas de lésions cervicales [14].

La valeur prédictive négative du test HPV est évaluée entre 99 et 100% [15].

I.3.3. 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 [16] [17].

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

En effet, les échantillons cervico-vaginaux obtenus par autoprélèvement ne se prêtent pas à un examen cytologique [15].

L'autoprélèvement par système de lavage du vagin supérieur et du col est particulièrement étudié dans les études récentes [16] [17]. 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 [17]. Sa sensibilité est de 90% et sa spécificité de 88% [18].

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 récent de l'Institut national du cancer (INCa) [19].

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 [12].

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 [12].

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 [12].

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) [12].

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 [13].

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 » [12].

En 2009, il y avait 20 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes de plus de 15 ans [20]. 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 [21].

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

Actuellement, en France, 87,8% des FCU sont effectués par les gynécologues et 8,4% chez le MG [22].

Une étude récente retrouve que, parmi les femmes consultant en médecine générale, 10,68% déclarent avoir réalisé leur dernier FCU chez un MG. Parmi les femmes dépistées (ayant fait un FCU dans les trois dernières années), 6,36% déclarent avoir fait leur dernier FCU chez un MG [23].

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) en 2005 ont indiqué que le dépistage organisé du cancer du col par FCU constituait un dépistage coût-efficace [12].

Il a également été recommandé en 2003 par le Conseil de l'Union Européenne [12].

En France, le dépistage organisé a été recommandé par l'HAS [12].

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, Haut-Rhin, Isère, Martinique, Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne [19]. Les modalités d'organisation sont différentes d'un département à l'autre, une harmonisation est en cours. Une évaluation des initiatives de ces initiatives a été réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et a montré une augmentation de la couverture de dépistage chez les plus de 50 ans [1]. Dans deux départements (Indre et Loire et Ardennes), une expérimentation d'autoprélèvement serait à l'étude [19].

I.5. Les freins au dépistage

I.5.1. Du point de vue des médecins généralistes

Selon une récente étude [24], les MG 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 MG hommes. Elle serait la conséquence de la crainte du refus des femmes et de la crainte de briser l'alliance thérapeutique établie entre eux.

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

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

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

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

Les problèmes matériels sont également évoqués : manque de temps, pas de matériel de prélèvement, rémunération insuffisante. A noter une modification de la nomenclature des actes permettant de cumuler C et JKHD001 / 2 depuis mars 2012. Enfin, les MG estiment que les relations complexes qu'ils entretiennent avec les gynécologues et les problèmes de coordination entre MG et gynécologues sont un obstacle à la réalisation des FCU.

I.5.2. Du point de vue des patientes

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

Quelque soit leur âge, les femmes déplorent le manque de communication sur des sujets qu'elles n'osent pas aborder avec leur médecin habituel [25].

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%) [26].

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 [26].

A noter que 10% des femmes suivies sur le plan gynécologique mais n'ayant pas fait de FCU lors des trois dernières années l'expliquent par le fait que leur médecin habituel ne le fait pas [26].

88% d'entre elles pensent que le gynécologue est plus compétent et maîtrise mieux ce domaine que le MG [27].

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

I.6. 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 MG 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 était de classer les obstacles à la réalisation du FCU de dépistage en médecine générale, chez les femmes consultant en médecine générale, comme déterminants dans l'algorithme du modèle intégratif de prédiction comportementale (MIPC) développé par Fishbein et 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 de dépistage en médecine générale et l'intérêt de l'autoprélèvement vaginal comme instrument d'amélioration du dépistage ».

Eugénie FROMONT, Pamela NESSLANY, Charlotte SQUIMBRE et moi-même avons travaillé ensemble au recueil et à l'analyse des données.

II.1. Choix d'une méthode qualitative

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

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 MG et ses patients, ainsi qu'au vaste domaine de compétences définissant la médecine générale. Cette complexité nécessite de disposer de plusieurs méthodes de recherche et de plusieurs techniques de recueil de données [28].

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

La recherche qualitative prend donc ici tout son sens. En effet, la recherche qualitative, qui s'est développée à partir des années 1920, est souvent définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative [30]. Cependant, il n'y a pas lieu d'opposer ces deux techniques car elles n'explorent pas les mêmes champs de connaissance. Ces deux méthodes sont plutôt complémentaires [30].

Il ne s'agit pas, en recherche qualitative, de quantifier ou de mesurer afin d'obtenir des résultats statistiques et représentatifs mais de s'attacher à donner un aperçu du comportement et des perceptions de la population, de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes [31].

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

II.1.1.2. L'entretien semi-dirigé

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

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

II.1.2. Pertinence de la méthode qualitative dans l'étude

Pour l'étude, la méthode qualitative s'est imposée naturellement devant la nécessité de comprendre, en profondeur, pourquoi les patientes ne réalisaient pas de FCU en médecine générale. La méthode qualitative permet d'explorer les croyances et les déterminants qui entraînent la non réalisation du FCU.

Le recueil de données est réalisé grâce à la technique des entretiens semi-dirigés individuels, qui semble la méthode la plus adaptée au thème. En effet, le FCU touche à l'intime, et la notion de pudeur lui est fréquemment associée. La technique des « focus group », où sont réunis plusieurs intervenants discutant d'un même sujet, pouvait entraîner des « non dits » de la part des intervenants et exclure des résultats jugés trop « intimes ».

II.2. Population et échantillon

La population cible est constituée par les femmes de 25 à 65 ans sans antécédent d'hystérectomie ou de lésion dysplasique cervicale, non dépistées pour le cancer du col de l'utérus, consultant en cabinet de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Le recrutement des femmes a été réalisé dans les salles d'attente des MG inclus dans le projet de recherche commun.

La liste des MG inclus a été établie par randomisation électroniquement par l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) du Nord-Pas-de-Calais. Les MG ont été sollicités dans l'ordre de la liste de randomisation par territoire de santé. Ils ont été contactés par courrier puis par téléphone. L'autorisation de recruter des femmes dans leur salle d'attente leur a été demandée.

Un questionnaire papier (cf. annexe n°1) a été remis à toutes les femmes présentes en salle d'attente. Il permettait de sélectionner les femmes éligibles à l'entretien individuel.

Les critères d'inclusion sont :

- Femmes âgées de 25 à 65 ans
- Pas de suivi gynécologique ou dernier suivi gynécologique datant de plus de cinq ans
- Pas de FCU dans les cinq dernières années.

Les critères d'exclusion sont :

- Antécédents d'hystérectomie, dysplasie ou cancer du col.

(cf. annexe n°2)

Un rendez-vous a été fixé avec les femmes éligibles qui acceptaient l'entretien. Le lieu des entretiens a été laissé à l'appréciation des femmes.

Les consentements individuels ont été recueillis avant les entretiens. Une attestation de confidentialité a été signée par les différentes parties et remise aux interviewées.

II.3. Recueil des données

II.3.1. Déroulement des entretiens

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

II.3.2. Guide d'entretien

L'intervieweur organisait l'entretien en se fondant sur un guide (cf. annexe n°3).

Le guide d'entretien a été défini *a priori*, sur la base de la littérature, et s'est basé sur le MIPC. Il a été revu au fil du codage des entretiens terminés.

II.3.3. Transcription

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

II.4. Méthode d'analyse des résultats

II.4.1. Le MIPC de Fishbein-Ajzen

II.4.1.1. Description du modèle [34]

La prédiction comportementale vise à prédire un comportement.

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.

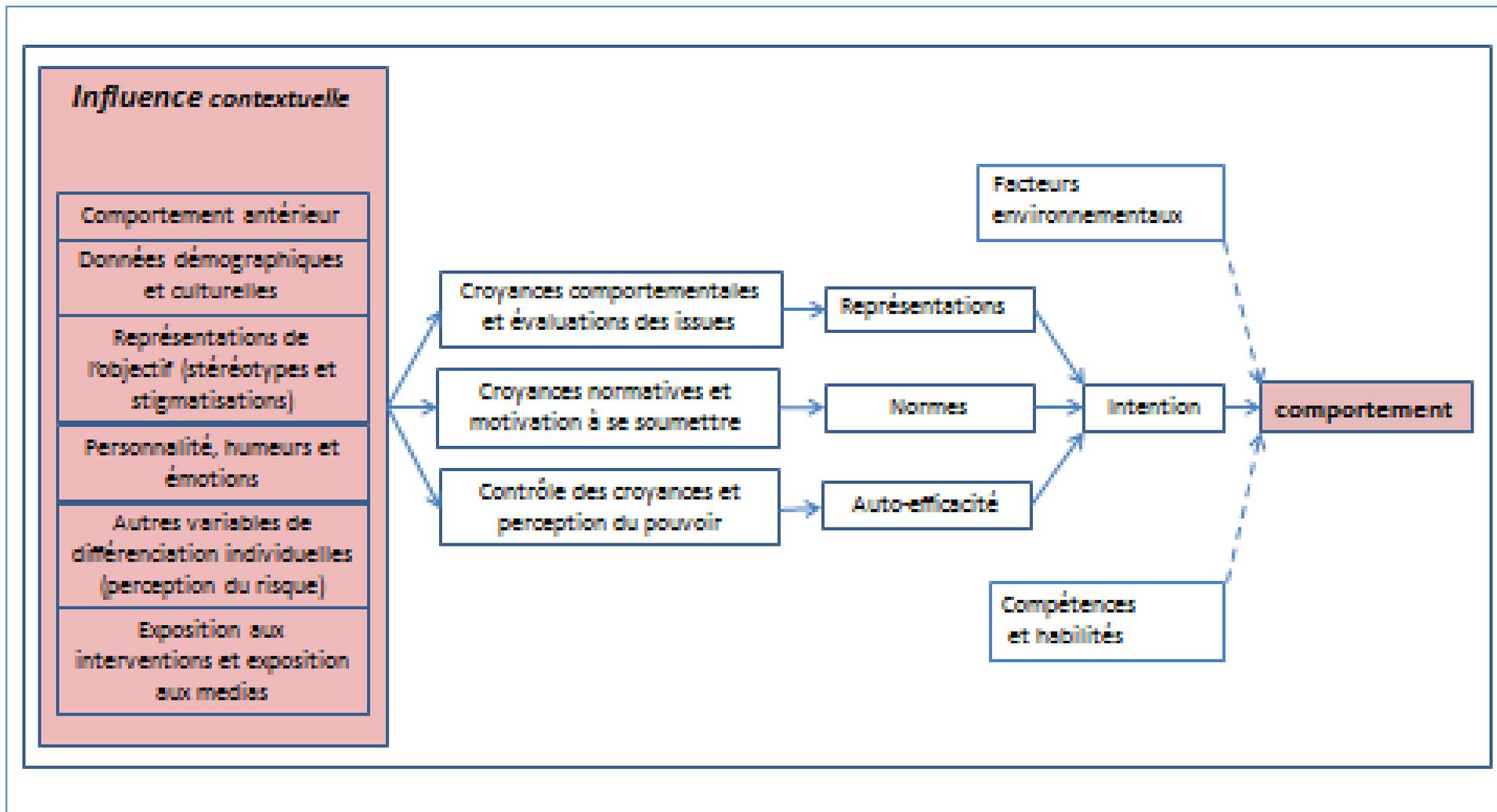


Figure n°3 : Le MIPC de Fishbein-Ajzen [33]

II.4.1.2. Pertinence du modèle dans l'étude

Dans l'étude, le comportement étudié est : se « livrer » au FCU effectué par un tiers, soit à l'occasion d'un examen de routine, soit à l'occasion d'un examen dédié.

Il est défini par :

- son action : se rendre en un lieu donné (le cabinet de médecine générale) pour s'installer dans une position donnée (position gynécologique)
- son objectif : permettre à un professionnel de santé d'effectuer un FCU (afin de rechercher une maladie potentiellement mortelle invisible à l'œil)
- son contexte: une décision partagée avec le professionnel de santé
- son temps : tous les trois ans.

Le travail consiste, au cours de l'analyse des entretiens, à différencier dans un premier temps les femmes qui ont l'intention de faire leur FCU, sans le réaliser, et les femmes qui n'ont pas l'intention de le réaliser.

Dans le premier cas, le travail s'attache à rechercher les raisons environnementales et les éventuels défauts d'habiletés qui font que les FCU ne sont pas réalisés.

Dans le second cas, les trois niveaux de croyance qui sous-tendent l'intention sont explorés :

- 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 sa vie par la réalisation du FCU = auto-efficacité.

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.

Les entretiens 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 FCU dans le MIPC.

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 utilisés sont : Google, Google Scholar, Pubmed.

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

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

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

Ces listes de mots clefs ne sont pas exhaustives.

III. RÉSULTATS

III.1. Déroulement de l'étude

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

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

Le questionnaire de sélection (cf. annexe n°1) a été distribué à toutes les femmes présentes. Peu de femmes ont refusé de remplir le questionnaire. Une fois le questionnaire rempli, le membre de l'équipe présent dans la salle d'attente a analysé les réponses afin de déterminer si la patiente était éligible à l'entretien.

Dans le cas positif, l'entretien avait lieu, soit immédiatement dans un local libre du cabinet médical, soit quelques jours plus tard, au domicile de la patiente. Dans les deux cas, le choix était laissé à la patiente.

Dans le cas négatif, la patiente était remerciée d'avoir répondu au questionnaire et une brève explication était donnée quant à la non éligibilité de la patiente.

En cas de patientes éligibles à l'entretien mais le refusant, les causes de refus ont été :

- Manque de temps, très occupée
- Non intéressée
- Ne parle pas ou ne comprend pas le français
- Refus du mari

Quinze patientes ont été interviewées afin d'obtenir la saturation des données. Elles sont dénommées de P1 à P15, P1 étant la première patiente interviewée. L'intervieweur est dénommé par Interne de Médecine Générale (IMG).

Trois patientes sur les quinze patientes interviewées sont issues de salles d'attente de MG non randomisés.

Les transcriptions (cf. annexes 4 et 5) ont effectivement été codées par deux membres distincts de l'équipe, de façon indépendante, comme le prévoyant le protocole. Les deux codages de chaque transcription ont été systématiquement comparés par l'intervieweur afin d'établir un codage final qui a servi à l'analyse.

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

*Tableau n°2 : Liste des intervieweurs et des codeurs
(EF = Eugénie Fromont, CS = Charlotte Squimbre, PN = Pamela Nesslany, MB = Marie Blanckaert)*

III.2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des patientes interviewées sont résumées dans le tableau n°3.

	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Age	Statut marital	Nombre d'enfants	Profession	Niveau d'étude	Commune
P1	13/09/2011	Environ 15min	49	Divorcée	4	Sans profession	Primaire/Certificat d'étude	Aire sur la Lys
P2	14/10/2011	5min21s	28	Célibataire	2	Employée	Secondaire/Brevet/BEP/CAP	Houplin-Ancoisne
P3	14/10/2011	18min5s	56	Mariée	1	Ouvrière	Non précisé	Houplin-Ancoisne
P4	26/10/2011	10min30s	31	En couple	2	Chômage	Secondaire/Brevet/BEP/CAP	Escaudain
P5	28/11/2011	20min53s	44	Mariée	2	Mère au foyer	Primaire/Certificat d'étude	Avion
P6	28/11/2011	28min55	35	Célibataire	0	Cadre	Supérieur	Arras
P7	30/11/2011	23min53	39	Célibataire	0	Cadre (Professeur des Ecoles)	Supérieur	Bruay-La-Buissière
P8	02/12/2011	Environ 15min	57	Mariée	2	Retraitée (commerçante)	Primaire/Certificat d'étude	Dunkerque
P9	02/12/2011	Environ 20min	57	Mariée	3	Employée	Secondaire/Brevet/BEP/CAP	Dunkerque
P10	06/12/2011	7min55s	51	Mariée	2	Ouvrière	Primaire/Certificat d'étude	Limont-Fontaine
P11*	23/01/2012	23min55s	62	Veuve	4	Retraitée (Confection)	Primaire/Certificat d'étude	Bailleul
P12*	30/01/2012	19min55s	61	Divorcée	3	Sans profession	Primaire/Certificat d'étude	Villeneuve d'Ascq
P13*	02/02/2012	26min40s	37	Célibataire	2	Sans profession	Secondaire/Brevet/BEP/CAP	Villeneuve d'Ascq
P14	16/03/2012	15min30s	50	Mariée	3	Employée	Primaire/Certificat d'étude	Ronchin
P15	19/03/2012	19min29s	43	En couple	1	Employée	Supérieur	Ronchin

* Patientes recrutées hors MG randomisés

Tableau n°3 : Caractéristiques des patientes interviewées

III.3. Analyse thématique

III.3.1. Facteurs environnementaux

III.3.1.1. Suivi gynécologique et / ou FCU

III.3.1.1.1. Non proposé par le MG (7/15)

P1 : « IMG : On ne vous l'a jamais proposé ? P : Non, non. Même pas le docteur, pourtant... »
P7 : « IMG : Quelqu'un vous a déjà proposé de faire un frottis ? P : Non non, j'ai eu plusieurs médecins étant donné mes changements de régions »
P11 : « Je dirais, c'est parce que déjà lui, il ne m'en parle pas, de une »

III.3.1.1.2. Non évoqué en consultation de médecine générale (4/15)

P7 : « IMG : Les sujets de gynécologie c'est pas évoqué de façon très fréquente ? P : Voilà. »
P11 : « P : Non quand j'y vais, c'est pour la tension, c'est pour ci, c'est pour là mais c'est jamais euh... IMG : C'est pas un sujet que vous évoquez... P : Voilà »

III.3.1.1.3. Non évoqué avec l'entourage (5/15)

P11 : « IMG : Vous en avez déjà discuté avec d'autres femmes de votre entourage ? P : Non, non, non. »
P12 : « Mais le frottis cervico vaginal on n'en parle pas vraiment »

III.3.1.1.4. Non proposé lors du suivi de grossesse (1/15)

P15 : « Et à ce moment là, il (le gynécologue qui la suivait pendant les grossesses) ne vous a pas proposé à l'hôpital de faire votre frottis ? P : Non, non. »

III.3.1.2. Absence de consultation

III.3.1.2.1. Chez le gynécologue (5/15)

P1 : « IMG : Vous n'avez jamais vu de gynécologue ... ? P : Euh, non »
P15 : « IMG : Est-ce que vous avez un gynéco ? P : Non. (...) J'ai jamais vu. »

III.3.1.2.2. Chez le MG (1/15)

P7 : « Sachant que je vais voir le médecin une fois par an »

III.3.1.2.3. Si asymptomatique (6/15)

P9 : « IMG : entre deux, quand vous n'avez rien... P : Je suis aux abonnés absents ! »

« C'est vraiment en cas de besoin. » (la consultation gynéco)

P11 : « C'est tout. Mais de moi même, bah il faudrait que j'aurais quelque chose : un problème. »

P13 : « P : Bon si j'ai vraiment, si c'est vraiment urgent, ben j'irai hein ! IMG : D'accord. Si c'est vraiment urgent... C'est-à-dire ? P : Ben faut vraiment que je sache pourquoi je... je dois y aller au fait... Faut que j'ai des raisons. »

III.3.1.3. Mauvaise expérience antérieure gynécologique

III.3.1.3.1. De la patiente elle-même avec un gynécologue

III.3.1.3.1.1. Pose de stérilet douloureuse (1/15)

P13 : « IMG : Et donc l'examen gynécologique avec le gynécologue, c'était comment pour vous ? P : Ben c'était douloureux (...) »

III.3.1.3.1.2. Expérience embarrassante (1/15)

P13 : « Et donc l'examen gynécologique avec le gynécologue, c'était comment pour vous ? P : Ben c'était (...) et embarrassant »

III.3.1.3.1.3. Mauvais contact avec le gynécologue (2/15)

P8 : « Ça m'a vraiment dégoutée (...) sa réaction plutôt. »
« Mauvaise expérience (...) relationnelle »

III.3.1.3.2. D'une proche de la patiente (1/15)

P3 : « J'ai vu avec ma sœur, j'ai vu avec ma cousine, ça a été, c'est fini pour moi. Et je voyais comment elles s'affolaient. C'est pour ça que des fois je veux pas »

III.3.1.4. Suivi gynécologique antérieur interrompu

III.3.1.4.1. Avec le gynécologue (3/15)

P7 : « n'ayant pas gardé l'habitude d'avoir un suivi gynécologique, j'en ai pas refait »

P15 : « Quand j'étais étudiante donc euh... J'avais le temps, je le faisais mais après par la suite euh... ça s'est... pffff... envolé ! »

III.3.1.4.2. Avec le laboratoire (1/15)

P14 : « Avant je le faisais au laboratoire mais maintenant ils le font plus au laboratoire, et j'ai pas de gynécologue euh... »

III.3.1.4.3. Après les grossesses (3/15)

P13 : « Bah durant ma grossesse, ce qui est normal parce qu'on nous suit régulièrement. Et avant la grossesse euh j'y allais assez souvent aussi, pour voir si tout allait bien euh... Et après pfiout j'ai tout arrêté, du jour au lendemain. »

III.3.1.4.4. Après un déménagement (3/15)

P6 : « J'ai déménagé, j'étais sur Paris. Ici j'avais pas eu de référent ou de euh... enfin j'avais pas eu de coordonnées particulièrement »

III.3.1.4.5. Après la ménopause (1/15)

P11 : « IMG : Donc finalement, depuis la ménopause, vous n'avez plus de suivi ? P : Et bah c'est pour ça, depuis la ménopause, tout compte fait, je suis tranquille. » (suivie auparavant par le gynéco pour des migraines d'allure cataméniales)

III.3.1.5. Difficultés de prise des rendez-vous chez le gynécologue

III.3.1.5.1. En général (1/15)

P13 : « P : C'est vrai, toujours prendre rendez-vous donc euh... IMG : C'est embêtant de devoir prendre rendez-vous ? P : Ben toujours hein, on dirait que moi c'est une corvée de prendre rendez-vous euh... »

III.3.1.5.2. Non concordance des disponibilités des médecins et de la patiente (1/15)

P7 : « Ben ils sont jamais disponibles non plus forcément dans la période où on peut l'être »

III.3.1.5.3. Délai d'attente trop long (3/15)

P6 : « Bah, c'est pas pareil un rendez-vous dans deux semaines et un rendez-vous dans trois mois. Effectivement, on peut zapper plus facilement ou on peut se décourager »

P8 : « C'est une contrainte d'attendre... »

III.3.1.5.4. Contraintes des menstruations (1/15)

P7 : « Parce que quand on prend un rendez-vous chez le gynéco, il faut aussi que ça tombe à la bonne date. Pour l'anecdote, je suis pas réglée de façon chronométrée, c'est un peu aléatoire, ça peut varié à 28 jours pile comme je peux aller jusqu'à 40 jours. Donc prendre un rendez-vous, c'est toujours un peu olé, olé. »

III.3.1.5.5. Contraintes liées au travail (1/15)

P7 : « je suis enseignante et mon inspecteur est très à cheval sur le fait qu'on a le mercredi, parce que institutrice, donc le mercredi pour prendre nos rendez-vous. Donc si c'est pendant le temps scolaire, il va refuser »

III.3.1.5.6. Echec lors d'une expérience antérieure (1/15)

P7 : « IMG : Vous aviez déjà fait cette démarche de prendre un rendez-vous ? P : Et ça n'a pas collé »

III.3.1.5.7. Manque de temps pour prendre le rendez-vous

III.3.1.5.7.1. En général (4/15)

*P6 : « question de temps »
P11 : « On l'a fait, on dit : « bah on est tranquille ! », mais quand vous voyez le temps comment il passe, on n'a pas... ah bah il faut le refaire »*

III.3.1.5.7.2. A cause du travail (4/15)

*P3 : « Avec le travail que j'ai actuellement, j'ai jamais le temps, jamais le temps »
P14 : « Et puis j'ai jamais le temps, le travail, avec les enfants, je cours beaucoup, hein. »

« Puis on est pris par le travail, les enfants et on y pense plus après. »*

III.3.1.5.7.3. A cause de la famille (2/15)

*P14 : « Et puis j'ai jamais le temps, le travail, avec les enfants, je cours beaucoup, hein. »

« Puis on est pris par le travail, les enfants et on y pense plus après. »*

III.3.1.5.7.4. A cause d'événements intercurrents (1/15)

P6 : « les bêtises qui font que effectivement on fait pas les examens qui sont importants. »

III.3.1.5.8. Ne sait pas où s'adresser (1/15)

P14 : « Ben c'est plus dans trouver l'endroit. Où c'est que j'pourrai aller. »

III.3.1.6. Manque d'information

III.3.1.6.1. Sur le FCU et / ou le dépistage

III.3.1.6.1.1. En général (4/15)

P2 : « IMG : Et vous connaissez un peu la technique ? Comment ça se réalise ? P : Euh... Non, pas tellement »

*P5 : « Y a pas assez d'informations sur cette chose »
« IMG : D'accord. Donc avant vos quarante ans, jamais vous aviez entendu parlé de frottis ? P : Jamais. »*

III.3.1.6.1.2. Par le MG (2/15)

P5 : « Même au niveau des médecins dans ces cas là, ils n'en parlent pas assez non plus à leurs patientes... Le médecin traitant, il n'en parle pas non plus... »

III.3.1.6.1.3. Par la mère (2/15)

P9 : «Ma mère m'a jamais rien appris sur la sexualité, sur les femmes. Donc j'ai tout appris par moi-même »

III.3.1.6.1.4. Par les médias (1/15)

P12 : « Ben à un moment on en a plus parlé que ça (à la télé). Là maintenant on en parle moins »

III.3.1.6.2. Sur le cancer du col de l'utérus (1/15)

*P7 : «C'est moins médiatisé comme cancer »
« on est plus au courant du cancer du poumon ou du cancer de la prostate, du cancer du sein aussi et moins du cancer du col de l'utérus »*

III.3.1.6.3. Sur les rôles du MG (2/15)

P7 : « IMG : Donc vous saviez que votre médecin généraliste pouvait faire le frottis ? P : Du tout »

III.3.1.6.4. Information non reçue dans la jeunesse (1/15)

P9 : « A mon époque on n'entendait pas le sida, on n'entendait pas le cancer. Donc je pense c'est plus une question d'éducation. Et puis de circonstance quoi, de temps »

III.3.1.7. Offre de soin suffisante en gynécologue (1/15)

P4 : « Ben j'étais chez le gynécologue »

III.3.1.8. Examen gynécologique désagréable/douloureux

III.3.1.8.1. En général (3/15)

P4 : « C'est pas plaisant de faire ça »

P13 : « Ben c'était douloureux et embarrassant. »

III.3.1.8.2. Pose du spéculum (2/15)

P9 : « P : Ils doivent dilater le col pour pouvoir faire le frottis. Et c'est un appareil en métal ! C'est pas très agréable ! IMG : Vous voulez parler du spéculum ? P : Non, non, non. Enfin, je sais pas si ça s'appelle comme ça. C'est un système en métal qui écarte les parois vaginales pour pouvoir faire le frottis. »

« IMG : C'est douloureux ? P : Bah disons que ça pince quand même ! »

P13 : « C'est pas le frottis qui me fait mal, c'est le spéculum. »

III.3.1.9. Contraintes liées à la consultation

III.3.1.9.1. Déplacement (1/15)

P9 : « IMG : C'est le fait de devoir prendre un rendez-vous, attendre ? P : Oui, se déplacer, tout ça. IMG : C'est une contrainte pour vous ? P : Oui c'est ça, surtout ça »

III.3.1.9.2. Attente (1/15)

P5 : « si, c'est pas.. au moins on perd pas de temps chez le médecin à attendre »

III.3.1.10. Sujet tabou (6/15)

P7 : « Il y a quand même le tabou qui reste »

P12 : « Bah c'est des choses qu'on ne... Moi je suis pas gênée par rapport à ça. C'est peut être ma fille, quelque part, elle a dit c'est tout des choses personnelles... »

P13 : « Parce que c'est pas une chose qu'on discute facilement, qu'on... qu'on a envie de discuter et puis c'est... (silence) On n'y pense pas non plus à discuter des choses comme ça non. »

P15 : « Pour nous c'est pas... c'est pas un terrain à discussion. Non on n'est pas... »

III.3.1.11. Dépistage non obligatoire (2/15)

P5 : « Ben dans l'obligation, ce serait vraiment obligatoire je le ferais, sinon je serais pas tentée à le faire »

III.3.1.12. Difficulté à trouver un bon médecin (1/15)

P13 : « C'est pas évident de trouver un bon médecin maintenant de nos jours donc euh qui qui... qui me connaisse bien, c'est dur »

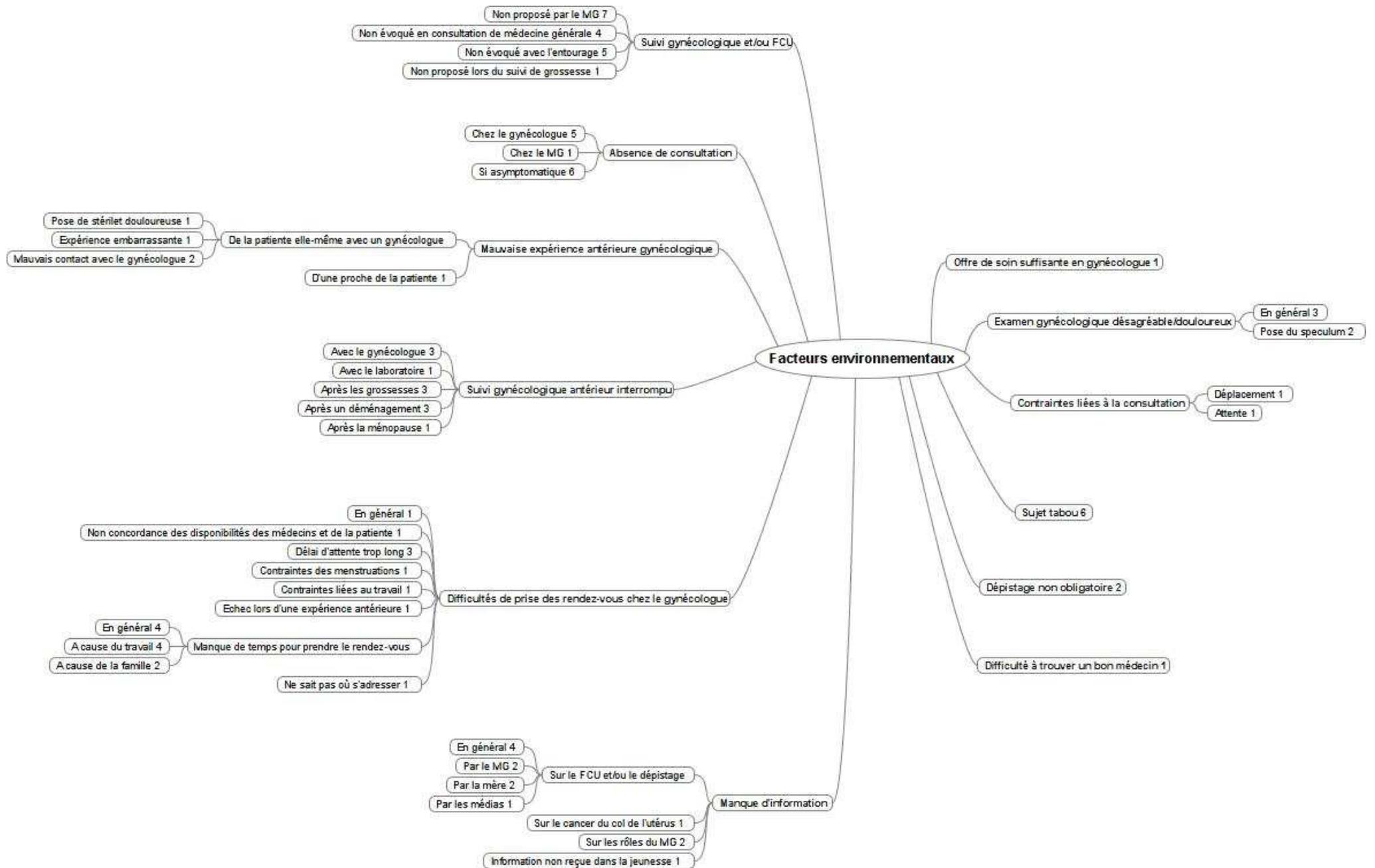


Figure n°4 : Facteurs environnementaux

III.3.2. Compétences et habiletés

III.3.2.1. Méconnaissance du FCU

III.3.2.1.1. En général (7/15)

P4 : « je sais pas vraiment ce que c'est »
« IMG : Vous savez en quoi ça consiste cet examen ? P : Euh... non »
P13 : « Ben c'est... c'est quand même délicat hein euh, c'est un curetage j'sais pas comment on appelle ça un frottis euh... »
P15 : « IMG : Et donc vous m'avez dit que vous ne saviez pas trop à quoi servait un frottis cervico vaginal (avant l'entretien) ? P : Ben non. »

III.3.2.1.2. Son but (5/15)

P6 : « Pas précisément en fait »
P7 : « Pour moi (ça dépiste) les maladies sexuellement transmissibles »
P13 : « IMG : Vous savez ce que c'est un frottis déjà ? P : (Silence) IMG : Vous savez à quoi ça sert un frottis ? P : (Silence) Ben c'est bien... bien, c'est bien de me le dire mais bon... pour voir s'il y a pas euh... pour dépister quelque chose mais quoi ? »
P14 : « IMG : Vous savez à quoi ça sert le frottis cervico vaginal ? P : Ben c'est pour le cancer du colon »

III.3.2.1.3. Son rythme (3/15)

P7 : « Pour moi à partir de la quarantaine »
P10 : « je ne sais pas c'est tous les quand »
P13 : « IMG : Vous savez de quand à quand il faut les faire les frottis ? Jusqu'à quel âge à peu près ? P : Alors là... Je sais pas, j'suis dans le néant là ! »

III.3.2.2. Méconnaissance de l'anatomie / physiologie (2/15)

P5 : « Je ne le ferai pas du fait que je suis trop suivie pour une maladie que j'ai déjà moi, (maladie de Cröhn) donc je me dis que si il y a quelque chose qui se passe en-dessous, ils le verraient quand même au machin »

III.3.2.3. Méconnaissance des rôles du MG (1/15)

P7 : « Donc vous saviez que votre médecin généraliste pouvait faire le frottis ? ... Du tout »

III.3.2.4. Méconnaissance du cancer du col de l'utérus (1/15)

P13 : « Je sais pas ce que c'est (la maladie) »

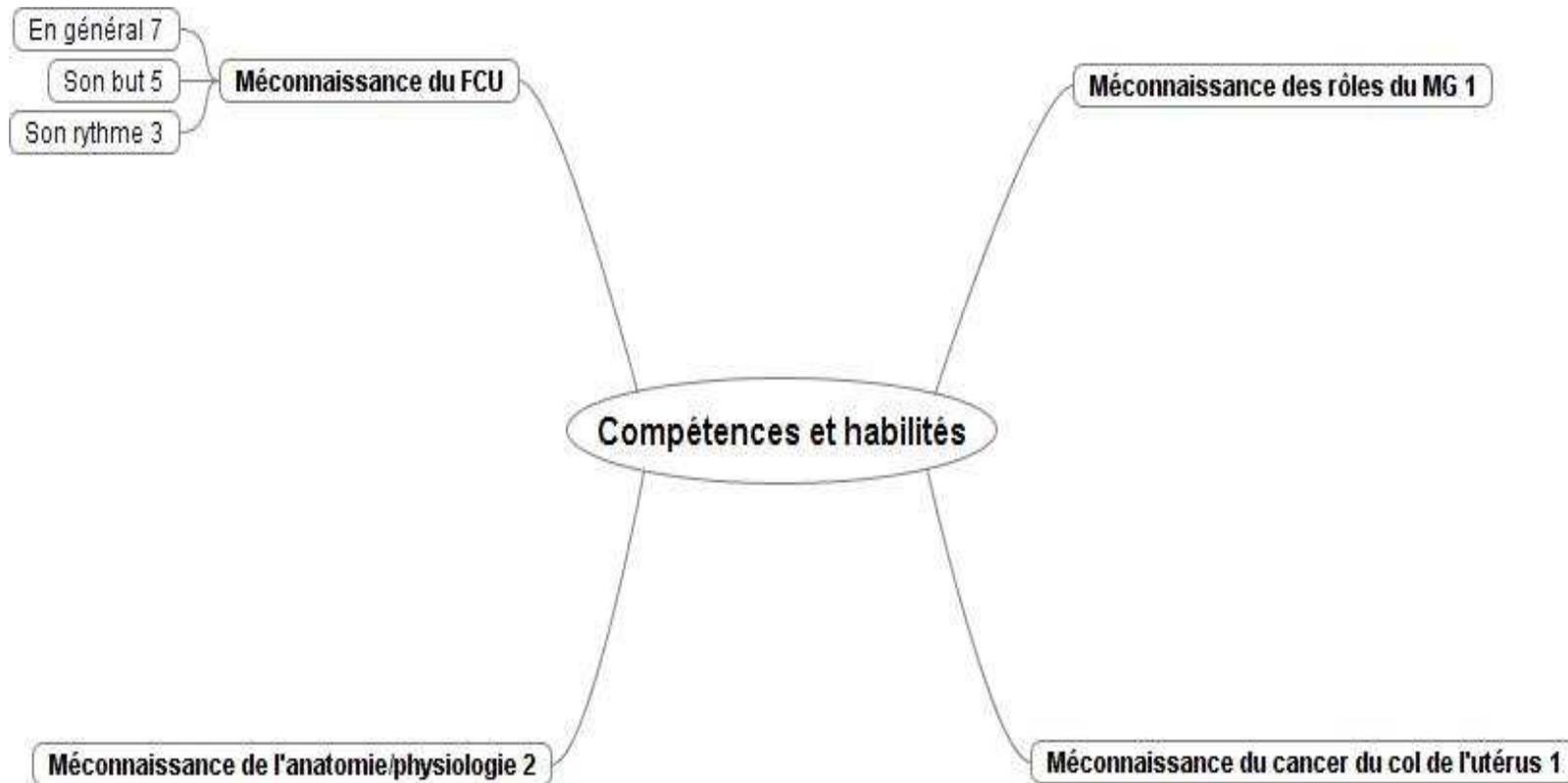


Figure n°5 : Compétences et habiletés

III.3.3. Représentations : croyances comportementales et évaluation des issues

III.3.3.1. Représentations sur les femmes

III.3.3.1.1. Négligence (1/15)

P8 : « Je pense que c'est plutôt une question de négligence. »

III.3.3.1.2. N'aiment pas l'examen gynécologique (1/15)

P12 : « Peut être qu'elles n'aiment pas euh... »
« Ben elles n'aiment pas aller se montrer leur derrière ! »

III.3.3.1.3. Refus du dépistage (2/15)

P8 : « Non, elles n'oublient pas ! Elles veulent pas. »

III.3.3.1.4. Manque d'information (1/15)

P12 : « C'est un manque de pffff, je sais pas, un manque de connaissances peut être »

III.3.3.1.5. Rôle du genre masculin du médecin

III.3.3.1.5.1. Gêne / pudeur (2/15)

P5 : « Bah déjà se déshabiller et surtout quand c'est un homme »
P12 : « Elles sont un peu gênées, je sais pas, si c'est un homme surtout »

III.3.3.1.5.2. Difficulté à parler de façon libérée (1/15)

P5 : « Il y en a beaucoup qui me disent pourquoi ce n'est pas une femme quand c'est une femme et un homme quand c'est des hommes... parce qu'ils sont plus rassurés avec une femme, plus facile à parler entre femmes et filles, enfin gamines qu'avec un homme. »
« (Quand le médecin est une femme) c'est plus simple à parler, on est plus libérée de parler »

III.3.3.1.6. Rôle du coût (1/15)

P6 : « Bon, alors après faut voir si il faut en faire l'avance ou pas... peut-être... Moi je suis pas particulièrement concernée par cette question là, mais peut-être que ça peut être »

III.3.3.1.7. Pas de consultation gynécologique

III.3.3.1.7.1. Si asymptomatique (1/15)

P10 : « Mais après quand on a pas de douleur on a tendance à ne pas consulter »

III.3.3.1.7.2. En dehors de la grossesse (1/15)

P10 : « C'est vrai que gynéco c'est tout de suite grossesse ou alors problème, par rapport ...à une grossesse qui vient pas. C'est vrai que c'est dans l'inconscient c'est un petit peu ça que ça représente euh... le gynéco. »

III.3.3.1.7.3. Si absence d'éducation par la mère (2/15)

P7 : « S'il n'y a pas eu d'éducation de la mère quelque part ça tombe à l'eau »

III.3.3.1.8. Non concernées (1/15)

P14 : « Ben pour l'instant euh ma fille c'est parce qu'elle y pense même pas »

III.3.3.1.9. Volonté de séparer les rôles du MG et du gynécologue (1/15)

P12 : « IMG : Et la majorité de vos amies, les frottis, elles les faisaient où ? P : Je crois qu'elles allaient au gynécologue hein. IMG : Au gynécologue. P : Ouais. IMG : Pourquoi plutôt le gynéco que le médecin généraliste ? P : Ben parce que le gynéco c'est une personne qui est... qui est là pour euh... Comment que je peux dire ça ? (rires) (silence) IMG : Pour s'occuper de tout ça ? P : Ben pour s'occuper de sexe, enfin par rapport au sexe et tout ça quoi, hein »

III.3.3.2. Représentations sur les MG

III.3.3.2.1. Ne font pas de gynécologie (1/15)

P5 : « Non, non. Je pensais que c'était que le gynécologue »

III.3.3.2.2. Ne proposent pas la réalisation du FCU car :

III.3.3.2.2.1. Gêne / peur de mettre mal à l'aise les patientes (1/15)

P7 : « C'est quelque chose de sensible et pour pas mettre mal à l'aise le patient »

III.3.3.2.2.2. Si patiente asymptomatique (1/15)

P7 : « Parce que si le patient ne s'en plaint pas de lui-même, on n'évoque pas le sujet »

III.3.3.3. Représentations sur les femmes pratiquantes voilées

III.3.3.3.1. Se font moins dépister (1/15)

P3 : « IMG : Est-ce que vous pensez que les femmes, à cause de la religion, pourraient ne pas faire de frottis ? P : Je crois que c'est ça, c'est ça. C'est plutôt les femmes qui portent le voile. C'est à dire ils pratiquent la religion, c'est ça »

III.3.3.3.2. Rôle du genre masculin du médecin

III.3.3.3.2.1. Gênant (1/15)

P3 : « Elles sont des fois gênées parce que c'est un homme »

III.3.3.3.2.2. Refus du mari (1/15)

P3 : « Ca c'est parce que le mari ne veut pas aussi, des fois, quand elles ont un mari comme ça, c'est plutôt ça »

III.3.3.4. Représentations sur le cancer du col de l'utérus

III.3.3.4.1. Symptomatique (1/15)

P4 : « Je me dis qu'on doit ressentir quelque chose »

III.3.3.4.2. Visible sur d'autres examens complémentaires (3/15)

*P5 : « Moi je suis protégée dans un sens car je fais déjà beaucoup d'examens »
P11 : « Mais je me dis si il y avait eu un problème depuis dix ans, si il y avait vraiment eu quelque chose, je ne serais plus là non plus. Je fais les examens... euh... prises de sang, tout ce qu'on veut. »*

III.3.3.4.3. Existence d'une prédisposition familiale (3/15)

*P9 : « Je sais pas si c'est une idée reçue qu'il y a des familles prédisposées au cancer de l'utérus. Dans ma famille, je ne connais aucun cancer, donc franchement. »
P11 : « Génétique. Euh... ma maman, tout ça, elle n'a pas eu... euh mon père est mort jeune donc il n'a pas connu ça... mais je crois que c'est génétique, maintenant je ne sais pas à 100%... »*

III.3.3.4.4. Nécessité d'une vie sexuelle active (2/15)

P7 : « pas de compagnon donc pas de rapport, et pas de souci de cet ordre »

III.3.3.4.5. N'existe plus après la ménopause (1/15)

P13 : « Ben ouais, vu que le mauvais euh... on perd plus ce qui est de mauvais en fait donc nous on garde tout et pis euh... je me suis dis que nous, peut être on n'a plus besoin de faire tout ça »

III.3.3.5. Représentations sur le suivi gynécologique

III.3.3.5.1. Pas pour un simple contrôle (3/15)

P10 : « On a du mal à s'imaginer qu'on va voir le gynéco pour un contrôle, comme on va voir le dentiste pour un contrôle ou un médecin traitant pour un contrôle. »

III.3.3.5.2. Uniquement quand grossesse (1/15)

P10 : « C'est vrai que gynéco c'est tout de suite grossesse ou alors problème, par rapport ...à une grossesse qui vient pas. C'est vrai que c'est dans l'inconscient c'est un petit peu ça que ça représente euh... le gynéco. »

III.3.3.5.3. Serait inclus dans le suivi d'une maladie de Cröhn (1/15)

P5 : « Je ne le ferai pas du fait que je suis trop suivie pour une maladie que j'ai déjà moi, (maladie de Cröhn) donc je me dis que si il y a quelque chose qui se passe en-dessous, ils le verraient quand même au machin »

III.3.3.6. Représentations sur les gynécologues

III.3.3.6.1. Plus compétents pour le suivi gynécologique que les MG (1/15)

P9 : « Qu'eux (les gynécologues) ils sont quand même plus compétents, c'est leur spécialité. »

III.3.3.6.2. Le gynécologue du secteur ne lui conviendra pas (1/15)

P7 : « parce que le gynéco que j'avez ici dans la région a pris sa retraite et la personne qui a repris la patientèle euh... d'après les ouïes-dires est quelqu'un de plus froid, qui explique moins. Bon, ça engage pas non plus à aller la voir ! »

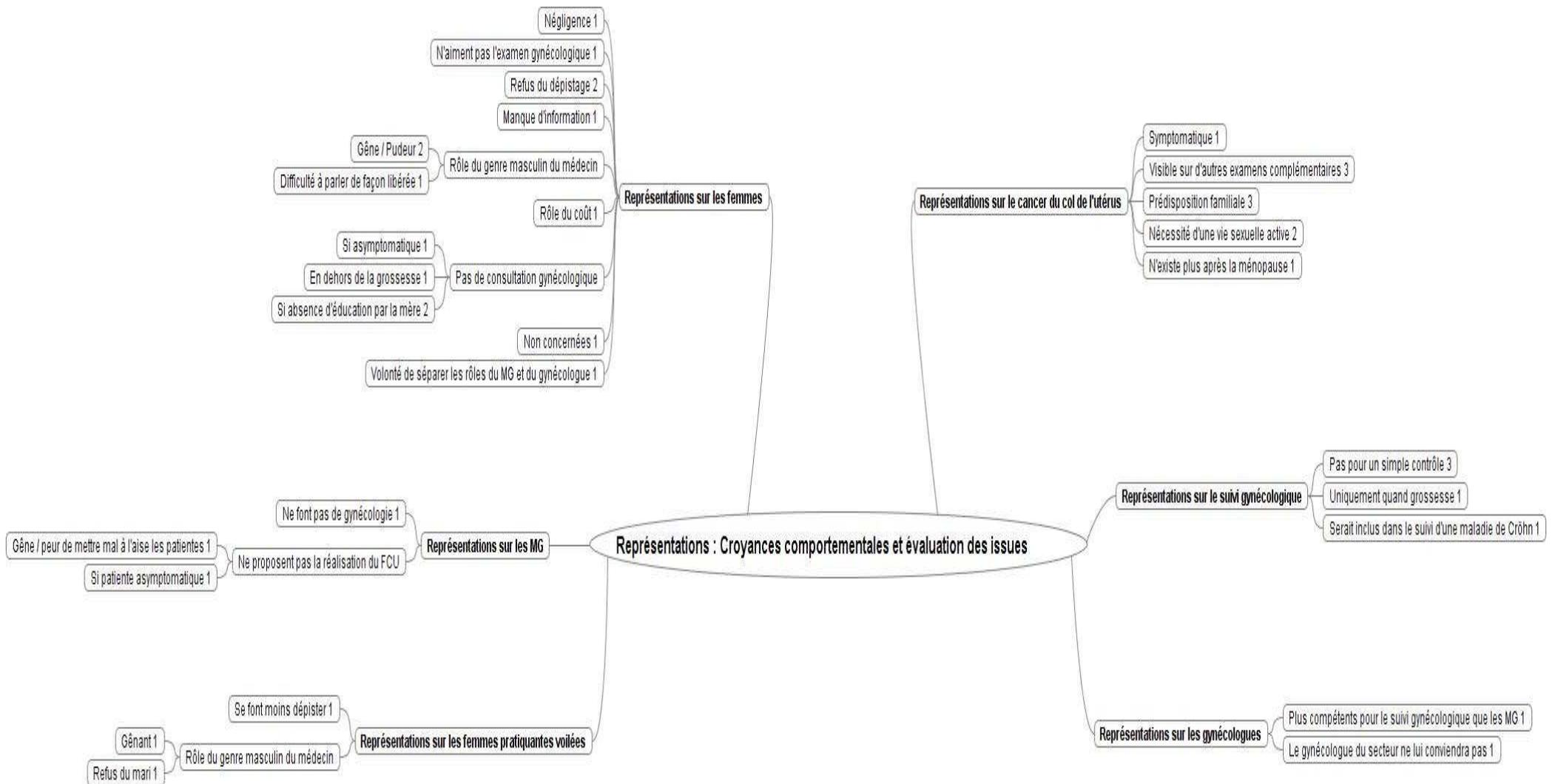


Figure n°6 : Représentations : Croyances comportementales et évaluation des issues

III.3.4. Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre

III.3.4.1. FCU fait par le gynécologue (1/15)

P5 : « Non, non. Je pensais que c'était que le gynécologue »

III.3.4.2. La gynécologie fait partie de l'éducation faite par la mère (1/15)

P7 : « C'est la mère qui dit ça à sa fille voilà ce qu'il faut faire »

III.3.4.3. La gynécologie est une affaire de femme (1/15)

P7 : « c'est aux femmes de gérer toutes seules ce problème là, quelque part... »

III.3.4.4. Pas de consultation gynécologique si asymptomatique (1/15)

P10 : « On a du mal à s'imaginer qu'on va voir le gynéco pour un contrôle, comme on va voir le dentiste pour un contrôle ou un médecin traitant pour un contrôle. »

III.3.4.5. Liberté de choix de la patiente de ne pas réaliser le FCU (1/15)

P13 : « Simplement j'avais pas envie d'y aller. De le faire ! Surtout ça ! »

III.3.4.6. Sujet tabou (1/15)

P9 : « C'était un sujet tabou. »

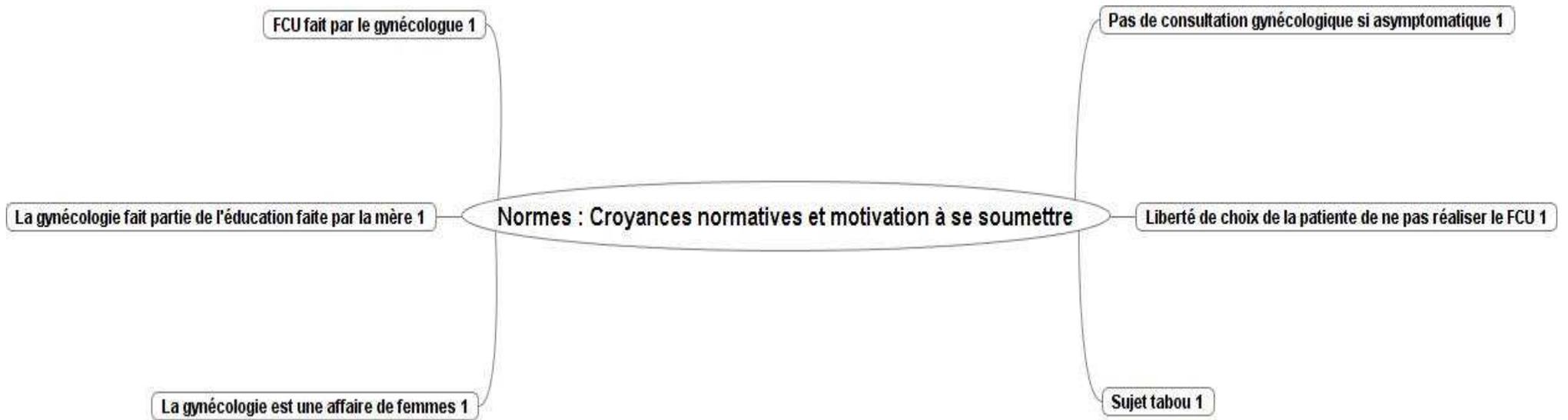


Figure n°7 : Normes : Croyances normatives et motivation à se soumettre

III.3.5. Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir

III.3.5.1. Examen gynécologique

III.3.5.1.1. Gênant / Pudeur

III.3.5.1.1.1. En général (8/15)

P4 : « C'est vrai que c'est délicat à c't'endroit là »
P9 : « Peut être un petit peu de gêne aussi. Mais bon, on arrive à un âge, moi j'ai 57 ans. J'arrive à un âge où franchement... »
P13 : « C'est intime euh j'veux dire euh donc c'est pas délicat à... Faut... faut y aller ! »
P14 : « J'sais pas euh, peut être j'suis fort pudique c'est ça aussi ? »
P15 : « Ben disons la pudeur quoi... (silence) c'est... »

III.3.5.1.1.2. Position gynécologique (4/15)

P7 : « On se sent bête quelque part (...) Bah, pour la position, c'est quelqu'un qui est au-dessus de vous et euh.....qui regarde à l'intérieur de vous quand même »
P15 : « IMG : Est-ce que c'était douloureux pour vous de faire un frottis ? P : Non, mais gênant, c'est... Savoir euh déjà les jambes écartées euh... (rires) avec une personne devant vous euh... (rires) C'est pareil quand j'étais enceinte euh... la gynécologue aussi euh... pareil euh... j'étais gênée quoi ! »
« IMG : Le fait d'être dans cette position là vous gênait vous. P : Ouais. »

III.3.5.1.1.3. Avant les grossesses (1/15)

P10 : « IMG : C'est pas gênant ? c'est pas... c'est parce que vous n'y pensez pas... P : Euh ben ça l'a été au départ, mais une fois qu'on a passé deux grossesses et qu'on s'est fait suivre... »

III.3.5.1.1.4. Lors d'une expérience antérieure (2/15)

P15 : « IMG : Et l'expérience pour vous c'était une expérience euh... correcte ? P : Désagréable. IMG : Ouais, à cause de quoi ? P : Ben disons la pudeur quoi... (silence) c'est... IMG : C'est jamais évident. P : Voilà ! Donc euh... moi je suis très pudique, c'est peut être ça aussi que après euh... j'y pensais pas vraiment. »

III.3.5.1.1.5. À cause des leucorrhées (1/15)

P13 : « Ben y'a ça aussi pis bon y'a autre chose aussi, c'est que bon... en sachant qu'on a attrapé des... qu'on a eu des enfants, on a des soit, disons beaucoup de pertes blanches. Moi c'est mon cas, j'ai énormément de pertes blanches pis bon c'est... et y'a les odeurs aussi à... à... Y'a une odeur assez spéciale hein euh... bon j'suis un petit peu gênée à cause de ça, même si je me toilette souvent »

III.3.5.1.1.6. Si ne connaît pas le médecin réalisant le FCU (1/15)

P13 : « C'est plus confortable pour vous de connaître le médecin qui va vous faire le frottis ? : Ah ouais, je préfère. Je suis plus à l'aise. Quand je connais pas euh... Ça va pas »

III.3.5.1.2. Déplaisant (4/15)

P7 : « On n'y va pas de gaité de cœur quoi... »
« C'est pas ce qu'on peut appeler vraiment désagréable mais c'est pas non plus agréable »
P14 : « Et qu'est ce qui vous embête dans l'examen ? P : (rires) Je sais pas, j'aime pas. »

III.3.5.1.3. Anxiogène (1/15)

P1 : « J'suis toujours stressée quand je fais un examen, je stresse tout le temps »

III.3.5.1.4. Douloureux (1/15)

P13 : « Ça me fait mal ouais. Pourtant j'essaye d'être détendue mais j'y arrive pas. Donc y'en a qui sont pas souples, donc ils vont directement donc ça me fait horriblement mal, mais y'en a hyper souples et qui le font doucement. »

III.3.5.1.5. Impressionnant (1/15)

P13 : « Tout ce qui est euh... appareil euh... gynécologique euh... c'est impressionnant donc euh... »
« P : ça me fait pas peur, c'est impressionnant. C'est le spéculum qui me fait...IMG : C'est ça qui vous impressionne ? P : Ouais »

III.3.5.2. Lien particulier avec le MG

III.3.5.2.1. Trop proche (5/15)

P3 : « Ah non, pas ici, pas lui ! »
P6 : « Il y a quand même un lien qui est un peu différent et j'ai pas forcément envie de mélanger... »

P7 : « C'est quelque chose d'intime, je préfère que ce soit quelqu'un d'en dehors, qui me connaisse sur le plan médical de ce point de vue là, et ensuite on ferme la porte, ça y est c'est fini »

III.3.5.2.2. Médecin de famille (1/15)

P3 : « IMG : C'est parce que vous le connaissez trop bien ? P : Voilà, c'est... Un médecin de famille. C'est à dire c'est un médecin de famille, il s'occupe de mon mari, il s'occupe de moi, il s'occupe de mon fils... »

III.3.5.2.3. Pudeur (3/15)

P6 : « en fait euh le généraliste... j'ai pas forcément euh... toujours une question de pudeur en fait, je préfère... »

P13 : « Ouais parce que le médecin traitant il va me voir, il va me connaître aussi la... euh non, j'vais pas être à l'aise »

III.3.5.3. Volonté de séparer les rôles du MG et du gynécologue (4/15)

P7 : « ça fait partie plus de l'intimité, je préfère que ce soit un médecin qui soit en dehors de ma vie quelque part, qui me voie que pour ça »

P8 : « IMG : Vous ne voulez pas qu'il (son médecin généraliste) s'occupe de la gynéco. P : Voilà, exactement. C'est deux choses différentes. »

III.3.5.4. Négligence, oubli

III.3.5.4.1. Ne prend pas le temps de prendre rendez-vous pour le FCU (5/15)

P2 : « C'est parce que je ne prends jamais le temps de prendre rendez-vous »

P7 : « J'ai changé de région et en changeant de région j'ai pas pris le temps de chercher une gynécologue »

« On dit « oui, oui » et on passe à autre chose »

P11 : « (...) c'est toujours « ah, on va prendre rendez-vous, ah on va prendre rendez-vous ». Mais, on ne le fait pas... »

III.3.5.4.2. N'y pense pas (2/15)

P10 : « J'y pense pas en fait du tout »

III.3.5.4.3. Evènements intercurrents (3/15)

P10 : « si je ne prend pas la date aussitôt, ben après ça sort de ma mémoire, je suis prise pour autre chose et puis ben voilà. »

III.3.5.4.4. Fainéantise (3/15)

P9 : « Bah moi, c'est un petit peu d'la flemme »

P13 : « Ben toujours hein, on dirait que moi c'est une corvée de prendre rendez-vous euh... »

P14 : « Pff c'est la flemme. C'est moi, j'traîne beaucoup pour ça »

III.3.5.4.5. Pour le suivi (1/15)

P9 : « P : C'est vraiment en cas de besoin. IMG : C'est uniquement quand vous avez quelque chose qui ne va pas que vous y allez. P : Voilà. Je vous direz, j'ai pas été bien non plus avec ça, j'avais un stérilet, je l'ai gardé pendant 10 ans ! »

III.3.5.5. Découragement d'aller au rendez-vous

III.3.5.5.1. Délai de rendez-vous long (1/15)

P6 : « Bah, c'est pas pareil un rendez-vous dans deux semaines et un rendez-vous dans trois mois. Effectivement, on peut zapper plus facilement ou on peut se décourager »

III.3.5.5.2. Accumulation des contraintes (1/15)

P7 : « Donc euh... ça fait beaucoup du coup ben... abandon »

III.3.5.6. Rôle du genre masculin du médecin

III.3.5.6.1. Pour l'examen gynécologique

III.3.5.6.1.1. Gênant (4/15)

P5 : « J'étais quand même gênée au niveau d'un... si c'était un homme »

P6 : « je préfère que ce soit une femme (...) je suis plus à l'aise, je suis plus à l'aise dans ces conditions là »

« C'est une question de pudeur peut-être... »

III.3.5.6.1.2. Stressant (1/15)

P1 : « Une femme ça me stresse moins »

III.3.5.6.2. Difficulté à parler de façon libérée (2/15)

P4 : « une femme déjà c'est moins... euh... ben déjà entre femmes on se comprend »

P5 : « quand je savais que j'avais une femme, j'étais plus libre de parler avec elle que avec un homme... c'était plus simple... »

III.3.5.7. Non concernée par le suivi gynécologique et / ou le dépistage

III.3.5.7.1. Pas de démarche personnelle (4/15)

P7 : « P : Si c'est le médecin qui me le conseille, j'irais en fait. IMG : Hum... Mais de vous-même... P : Non »

P11 : « C'est euh..., bah je vais vous avouer franchement, la dernière fois que je suis venue, tout compte fait je me suis dis : bah oui, pourquoi je ne l'ai pas fait faire tout de suite ? J'aurai été tranquille... parce que c'est toujours la démarche (qui est difficile). »

III.3.5.7.2. Age

III.3.5.7.2.1. Trop jeune (1/15)

P4 : « IMG : Et là si je vous dis que le frottis c'est entre 25 et 65 ans, à partir de quand vous allez vous décider à faire un frottis ? P : Ben j'sais pas vers 35 ans... »

« On vieillit et je pense qu'il faut commencer à faire les examens »

III.3.5.7.2.2. Trop vieille (4/15)

P5 : « C'est nouveau c'est pour les jeunes »

P12 : « Je m'étais dit que c'était peut être avant que j'en avais besoin, mais pas maintenant »

III.3.5.7.3. Ménopause (2/15)

P12 : « Du fait que je suis ménopausée »

III.3.5.7.4. Plus de désir d'enfant / vie « reproductive » terminée (1/15)

P5 : « Bah j'me dis euh... le fait que j'vais plus avoir d'enfant, plus rien, ça m'intéresse plus... »

« Voila... c'est...le côté-là ça sert plus à rien ! Comme on dit ! »

III.3.5.7.5. Se sent protégée par le suivi pour une pathologie chronique (1/15)

P5 : « Moi je suis protégée dans un sens car je fais déjà beaucoup d'examens »

III.3.5.7.6. Absence de symptôme (4/15)

P4 : « Moi, je le ferais si jamais j'aurais des douleurs, si j'aurais des symptômes qui me dit faut qu'j'vais chez le gynécologue »

P11 : « Mais quand vous... euh... vous n'avez rien. Bah, vous ne faites rien, vous ne cherchez pas. »

III.3.5.7.7. Pas de relation sexuelle (3/15)

*P12 : « Du fait que j'ai plus de rapport avec personne »
« La ménopause et puis de toutes façons avec mon mari, j'avais plus de rapport depuis l'âge de 40 ans »*

III.3.5.8. Non concernée par la maladie

III.3.5.8.1. En général (2/15)

P15 : « Donc pour vous, il n'y a pas de raison pour que vous ayez la maladie ? P : Je croise les doigts mais non ! »

III.3.5.8.2. Trop jeune (1/15)

P4 : « Moi, j'ai 31 ans et euh... c'est sûr ça n'arrive pas qu'aux autres... »

III.3.5.8.3. Pas d'antécédent de maladie gynécologique (2/15)

P4 : « J'ai jamais eu de problème à ce niveau là »

III.3.5.8.4. Bonne santé (4/15)

P7 : « Donc tant qu'on ne sait pas tout va bien, mais quand on sait, ça va déjà beaucoup moins bien »

P8 : « IMG : Qu'est ce qui vous rebute un petit peu à faire ce frottis ? P : Bah, c'est-à-dire que quand ça va, ça va ! »

P11 : « Pour moi, tant que l'on n'a rien, tant que l'on n'a pas de symptôme, c'est que l'on se porte bien »

III.3.5.8.5. Pas d'antécédent familial de cancer (2/15)

P11 : « Euh... ma maman tout ça, elle n'a pas eu... euh mon père est mort jeune donc il n'a pas connu ça... mais je crois que c'est génétique, maintenant je ne sais pas à 100%. »

III.3.5.9. Gêne par rapport au gynécologue après avoir oublié un rendez-vous (1/15)

P6 : « Pour ma part, j'ai zappé. Donc du coup, j'ai plus osé appeler le même et puis il fallait que j'en trouve un autre et puis... enfin bon »

III.3.5.10. A perdu l'habitude du suivi gynécologique (3/15)

P11 : « Et quand vous êtes suivi tout le temps donc vous avez l'habitude, bah c'est une routine. Mais quand vous l'arrêtez, il y a plus de mal à le reprendre. »

III.3.5.11. Ressent les conseils de prévention comme une obligation (1/15)

P9 : « Les informations qu'ils donnent c'est plus incitatif que éducatif. Faut faire ci, faut faire ça. Mouais. C'est plutôt une obligation qu'un conseil qu'ils donnent... »
« IMG : Le fait de vous sentir obligée, ça ne vous plaît pas...P : Voilà, voilà. »

III.3.5.12. Peur

III.3.5.12.1. De la maladie (3/15)

P1 : « J'ai toujours peur qu'il y a quelque chose, si j'ai ... vous voyez ? »
P3 : « J'ai toujours peur d'y aller et qu'on me dit : « voilà, vous avez quelque chose qui va pas... » (...) Alors je préfère de ne pas savoir et... Je continue »
« C'est la peur que j'ai de découvrir quelque chose que j'étais pas au courant et que ça y est »

III.3.5.12.2. Des conséquences sur l'entourage (1/15)

P9 : « Je veux embêter personne non plus avec mes petits problèmes de santé »

III.3.5.12.3. Du résultat (2/15)

P11 : « IMG : Donc c'est la peur d'avoir quelque chose... P : Exact. C'est exactement ça »
« Mais on a toujours peur de le faire parce qu'on se dit « pour l'instant, on a rien. Si on le fait, qu'est-ce qu'ils vont nous trouver ? »

III.3.5.12.4. De l'atteinte de nombreuses facettes de sa personne (1/15) :

P7 : « Ce n'est pas que le côté sexuel, le côté organe. Dès qu'on y touche, ça va toucher à plusieurs choses »

III.3.5.12.4.1. sa féminité (1/15)

P7 : « c'est un endroit humide et que ben ...ce soit plus porteur de germes etc.... et que il nous découvre quelque chose qui touche vraiment à l'essence... ben à la féminité au sens propre »

III.3.5.12.4.2. son état hormonal (1/15)

P7 : « ça touche aussi après au côté hormonal »

III.3.5.12.4.3. son bien-être, son état général (1/15)

P7 : « et au bien-être de la personne aussi... ça recouvre beaucoup de la personne en même temps. »

III.3.5.12.4.4. son moral (1/15)

*P7 : « Ça touche aussi au moral, parce qu'on a touché euh... »
« ça touche pas que ça, ça touche aussi, ben je vous dis au moral, à la façon de voir le monde quoi ! »*

III.3.5.13. Cabinet médical perçu comme lieu non assez intime pour l'examen gynécologique (1/15)

P11 : « Bah le cabinet médical tout compte fait, vous avez une petite pièce qui fait autant de mètre carrés, une porte, des gens qui crient derrière... c'est pas... (...) De toujours se dire, pourvu que il y a personne qui rentre... »

III.3.5.14. Relation médecin/malade

III.3.5.14.1. Manque d'explications : majoration des angoisses liées à la peur de la maladie (1/15)

P7 : « Mais pour le patient c'est une fois le jour du rendez-vous, donc s'il n'y a pas d'explication on ne sait pas si c'est normal, si il a un doute, si il fait un examen complémentaire parce qu'il recherche quelque chose de spécifique, parce qu'il a vu une anomalie ou parce que c'est l'habitude lors d'une consultation. »

III.3.5.14.2. Gêne si médecin « froid » (1/15)

*P7 : « Quelqu'un qui ne parle pas, qui dit « asseyez-vous, mettez-vous en position », j'aimerais pas beaucoup, je vais pas y retourner »
« parce que le gynéco que j'avez ici dans la région a pris sa retraite et la personne qui a repris la patientèle euh... d'après les ouïes-dires est quelqu'un de plus froid, qui explique moins. Bon, ça engage pas non plus à aller la voir ! »*

III.3.5.15. Absence de peur du cancer

III.3.5.15.1. Résultat antérieur de FCU normal (1/15)

P13 : « IMG : Est-ce que vous redoutez du coup ce cancer ? P : Non, pas du tout ! Parce que jusqu'à présent, quand j'ai fait un frottis, on m'a dit que c'était bon »

III.3.5.15.2. Méconnaissance de la maladie (1/15)

P13 : « IMG : Vous n'avez pas peur de la maladie quoi ? P : Non, parce que je sais pas ce que c'est »

III.3.5.16. Réticence vis-à-vis des hôpitaux (1/15)

P13 : « Euh déjà les hôpitaux, tout ce qui est hôpitaux tout ça j'aime pas trop mais bon »

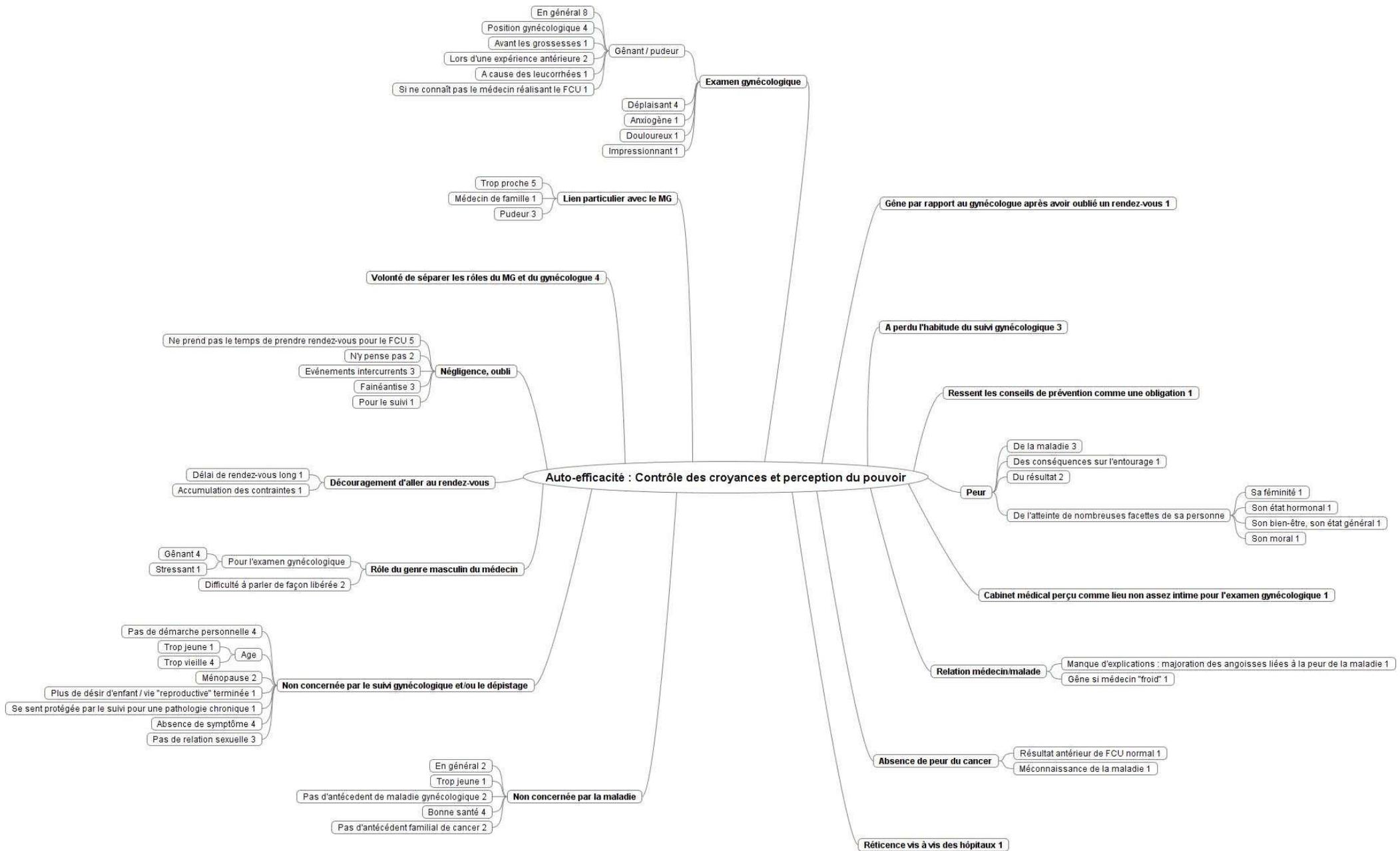


Figure n°8 : Auto-efficacité : Contrôle des croyances et perception du pouvoir

IV. DISCUSSION

IV.1. Les résultats principaux

IV.1.1. Facteurs environnementaux

De nombreuses contraintes environnementales ressortaient comme déterminants de la réalisation du FCU par les femmes consultant en médecine générale.

Tout d'abord, le manque d'information sur le FCU (et par extension, sur le cancer du col de l'utérus), délivré par le MG, les médias ou encore la mère, semblaient être un élément important dans la mise en œuvre de l'intention chez les femmes.

Ces freins relatifs au manque d'information sur le cancer du col et son dépistage étaient largement évoqués dans la littérature [4] [35] [36]. En effet, contrairement à un autre cancer féminin, le cancer du sein, qui a été l'objet de plusieurs campagnes d'information, le cancer du col de l'utérus n'a pas encore bénéficié d'une telle publicité. C'est pourquoi une meilleure information, notamment envers les femmes sous-dépistées, est recommandée par l'HAS [12]. A ce titre, une campagne radiophonique, organisée par l'INCa, a eu lieu du 5 au 22 juin 2010. Des documents d'information, à destination des femmes et des professionnels de santé, ont été diffusés à la même période [19].

Les femmes non dépistées consultant en médecine générale déplorait également une absence de proposition et même d'évocation du suivi gynécologique en consultation de médecine générale. Cette absence de proposition par les MG était un des critères de choix du gynécologue pour la réalisation du FCU [36].

De leur côté, les MG expliquaient leur absence de proposition du suivi gynécologique par des oublis, des difficultés à aborder, chez certaines patientes, un sujet qu'ils ne maîtrisent parfois pas [37].

Elles soulignaient aussi que le suivi gynécologique, et par conséquent, le FCU, restaient un sujet tabou, que ce soit avec le MG ou avec l'entourage. Deux études récentes confirmaient que le FCU n'est pas « un sujet de discussion entre femmes » [36] [38].

Ce point de vue était également présent dans les représentations des MG sur les femmes [37] et semblait être une des causes du défaut de communication entre médecins et patientes sur le sujet [25].

Lorsque les femmes ont l'intention de faire réaliser un FCU et qu'elles souhaitent s'adresser à un gynécologue, elles regrettaient la difficulté qu'elles éprouvent lors de la prise d'un rendez-vous. Elles soulignaient notamment des délais d'attente trop longs et une non concordance de leurs disponibilités avec celles des spécialistes.

Les problèmes d'accès au dépistage étaient relevés dans d'autres études qualitatives. Le manque de médecins aurait pour conséquence des délais de rendez-vous plus longs et des durées de consultation plus courtes, ce qui découragerait les femmes d'avoir un suivi gynécologique [35] [36] [39].

Les MG interrogés dans une étude récente étaient partagés sur l'offre de soins en gynécologues : certains la trouvaient suffisante et soulignaient que les laboratoires peuvent également effectuer les FCU, d'autres évoquaient une insuffisance dans l'offre de soins en gynécologues médicaux [37].

Ces freins s'expliquent par la démographie médicale [20] [21], et impliqueront la réalisation des FCU par d'autres professionnels de santé, les MG et les sages-femmes [12].

Une mauvaise expérience antérieure des patientes ou de leurs proches lors d'un examen gynécologique était un obstacle à la mise en œuvre de l'intention. Ainsi, une pose de stérilet douloureuse ou un mauvais contact avec le gynécologue étaient autant de situations difficiles à surmonter pour les femmes.

Et même si 91% de femmes consultant en médecine générale déclaraient avoir déjà consulté un gynécologue [23], elles trouvaient cet examen désagréable et parfois douloureux. Cet aspect de l'examen gynécologique était fréquemment retrouvé dans les enquêtes effectuées auprès des femmes [4] [26] [36] [38].

Les représentations qu'avaient les MG sur les femmes et leur vécu de l'examen gynécologique étaient concordantes [37].

L'interruption du suivi gynécologique pouvait être une conséquence des éléments cités ci-dessus. Mais un déménagement pour des raisons personnelles ou professionnelles pouvait par exemple entraîner une interruption des consultations chez le gynécologue habituel. Les patientes estimaient aussi que les changements

dans leur vie de femme (fin des grossesses, ménopause) étaient des causes d'arrêt du suivi gynécologique et donc d'arrêt de la réalisation du FCU. Le fait d'arrêter le suivi chez le gynécologue était retrouvé comme facteur de non réalisation du FCU dans une enquête déclarative réalisée auprès des femmes [26].

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

Les MG soulignaient également que, selon eux, l'absence de suivi gynécologique en dehors de la grossesse, après 50 ans, ou en l'absence de pathologie gynécologique n'incitaient pas les femmes à réaliser le FCU [37].

Des freins matériels étaient également cités : contraintes liées à la consultation (déplacement, attente), manque de temps pour prendre le rendez-vous à cause du travail, de la vie de famille... Ils étaient retrouvés dans la littérature [4] [26] [39].

Enfin, le caractère non obligatoire du FCU était considéré par les femmes consultant en médecine générale comme une entrave à la transformation de l'intention en comportement.

IV.1.2. Compétences et habiletés

L'étude mettait en évidence que la méconnaissance du FCU et/ou du cancer du col était un obstacle important à la réalisation du FCU. En effet, pour les femmes qui ont entendu parler du FCU et qui ont l'intention de le faire réaliser, sa finalité ou ses modalités restaient imprécises. Ceci était probablement une conséquence du manque d'information de la part des médecins, des médias ou de l'entourage, décrit dans le paragraphe précédent.

La méconnaissance de l'anatomie féminine et de sa physiologie était également évoquée mais ne semblait pas prépondérante.

IV.1.3. Représentations : croyances comportementales et évaluation des issues

Les femmes qui n'ont pas l'intention de faire réaliser un FCU avaient de nombreuses représentations sur le cancer du col de l'utérus. Selon elles, il s'agirait d'une pathologie symptomatique, décelable sur d'autres examens complémentaires (prise de sang, coloscopie), faisant l'objet d'une prédisposition familiale, nécessitant une vie sexuelle active, ou encore n'existant plus après la ménopause. Cette ignorance du cancer du col apparaissait comme fondamentale dans l'élaboration de l'intention et était retrouvée dans la littérature [4].

Les MG interrogés estimaient que le manque d'information, qui est à l'origine de cette ignorance, était un obstacle à la réalisation du FCU [37].

On retrouvait également fréquemment l'idée que la consultation gynécologique n'avait pas lieu d'être si la patiente était asymptomatique. Une étude récente soulignait que les raisons d'une telle représentation sur la non-nécessité de consultation médicale en l'absence de symptôme seraient variables en fonction de l'âge des patientes : pour les patientes plus âgées, il s'agirait d'une habitude liée à l'éducation (on ne consulte un médecin uniquement si on est « mourant »), alors que pour les plus jeunes, il s'agirait d'insouciance [36]. Cette représentation peut également s'expliquer par l'ignorance de la cause et de l'évolution du cancer du col de l'utérus.

Par ailleurs, les femmes interrogées avaient des représentations sur les rôles du MG : certaines pensaient que le MG ne fait pas de gynécologie. Elles soulignaient également que le gynécologue était plus compétent que le MG pour le suivi gynécologique.

Ceci pourrait expliquer la faible demande, de la part des patientes, de la réalisation du FCU en médecine générale, qui était remarquée par les MG [37].

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

L'obstacle culturel et religieux était retrouvé chez les MG [37].

IV.1.4. Normes : croyances normatives et motivations à se soumettre

Le FCU était considéré comme une « affaire de femmes », faisant partie de l'éducation reçue par la mère.

Cette norme éducative et culturelle était retrouvée chez les MG interrogés, pour lesquels l'absence de transmission « mère-fille » apparaissait comme prépondérante dans l'élaboration de l'intention chez les femmes [37].

Le fait que la réalisation du FCU est de la compétence exclusive du gynécologue était évoqué comme une des raisons de la non réalisation du FCU chez le MG.

Cette norme sociale était retrouvée chez un MG d'une étude récente [37].

Enfin, une femme insistait sur sa liberté de choix de ne pas effectuer le FCU, raison relevée dans le discours des MG [37].

IV.1.5. Auto – efficacité : contrôle des croyances et perception du pouvoir

Pour les femmes n'ayant pas l'intention de faire réaliser le FCU, la gêne et la pudeur occasionnées par l'examen gynécologique étaient fondamentales. Les femmes soulignaient que c'était la position gynécologique qui était souvent vécue comme intrusive pour elles. Cette intrusion dans la sphère intime semblait être le déterminant clé dans l'élaboration de l'intention. Cette notion de gêne était très souvent retrouvée dans les études explorant les freins à la réalisation du FCU chez les patientes [22] [35] [36] [38] [39] et dans une étude récente explorant les croyances des MG [37].

Pour certaines femmes, la pudeur était d'autant plus présente lorsque le médecin est un homme. Une patiente précisait aussi que le genre masculin du médecin ne l'incitait pas à parler de façon libérée de ses problèmes gynécologiques. Le rôle du genre du médecin était variable en fonction des femmes interrogées [36] [38].

Chez les MG, les avis étaient partagés : alors que certains pensaient qu'être un homme était un désavantage, d'autres pensaient que certaines femmes éprouvaient de la gêne à être examiné par une femme [37].

Les femmes expliquaient aussi que l'examen gynécologique était déplaisant, désagréable, mais peu de femmes invoquaient la douleur provoquée comme frein à

la réalisation du FCU. Ce résultat était en accord avec les récentes études qualitatives [36] [38] [39].

Lorsque l'on évoquait avec les femmes le choix du médecin pour une éventuelle réalisation du FCU, beaucoup affichaient leur volonté de séparer les rôles du MG et les rôles du gynécologue. Le MG était vu comme quelqu'un de trop proche - c'est le médecin qui connaît toute la famille - et les sentiments de gêne et de pudeur étaient majorés. Chez les femmes qui choisissent le gynécologue pour faire réaliser le FCU, la relation de proximité avec le MG, qui entraînerait gêne et pudeur, était évoquée comme critère de choix [35] [36] [38].

Lorsqu'on les interroge, les MG disaient ressentir cette gêne [37].

Une des femmes interrogées dans l'étude insistait sur le fait que, pour se « livrer » à la réalisation du FCU, il était indispensable que la relation qu'elle entretenait avec le médecin soit basée sur l'empathie et l'honnêteté. Dans une autre étude qualitative, les femmes dépistées indiquaient qu'un des critères de choix du médecin était sa personnalité, le contact et la relation qu'elles entretenaient avec lui [35].

La mauvaise perception du risque semblait être un déterminant important de l'élaboration de l'intention chez les femmes non dépistées. En effet, beaucoup de femmes se disaient non concernées par le suivi gynécologique et le dépistage, ainsi que par la maladie. Elles invoquaient leur âge (trop jeune ou trop âgée), la ménopause, l'absence de relations sexuelles, l'absence de symptôme. L'absence d'antécédent personnel ou familial de pathologie gynécologique ou de cancer et surtout, le sentiment de bonne santé, ressortaient comme des éléments majeurs de non élaboration de l'intention. Ces notions étaient concordantes avec les données de la littérature [22] [35] [36] [39].

De leur côté, les MG pensaient largement que les femmes non dépistées ne se sentaient pas concernées par le dépistage. Ils évoquaient des raisons diverses (âge, ménopause, sentiment de bonne santé, absence de symptôme, fidélité dans le couple, rareté ou absence de relations sexuelles, absence d'antécédent familial) qui recoupaient les déclarations des patientes [37].

La négligence, l'oubli étaient fréquemment retrouvés dans le discours des femmes. Elles se sentaient concernées par le FCU mais exprimaient une certaine molesse de l'intention : fainéantise ou événements intercurrents qui empêchaient de prendre le

rendez-vous. Elles se disaient également découragées par l'accumulation des contraintes liées à la prise de rendez-vous. Cette notion est probablement à mettre en parallèle avec la mauvaise perception du risque évoquée ci-dessus.

La négligence était fréquemment relevée par les MG [37].

Enfin, la peur de la maladie apparaissait comme déterminant de l'élaboration de l'intention. Cet obstacle à la réalisation du FCU était retrouvé dans les études déclarative [39] et qualitative [36].

La peur de la maladie et la peur du résultat étaient largement évoquées par les MG comme freins à la réalisation du FCU chez les femmes [37].

Les patientes insistaient aussi sur les conséquences que pourrait avoir la découverte d'un cancer du col de l'utérus sur leur entourage et sur elles-mêmes : modification de la perception de la féminité, de son bien-être général et de son état psychologique.

A noter que l'absence de peur du cancer était retrouvée chez une patiente, pour laquelle un FCU antérieur normal était considéré comme rassurant. Ce point de vue est à rapprocher d'une mauvaise perception du risque.

IV.2. La validité de l'étude

IV.2.1. Les forces de l'étude

La plupart des études concernant les freins à la réalisation du FCU s'intéresse au point de vue des femmes en général. Dans l'étude, la population cible était les femmes de 25 à 65 ans non dépistées malgré l'absence de critères d'exclusion (hystérectomie, antécédent de dysplasie cervicale), n'ayant pas bénéficié de FCU dans les cinq dernières années. Ce choix ajoutait de la puissance à la validité des résultats.

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

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

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

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

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

Plusieurs sources de perte d'information peuvent être relevées.

Tout d'abord, il existait un biais de recrutement : les femmes ayant été recrutées dans les cabinets de médecine générale, les femmes éloignées du système de soin n'ont pas été consultées. A noter également que plusieurs patientes maghrébines ou ne parlant pas le français ont refusé l'entretien. Leur avis n'a donc pas pu être recueilli.

Lors du recueil des données, le fait que le chercheur soit lui-même un médecin généraliste a pu influencer les réponses des patientes interrogées. Par ailleurs, les chercheurs n'ont pas reçu de formation particulière pour mener les entretiens semi-dirigés. Ceci a donc probablement été à l'origine d'une perte ou d'une influence sur les données.

Les transcriptions n'ont pas été soumises aux interviewées pour approbation, contrairement à ce que prévoyait le protocole, pour des raisons de faisabilité.

L'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été demandé 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

Afin d'obtenir un échantillon plus important de patientes et donc de recueillir davantage de données, il pourrait être utile de mettre en place des « focus group ».

L'étude peut également permettre la réalisation d'un questionnaire structuré par le MIPC qui pourrait déboucher sur une étude quantitative des obstacles à la réalisation du FCU en médecine générale chez les patientes.

L'utilisation du MIPC de Fishbein-Ajzen ouvre des perspectives. En effet, une étude portant sur la pondération des déterminants à la réalisation du FCU pourrait être réalisée et permettrait d'estimer la probabilité de la transformation de l'intention en comportement.

Enfin, l'étude, en permettant d'identifier précisément les obstacles à la réalisation des FCU chez les patientes consultant en médecine générale, ouvre la voie à une réflexion sur les outils qui pourraient lever ces obstacles. Des études récentes [16] [40] [41] [42] ont d'ailleurs montré l'intérêt de l'autoprélèvement vaginal pour lever certains de ces obstacles.

V. CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus peut être détecté précocement grâce au FCU. Malgré un dépistage opportuniste largement répandu en France, de nombreuses femmes échappent encore au dépistage.

Le FCU, bien qu'entrant dans les compétences du MG, est une pratique peu développée en médecine générale. Les obstacles à sa réalisation en médecine générale sont complexes.

Chez les patientes non dépistées consultant en médecine générale, faire réaliser un FCU par un tiers est un comportement qui nécessite l'élaboration d'une intention. Les déterminants de cette intention et de sa transformation en comportement sont résumés dans la figure n°9.

La classification des obstacles dans le MIPC ouvre la voie à une étude de pondération et d'interaction de ces obstacles pour prédire la réalisation ou non d'un FCU de dépistage. Elle permet également une réflexion sur les moyens de lever ces obstacles. L'amélioration de l'information délivrée aux femmes et aux professionnels de santé, le dépistage organisé ou encore l'autoprélèvement vaginal semblent être des pistes à explorer.

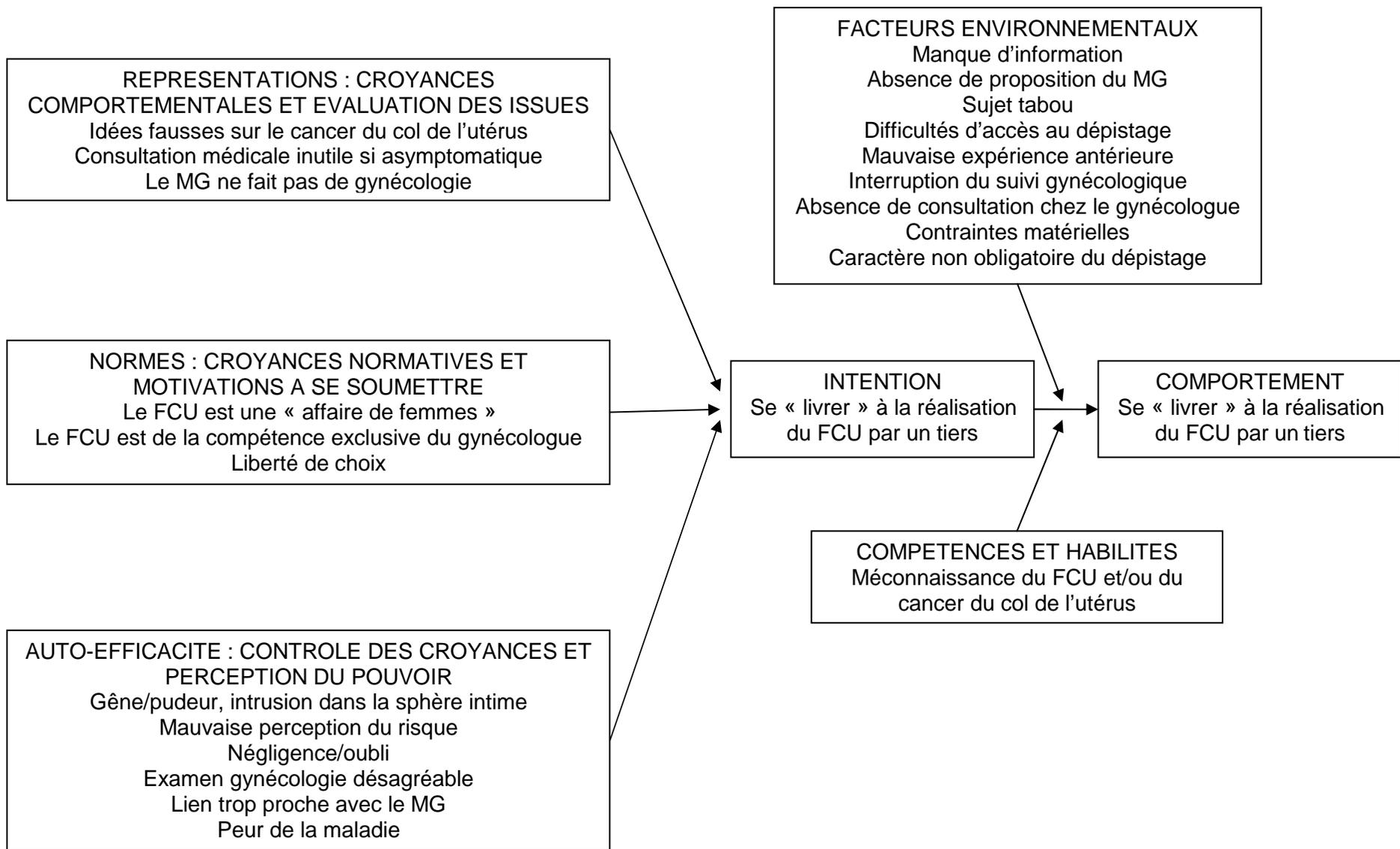


Figure n°9 : Les déterminants du comportement chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut national de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques du cancer du col de l'utérus, état des connaissances. Actualisation 2008.
- [2] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P 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. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Septembre 2007.
- [5] Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999;189(1):12-9
- [6] International Agency for Research on Cancer. Iarc handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening. Lyon : IARC Press, 2005.
- [7] K.Faure. Quelle actualité sur l'histoire naturelle de l'HPV ? 2007. <http://www.infectio-lille.com/.../HPV-histoire%20naturelle-faure-2007.ppt>, consulté le 6 décembre 2010.
- [8] Alliance for Cervical Cancer Prevention, Natural History of Cervical Cancer : Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives. Avril 2003. <http://www.alliance-cxca.org/english/publications.html>, consulté le 6 décembre 2010.
- [9] Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papilloma virus infection in young women. N Engl J Med 2006;345:2645-54.
- [10] Maria J Wawer, Aaron AR Tobian, Godfrey Kigosi and co. Effect of circumcision of HIV-negative men on transmission of human papillomavirus to HIV-negative women : a randomised trial in Rakai, Uganda. Lancet 2011 ; 377 : 209-18
- [11] Wilson, J.M.G. and G. Junger. The principles and practice of screening for disease. World Health Organisation, Geneva, 1968.
- [12] Haute Autorité de Santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010.
- [13] Prescrire Rédaction. Dépister les cancers de l'utérus. Rev Prescrire 2010;317:193-202

- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] Brink A, Meijer C, Wiegerinck M. High. Concordance of Results of Testing for Human Papillomavirus in Cervicovaginal Samples Collected by Two Methods, with Comparison of a Novel Self-Sampling Device to a Conventional Endocervical Brush. *Journal of clinical microbiology* 2006.
- [18] 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.
- [19] Institut National du Cancer. Le cancer du col de l'utérus en France, état des lieux 2010.
- [20] Claudon Céline. Etats des lieux de la pratique du frottis cervico vaginal par les médecins généralistes de Montpellier. Th D Méd, Montpellier ; 2007.
- [21] Sondage BVA demandé par la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale. Le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Novembre 2008.
http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf, consulté le 24 octobre 2010.
- [22] Guilbert P, Peretti-Wattel P, Beck F, Gautier A. *Baromètre Cancer 2005*. Paris: Editions INPES ; 2005.
- [23] Fromont Eugénie. Prévalence des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
- [24] Badet Aurélie. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Mémoire Master 2*. Lyon ; 2010.
- [25] 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.
- [26] Baudier F, Michaud C. Le dépistage des cancer : entre organisation et libre choix dans : *Baromètre Santé 2005*. Paris : Editions INPES ; 2005, p.299-316.

- [27] 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.
- [28] Jones R, Britten N, Culpepper L et al. Oxford textbook of primary care. Volume 1 : Principles and concepts. Oxford University Press 2005.
- [29] Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. 2001 ; 32(2) : 117-21.
- [30] Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 :142-5.
- [31] Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives-Vol.26(1), 2006, pp.110-138.
- [32] Deslauriers JP. Recherche qualitative : guide pratique. Montréal : MacGraw-Hill, 1991 :142 p.
- [33] Blanchet A, Ghiglione R, Massonat J, Trognon A. Les techniques d'enquêtes en sciences sociales : observer, interviewer, questionner. Paris : Dunod 2005 :197 p.
- [34] Berkhout C, Stalnikiewicz B, Messaadi N, Leruste S, Deleplanque D. Le modèle intégratif de prédiction comportementale. Exercer 2012, 102, 137-41.
- [35] 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.
- [36] 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.
- [37] Squimbre Charlotte. 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. Th D Méd, Lille 2 ; 2012.
- [38] Serio Delphine. Que pensent les femmes de la réalisation du frottis cervico-utérin en cabinet de médecine générale ? Th D Méd, Besançon ; 2011.
- [39] Szarewski A, Cadman L, Mesher D, Austin J, Ashdown-Barr L, Edwards R and al. HPV self-sampling as an alternative strategy in non-attenders for cervical screening – a randomised controlled trial. British Journal of Cancer. 2011; 104, 915 – 920.
- [40] Nesslany Pamela. 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.

- [41] 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>
- [42] 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.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de sélection

ANNEXE 2 : Flow charts

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

ANNEXE 4 : Verbatim P7

ANNEXE 5 : Verbatim P11

ANNEXE 1 : Questionnaire de sélection

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

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

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

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

- Oui
- Non

Etes-vous venue :

- Pour vous-même
- Pour accompagner un proche

Quel est votre âge ?

..... ans

Etes - vous :

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

Avez - vous des enfants ?

- Oui : Combien ?
- Non

Quelle est votre profession ?

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

Quel est votre niveau d'études ?

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

Dans quelle commune habitez - vous?

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

Avez - vous déjà consulté un gynécologue ?

- Oui
- Non

Si oui, de quand date votre dernière consultation ?

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

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

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Avez - vous déjà réalisé un frottis cervico utérin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, de quand date votre dernier frottis ?

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

Si oui, par qui a été fait votre frottis ?

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

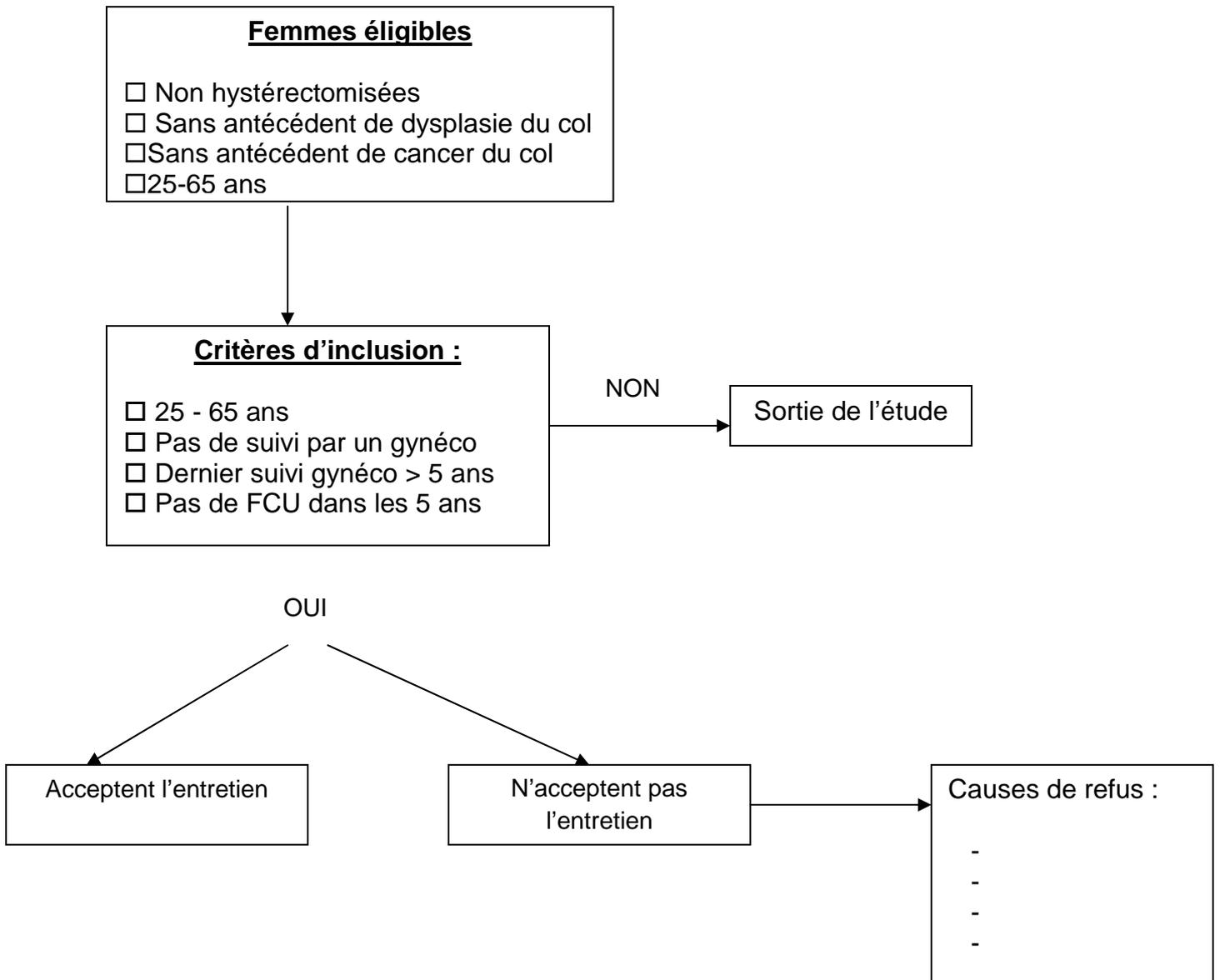
Accepteriez - vous un entretien personnalisé complémentaire avec une membre de notre équipe ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

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

ANNEXE 2 : Flow charts



ANNEXE 3 : Guide d'entretien

1/ Connaissance du FCU

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

2/ Vous et le FCU

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

3/ Le FCU et le MG

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

4/ Amélioration de la couverture du dépistage

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

ANNEXE 4 : Verbatim P7

Contexte de l'entretien : L'entretien a lieu le 30/11/2011. La patiente a 39 ans, elle est célibataire sans enfant. Elle est cadre et a un niveau d'étude supérieur. Elle habite Bruay-la-Buissière, centre-ville urbain, en zone en difficulté. Elle a déjà consulté un gynécologue mais il y a plus de 5 ans. Son dernier frottis cervico utérin date d'il y a plus de 5 ans également et avait été fait par un gynécologue. Elle ne signale pas de problème de santé d'ordre gynécologique. L'entretien a lieu au cabinet de son médecin généraliste, dans le bureau d'un médecin qui ne consultait pas à ce moment là. L'entretien se déroule dans une ambiance détendue, il a duré 23min53.

IMG : Voilà. Donc j'ai vu sur votre questionnaire que vous n'avez pas effectué de frottis dans les cinq dernières années. En fait j'ai besoin moi de savoir pourquoi. Alors est-ce que c'est parce que vous n'avez pas l'intention de faire de frottis ou alors c'est parce que vous en avez l'intention mais que il y a des facteurs qui entrent en jeu qui font que vous ne, vous ne l'avez pas fait ...

P : En fait euh... j'ai changé de région et en changeant de région, j'ai pas pris le temps de chercher une gynécologue, et maintenant je suis rentrée mais, ben n'ayant pas gardé l'habitude d'avoir un suivi gynécologique, j'en ai pas refait.

IMG : D'accord. Donc le suivi gynécologique c'était pas pour vous une habitude. De quand date votre dernier frottis ? Parce que vous m'aviez noté que vous en avez déjà fait.

P : Oui. Alors j'en ai fait un quand j'étais jeune fille, au moment de la première pilule, j'avais 18 ans ... aller entre 18 et 22 ans.

IMG : D'accord.

P : Là j'en ai 39, donc ça fait un bail.

IMG : D'accord. Donc vous n'aviez pas pris cette habitude de voir un gynécologue régulièrement en fait. Et pour quelles raisons ?

P : Parce que je suis célibataire et j'ai pas de compagnon.

IMG : D'accord. Donc...

P : Pas de rapport donc pas de compagnon, enfin pas de compagnon donc pas de rapport, et pas de souci de cet ordre.

IMG : D'accord, très bien. Euh...Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous savez du frottis ?

P : Oui, c'est euh...le médecin prélève une partie des cellules qui sont juste sur le bord du col, on sent quasiment rien d'ailleurs, et ensuite elle envoie au labo et on a les résultats.

IMG : D'accord. Et est-ce que vous savez ce que ça dépiste ?

P : Pour moi les maladies sexuellement transmissibles et après je sais pas. Visiblement le cancer parce que vous en avez parlé...

IMG : Oui, je vous ai un petit peu aiguillé... En fait voilà, le frottis dépiste ... peut dépister effectivement si il y a une petite infection, une petite mycose, mais ne va pas dépister toutes

les infections sexuellement transmissibles, mais le but principal du frottis c'est de dépister effectivement le cancer du col de l'utérus, qui est le cancer à cet endroit là comme vous m'aviez bien expliqué...

P : Oui, juste au bord...

IMG : Juste au bord tout à fait. Voila euh... Vous en aviez entendu parlé comment d frottis, quand vous l'aviez fait ?

P : Par ma mère.

IMG : C'est votre maman qui vous en avait parlé...

P : Qui m'avait expliqué ben ... ce qu'était un gynéco, comment s'installer, comment ça aller se dérouler et puis après bon ben... c'est le médecin qui a pris le relai, qui a expliqué, qui l'avait fait.

IMG : D'accord.

P : Et j'ai dû en avoir qu'un je crois.

IMG : D'accord. Et dans votre esprit, vous m'avez dit, c'était pas un examen douloureux ?

P : Non.

IMG : ça s'était bien passé à l'époque ?

P : Oui très bien.

IMG : D'accord. Donc vous n'en gardiez pas un mauvais souvenir ?

P : Non, pas du tout.

IMG : D'accord. Bon. Et euh...apparemment vous n'étiez pas informée que cet examen permettait de dépister le cancer du col...

P : Voila.

IMG : Est-ce que vous déjà entendu parler justement du cancer du col de l'utérus ?

P : Par les médias, oui, concernant le col de l'utérus mais sans ...

IMG : Hum, hum...

P : Sans plus de détails. Quelque part, on est plus au courant du cancer du poumon ou du cancer de la prostate, du cancer du sein aussi et moins du cancer du col de l'utérus.

IMG : D'accord. Vous trouvez que ça, c'est moins médiatisé comme cancer...

P : Ouais...après, il y a eu la campagne de publicité pour le vaccin pour les jeunes filles, avec un p'tit débat sur ... qui pouvait déclencher chez certaines personnes des soucis euh... qui pouvait déclencher des maladies visiblement...

IMG : Hum, hum...D'accord.

P : A voir parce que ...il y avait un doute dessus.

IMG : D'accord. Et est-ce que vous savez quel type de population est concerné par le cancer du col justement?

P : Bah... je pense les femmes ! (*rires*)

IMG : Ouais... Mais encore ?

P : Pour moi à partir de la quarantaine, donc je rentre dedans...

IMG : D'accord. Bon. Très bien. Euh... Donc finalement, il n'y avait pas cette habitude de suivi gynécologique donc euh...

P : A cause du changement de région oui...

IMG : A cause du changement de région... et puis le fait pas de rapport donc pas de suivi gynéco, pour vous, c'était ça la raison ... ?

P : Voila.

IMG : D'accord. Et là maintenant si vous décidiez de faire un frottis, vers qui vous tourneriez vous ?

P : Gynécologue.

IMG : Un gynécologue ?

P : Oui.

IMG : D'accord. Pour quelles raisons ?

P : Et ben parce que mon médecin de famille, je pourrais plutôt lui exposer ma vie... euh... quelque part le côté psychologique, pourquoi ça va pas etc... et ça, ça fait partie plus de l'intimité, je préfère que ce soit un médecin qui soit en dehors de ma vie quelque part, qui me voie que pour ça...

IMG : D'accord, de façon ponctuelle...

P : Un peu comme le dentiste. Quelque part ça a pas vraiment de lien... Pour moi la bouche c'est quelque chose de très intime.

IMG : D'accord.

P : Pour l'anecdote mon cousin est dentiste, je n'ai pu aller chez lui qu'une seule fois parce que je suis très mal à l'aise. Chez n'importe quel dentiste ça se passe très bien. J'en prends un n'importe lequel ça se passe bien. Lui, comme je le connais...

IMG : D'accord.

P : C'est un peu pareil pour le gynécologue. C'est quelque chose d'intime, je préfère que ce soit quelqu'un d'en dehors, qui me connaisse sur le plan médical de ce point de vue là, et ensuite

on ferme la porte, ça y est c'est fini.

IMG : D'accord, OK...

P : Enfin, c'est mon point de vue.

IMG : D'accord. Et là je crois que votre médecin traitant c'est un monsieur...

P : C'est un homme.

IMG : Est-ce que si vous deviez vous tourner vers un gynécologue, est-ce que le sexe du gynécologue entrerait en compte ?

P : Non. Peu importe...

IMG : Non, ça n'a pas d'importance ?

P : Non.

IMG : Pareil, l'âge du médecin, est-ce que ça ... ?

P : Non plus. Par contre s'il est pédagogue dans le fait qu'il explique ou...ça oui. Quelqu'un qui ne parle pas, qui dit « asseyez-vous, mettez-vous en position », j'aimerais pas beaucoup, je vais pas y retourner.

IMG : D'accord.

P : Quelqu'un qui explique ce qu'il fait en allant, ça va bien se passer.

IMG : D'accord, donc il y a un contact qui...

P : Voilà. Parce que pour le médecin, c'est évident ce qu'il va faire parce qu'il le fait plusieurs fois par jour ou plusieurs fois par semaine. Mais pour le patient c'est une fois le jour du rendez-vous, donc s'il n'y a pas d'explication on ne sait pas si c'est normal, si il a un doute, si il fait un examen complémentaire parce qu'il recherche quelque chose de spécifique, parce qu'il a vu une anomalie ou parce que c'est l'habitude lors d'une consultation.

IMG : D'accord. Bon, très bien. Est-ce que quelqu'un vous a déjà proposé de faire un frottis ?

P : Non. Non, j'ai eu plusieurs médecins étant donné mes changements de régions... euh non. Et pas non plus d'orientation si c'est pas moi qui vais faire la démarche de prendre rendez-vous chez un gynéco, personne m'en a proposé.

IMG : D'accord. Donc vos différents médecins traitants n'ont jamais évoqué le sujet du suivi gynécologique avec vous ?

P : Non.

IMG : D'accord.

P : Sachant que je vais voir le médecin une fois par an ! (*rires*) Là, peut-être deux fois cette année ! Je commence tôt pour la saison mais... voilà.

IMG : D'accord. Et dans votre entourage, votre famille, vos amies, est-ce que vous avez déjà évoqué ces sujets là ?

P : Euh... oui, parce que j'ai une cousine qui a accouché encore récemment, sa maman a eu des soucis gynécologiques importants. Au mois de juin, elle a eu l'ablation des ovaires, donc oui, on parle gynécologie...

IMG : D'accord. Et alors ce sujet du frottis, du cancer du col, est-ce que c'est des choses dont vous avez déjà parlé avec elles ?

P : Le cancer non, mais oui on parle de frottis, de résultats de frottis.

IMG : D'accord. Dans votre entourage, il y a déjà des personnes qui ont eu des résultats qui étaient anormaux ?

P : Pas euh... pas pour le col non.

IMG : D'accord. Donc vous saviez que votre médecin généraliste pouvait faire le frottis ?

P : Du tout.

IMG : ça vous ne saviez pas ?

P : En même temps j'aurais dû le savoir parce qu'un généraliste s'occupe du corps entier donc euh...

IMG : Oui, alors après quand je dis qu'un médecin généraliste peut le faire, ça ne veut pas dire qu'il le fait, parce qu'après, chaque médecin a ses habitudes de pratique, et voilà, il y a des médecins qui n'ont pas forcément l'habitude de le faire. C'est un geste technique hein donc euh...il y en a qui n'ont pas forcément l'habitude mais euh... c'est vrai que le médecin généraliste peut le faire. D'accord. Alors en fait ce dépistage il est recommandé pour toutes les femmes de 25 à 65 ans tous les trois ans, d'accord ?

P : Voilà.(rises)

IMG : Euh... Il y a six femmes sur dix qui font ce dépistage et donc il y a quatre femmes sur dix qui échappent à ce dépistage. A vote avis, pour quelles raisons ?

P : Parce que quand on prend un rendez-vous chez le gynéco, il faut aussi que ça tombe à la bonne date. Pour l'anecdote, je suis pas réglée de façon chronométrée, c'est un peu aléatoire, ça peut varier à 28 jours pile comme je peux aller jusqu'à 40 jours. Donc prendre un rendez-vous, c'est toujours un peu olé, olé. Et euh... ben ils sont jamais disponibles non plus forcément dans la période où nous on peut l'être...

IMG : Oui. Ça c'est quelque chose que vous aviez déjà remarqué ?

P : Oui.

IMG : Vous aviez déjà fait cette démarche de prendre un rendez-vous ... ?

P : Et ça n'a pas collé.

IMG : Et ça n'a pas collé...

P : Donc après ben voilà. Parce qu'après, je suis enseignante et mon inspecteur est très à cheval sur le fait qu'on a le mercredi, parce que institutrice, donc le mercredi pour prendre nos rendez-vous. Donc si c'est pendant le temps scolaire, il va refuser.

IMG : Oui.

P : Sauf si c'est une urgence.

IMG : Donc votre travail crée une contrainte supplémentaire ?

P : Voilà, supplémentaire...

IMG : Par rapport à l'agenda du médecin...

P : Par rapport à l'agenda féminin. Donc euh... ça fait beaucoup du coup ben... abandon.

IMG : Oui. Une espèce de découragement euh...

P : Oui. Après, pendant les vacances, c'est vrai que je pourrais dire ben oui mais euh... comme je vous ai dit c'est un petit peu... voilà.

IMG : D'accord. Bon. Très bien. Bah je vais vous montrer ce qu'on appelle un autoprélèvement. Je vais vous montrer un petit peu comment ça se passe. Ça se présente comme ça en fait.

P : Oui.

IMG : Voilà. Donc c'est un autoprélèvement donc c'est destiné aux femmes, pour que les femmes se fassent le prélèvement elles-mêmes.

P : D'accord.

IMG : Donc ce système, comment fonctionne-t-il ? En fait, là à l'intérieur de cet embout il y a un petit liquide qui est pré rempli, juste à cet endroit là. Donc il faut insérer cette partie au niveau du vagin...

P : Oui.

IMG : D'accord... Et ensuite, appuyer sur le bouton ici...

P : D'accord.

IMG : Donc ça libère le liquide au niveau du vagin, ça fait un espèce de lavage et on relâche le bouton ce qui fait ...

P : ça absorbe...

IMG : ... que le liquide est réaspiré.

P : D'accord.

IMG : Ensuite donc le liquide, il faut le déposer dans un petit pot type un pot pour faire une analyse d'urine et on le referme et on envoie le tout au laboratoire.

P : D'accord.

IMG : Donc l'analyse n'est pas comme pour le frottis basée sur un échantillon de cellules qu'on va gratter au niveau du col. Dans ce liquide de prélèvement, ce qu'on va rechercher, c'est le virus HPV qui est responsable du cancer du col.

P : D'accord.

IMG : C'est un peu comme le vaccin...

P : ça permet de détecter..

IMG : Voilà, le vaccin qu'on donne aux jeunes filles est le vaccin contre ce virus en fait.

P : D'accord.

IMG : Parce qu'on sait que ce virus va être responsable de 99,99% des cancers. Donc l'idée c'est que si il y a un test qui revient positif, que le virus est présent au niveau du col, après d'aller voir si et faire vraiment un frottis pour voir si il y a un cancer ou pas.

P : D'accord.

IMG : Il n'y a pas forcément de cancer si il y a le virus. Voilà un petit peu comment ça fonctionne...

P : ça permet au moins d'avoir une idée...

IMG : Voilà, ça permet ...

P : ... si le test est négatif, il n'y a pas d'urgence ...

IMG : Si le test est négatif, il n'y a pas... le virus n'est pas présent. Et comme le virus est le seul responsable du cancer, il n'y a pas de risque de cancer, du moins on estime dans les cinq ans qui suivent.

P : D'accord.

IMG : Voilà, donc ce serait un test qui serait conseillé à faire tous les cinq ans. Voilà.

P : Et beaucoup plus pratique parce que sans rendez-vous.

IMG : Alors, justement, j'allais y venir, qu'est-ce que vous en pensez du coup ?

P : Bah beaucoup plus pratique parce qu'à faire soi-même, sans rendez-vous. Même si c'était à faire au laboratoire d'analyse quelque part euh... c'est beaucoup plus facile d'avoir un rendez-vous au laboratoire d'analyses de façon rapprochée dans le temps, par rapport au praticien qui euh... je parle pas du généraliste mais du spécialiste, qui lui n'a pas forcément euh... des disponibilités qui correspondent à ceux des patients.

IMG : D'accord.

P : Pour moi ce serait parfait.

IMG : Oui. Donc vous ce serez quelque chose qui, si ça vous était proposé...

P : Oui.

IMG : D'accord. Est-ce que vous voyez des inconvénients ce genre de technique ?

P : ... Ben, non... Si on a un kit qui explique comment le mettre, un peu genre les Tampax, c'est expliqué dans la boîte euh... voilà.

IMG : Hum, hum... D'accord. Et alors vous me disiez tout à l'heure que vous n'aviez pas poursuivi le dépistage parce que vous aviez un petit peu « laissé tomber », vous étiez un petit peu découragée, finalement, est-ce que ça, ça permettrait de pallier à ce genre de souci ?

P : Oui. Oui, parce que le gynéco que j'avez ici dans la région a pris sa retraite et la personne qui a repris la patientèle euh... d'après les ouïes-dires est quelqu'un de plus froid, qui explique moins. Bon, ça engage pas non plus à aller la voir ! Parce que je crois que c'est toujours une femme.

IMG : D'accord. Ce qu'on entend...

P : Maintenant que ce soit un homme ou une femme, c'est pareil. Voilà. C'est pour ça que je n'ai pas fait non plus la démarche.

IMG : Très bien. Et je reviens un petit peu sur le fait que le médecin généraliste... ici dans le cabinet il y a une euh... il y a même deux dames je croie, il y a deux médecins généralistes femmes. Si par exemple votre médecin traitant vous proposait d'aller voir cette dame pour faire l'examen gynécologique, quelle serait votre réaction ?

P : Si c'est le médecin qui me le conseille, j'irais en fait.

IMG : Hum... Mais de vous-même...

P : Non.

IMG : Pas particulièrement. Vous vous adresseriez au gynécologue ?

P : Oui.

IMG : D'accord.

P : Plutôt qu'au généraliste.

IMG : Même si c'est un généraliste qui ne vous connaît pas forcément, qui ne vous voie qu'une fois ?

P : Bah, si on médecin me dit allez, parce que euh... il pense que il y a une urgence, oui, dans ce cas là j'y vais tout de suite , voilà.

IMG : Oui, d'accord. Mais dans le cadre pas de l'urgence, dans le cadre vraiment du suivi, du dépistage ...

P : Nan, pas du tout. Par contre, ce genre de test, ce serait bien que le médecin propose quelque part, ou une fois de temps en temps une question sur le suivi gynécologique des patientes, parce que c'est vrai que, là je suis venue pour la voix, il a vérifié la voix, les poumons, la tension, le poids, mais jamais là...

IMG : D'accord. Et à votre avis, pourquoi il ne parle pas de ce sujet là ?

P : Et ben je ne sais pas, et aucun des médecins que j'ai rencontré jusque là ne m'en ont parlé.

IMG : D'accord.

P : Et euh... j'ai fait de nombreuses cures, notamment pour la peau et pareil...

IMG : Les sujets de gynécologie c'est pas évoqué de façon très fréquente ?

P : Voilà.

IMG : Pour quelles raisons à votre avis ?

P : Alors soit parce que c'est quelque chose de sensible et pour pas mettre mal à l'aise le patient, ou parce que si le patient ne s'en plaint pas de lui-même, on évoque pas le sujet, je ne sais pas. Voilà.

IMG : Bon, très bien. Donc pour vous cette technique, si ça vous était proposé...

P : Ouais.

IMG : ... ce serait quelque chose que vous feriez... ?

P : Ce serait quelque chose de pratique.

IMG : De pratique..

P : Hum, hum...

IMG : C'est vraiment ça qui ressort...

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

IMG : D'accord.

P : Mais quelque part, sans préalable à la consultation, ben c'est vrai que ... bah il y a autre chose à faire quoi ! (*rires*)

IMG : D'accord. Et pourquoi ces sujets justement de gynéco même, bah il n'y a pas que le médecin finalement, parce que vous non plus vous n'avez pas été en demande par rapport à votre médecin pour demander un suivi... A votre avis pour quelles raisons ?

P : Pour quelles raisons...

IMG : Parce que vous n'êtes pas la seule hein... C'est vrai qu'on a un peu l'impression que ces choses, comme elles touchent à l'intime, c'est un petit peu encore tabou... Alors, c'est peut-

être moi qui m'avance hein mais...

P : Oui, je pense que il y a ça et je pense que ben c'est aux femmes de gérer toutes seules ce problème là, quelque part...

IMG : Vous vous sentez un peu isolée, un peu...

P : Oui. Quelque part c'est la mère qui dit à sa fille voila ce qu'il faut faire, il faut consulter. Comme la première séance chez l'esthéticienne, c'est la mère qui conduit sa fille. Et ben chez le gynéco, c'est un peu pareil, c'est de mère en fille et que si il n'y a pas eu d'éducation par la mère, quelque part, ça tombe à l'eau.

IMG : D'accord. Mais vous cette éducation à priori vous l'aviez eue...

P : Je l'ai eue oui.

IMG : Et malgré tout...

P : Ben malgré tout euh... ma mère me le dit, enfin me le disait car elle n'est plus là, de prendre rendez-vous et de consulter, on dit « oui, oui » et on passe à autre chose. Mais bon quelque part, c'est vrai que c'est pas un moment fantastique d'aller chez le gynéco...

IMG : Ouais... Et pourquoi... ?

P : Bah on se sent euh...on se sent bête quelque part !

IMG : Pour quelles raisons vous vous sentez bête ?

P : Bah, pour la position, c'est quelqu'un qui est au-dessus de vous et euh.....qui regarde à l'intérieur de vous quand même..... C'est moins pénible euh... ben quand le médecin regarde la gorge ou les oreilles ou le nez, ça n'a rien à voir.

IMG : D'accord. Donc finalement l'examen gynéco...

P : Il y a quand même le tabou qui reste.

IMG : Voila, c'est quand même quelque chose de pénible. Vous m'avez dit le mot « pénible »...

P : Oui. Hum, hum...

IMG : D'accord. C'est pas ...

P : Bon c'est ... on y va pas de gaité de cœur quoi...

IMG : Hum, hum...

P : On va chez le coiffeur avec beaucoup plus d'entrain ! Voila, c'est pas ce qu'on peut appeler vraiment désagréable mais c'est pas non plus agréable. On est content quand on s'en va. Voila.

IMG : Et c'est vrai...

P : Et on a toujours aussi je pense peur que le médecin détecte quelque chose... c'est un endroit humide et que ben ...ce soit plus porteur de germes etc.... et que il nous découvre quelque chose qui touche vraiment à l'essence... ben à la féminité au sens propre. Et on a tous des amies plus ou moins à qui on a fait des opérations de l'utérus, des ovaires, du col etc.... et euh... ça touche aussi après au côté hormonal et au bien-être de la personne aussi... ça recouvre beaucoup de la personne en même temps. C'est pas que le côté sexuel, le côté organe. Dès qu'on y touche, ça va toucher à plusieurs choses. Ça touche aussi au moral, parce qu'on a touché euh... Il y a la mère d'une amie qui a eu une « totale », enfin comme on dit dans le vocabulaire courant, il y a d'autres mots je pense ! Et euh... ben après euh...on surveille, voir si elle a pas le contrecoup, si elle est toujours aussi dynamique...

IMG : Si elle est toujours la même ?

P : Voilà, la même, si elle a pas une baisse de moral... Et puis on va attribuer une baisse de moral à cette opération forcément, pas à la saison ou à une fatigue, non ce sera forcément à l'opération. C'est aussi pour ça qu'on n'y va, je pense, pas de façon libre d'esprit...

IMG : D'accord.

P : Pour moi... après... (*rires*)

IMG : Oui, non c'est intéressant ce que vous dites, que vraiment, cet examen gynécologique touche vraiment la personne, en tout cas pour vous...

P : ça touche pas que ça, ça touche aussi, ben je vous dis au moral, à la façon de voir le monde quoi !

IMG : D'accord. Et vous me parliez tout à l'heure de la peur qu'il y ait quelque chose d'anormal, ça c'est quelque chose de fort, d'important ça, la peur d'être malade ?

P : Ben... oui en fait. Parce que ben un cancer ça ne se sent pas. Il n'y a que le médecin qui peut, avec les examens, le découvrir. Donc tant qu'on ne sait pas tout va bien, mais quand on sait, ça va déjà beaucoup moins bien.

IMG : Oui.

P : Et il y a aussi la palpation des seins etc....bah si il y a palpation, il y a toujours suspicion jusqu'à ce que le médecin dise « tout va bien »

IMG : Hum, hum... Donc il y a toujours cette angoisse...

P : Voilà.

IMG : ... jusqu'à temps d'avoir le résultat finalement...

P : Voilà, voilà.

IMG : Quand c'est bon, c'est bon, mais ça peut toujours être mauvais.

P : Et c'est pour ça qu'on y va régulièrement parce qu'il y a un doute... enfin on est sensé y aller régulièrement pour ma part...

IMG : Ok. Très bien. Et par rapport à là, tout ce que vous venez de me dire, est-ce que vous pensez que ce genre de technique pourrait changer quelque chose ? Ou ça, ça restera ?

P : Je pense que ça doit aussi dédramatiser parce qu'on le fait chez soi. Il y a peut-être moins d'angoisse. Avoir les résultats du test, c'est plus rapide. Et le laboratoire, c'est quelque chose de neutre quelque part.

IMG : D'accord. Donc le fait de pas passer par la case « médecin », ça enlèverait...

P : Oui, ça dédramatise un peu le... , ça enlève un peu d'angoisse...

IMG : D'accord. C'est quelque chose qui rentre plus dans la routine finalement...

P : Voilà. Les prises de sang, bon on le fait... on fait une prise de sang pour vérifier que tout va bien, mais on s'attend pas à avoir des résultats mauvais. Bon après, il arrive, il arrive. Mais c'est moins angoissant que ... oui, que d'aller chez le gynéco. C'est pour ça que j'y vais pas !

IMG : D'accord. Bon bah c'est très intéressant en tout cas ce que vous m'avez dit, je vous remercie.

P : De rien.

ANNEXE 5 : Verbatim P11

Contexte de l'entretien : L'entretien a lieu le 23/01/2012. La patiente a 62 ans, elle est veuve et a quatre enfants. Elle est retraitée et exerçait dans la confection. Elle a un niveau d'étude de l'ordre du primaire/Certificat d'études. Elle habite Bailleul, centre-ville urbain, en zone médicalisée. Elle a déjà consulté un gynécologue mais il y a plus de 5 ans. Son dernier frottis cervico utérin date d'il y a plus de 5 ans également et avait été fait par un gynécologue ou son médecin généraliste. Elle signale comme problèmes de santé d'ordre gynécologie une ligature des trompes, un fibrome et un endomètre épaissi. L'entretien a lieu au domicile de la patiente, il se déroule dans une ambiance détendue, il a duré 22min55.

IMG : Donc euh... donc la première question que je voulais vous poser, c'est que ... donc j'avais vu dans le questionnaire que vous aviez rempli... que l'on avait rempli ensemble la dernière fois...Donc vous m'avez dit que vous n'aviez pas fait de frottis de dépistage pendant les cinq dernières années.

P : Oh oui, ça remonte plus que ça.

IMG : Ça remonte à plus que ça. Moi, en fait j'ai besoin de comprendre pourquoi et la première des questions que j'ai envie de vous poser c'est : est-ce que c'est parce que vous ne voulez pas le faire, vous n'avez pas l'intention de faire cet examen ou alors parce que vous avez l'intention de faire cet examen, vous avez envie de le faire, mais il y a des choses intercurrentes qui font que vous ne le faites pas ?

P : Oui, voilà, c'est plutôt un peu ça peut être.

IMG : Plutôt la deuxième euh...

P : Oui, j'aime pas trop, j'aime pas ce genre de choses à faire.

IMG : D'accord.

P : Bien sûr que quand on est... quand on attend un bébé, on ne fait pas attention, quand on est pas... euh on fait tous les examens qu'il faut et puis c'est tout. Et après quand euh... quand il y a un arrêt pendant quelques temps, on a du mal à REpartir.

IMG : A reprendre euh...le rythme des examens.

P : Voilà, c'est ça.

IMG : Donc...

P : Moi je dis ce que je pense...

IMG : Ah oui mais vous êtes là pour ça.

P : D'accord.

IMG : Donc, en fait, si j'ai bien compris vous avez déjà fait ces examens, hein?

P : Ah oui bien sûr, j'ai été suivie et puis quand on a quatre enfants, cinq même : j'ai fait une perte donc j'ai été suivie, bien sûr.

IMG : D'accord, donc à quel moment il y a eu ce décrochage, en fait?

P : Bah, c'est à dire que... quand on vieillit un peu, on se dit euh... : on n'a plus envie d'aller...bah non, on pense que tout va bien, enfin, du moins. Quand on n'a pas de souci, on ne fait rien.

IMG : D'accord.

P : Je pense que quand on y va, c'est que l'on a des problèmes.

IMG : Et donc vous, dans votre cas personnel, ça fait combien de temps que vous n'avez pas eu d'examen gynécologique ?

P : Oh, pff, je ne me souviens même pas du dernier.

IMG : Oui.

P : Il y a dix ans peut-être, voilà.

IMG : Dix ans peut-être, d'accord.

P : Mais je me dis si il y avait eu vraiment un problème depuis dix ans, si il y avait vraiment eu quelque chose, je ne serais plus là non plus. Je fais les examens...euh... prises de sang, tout ce qu'on veut.

IMG : Hum, hum...

P : Hein, parce que j'ai eu deux opérations, j'ai fait aussi la rotule, il n'y a pas tellement longtemps. Donc, j'ai quand même été suivie, j'ai quand même été dans le milieu hospitalier pendant quelques temps. Il n'y a pas longtemps de ça, c'est assez récent, donc pour l'instant...voilà c'est ça, c'est le tout de dire : il faut y retourner.

IMG : Hum, hum...

P : Bon, on n'a pas trop... pas trop envie, c'est tout bon. Je pense que quand on est dedans, on est dedans. Mais pour ça il faudrait y aller et puis qu'on dise « et bah, on vous le fait » et puis voilà. Mais de dire de soi-même : on va y aller, on n'y va pas.

IMG : Donc, faire la démarche de prendre un rendez-vous, ça c'est...

P : Voilà, c'est pareil, c'est comme euh... pour la poitrine, je l'ai fait euh... maintenant il y a 2-3 ans, je dois retourner aussi. Mais franchement, c'est pas l'histoire, je m'en fous de... ça je m'en fous de le faire, franchement je m'en fous. Mais, c'est toujours pareil : c'est toujours « ah, on va prendre rendez-vous, ah on va prendre rendez- vous ». Mais, on ne le fais pas...

IMG : Et alors pourquoi, à votre avis ?

P : Bah pourquoi, et en plus quand... je touche du bois... je n'ai rien, mais la dernière fois que j'y suis allée, c'est vrai que le docteur n'était pas du tout content parce que ça faisait plus de cinq ans. Et là, il a dit, du fait qu'il y avait eu le décès de mon mari entre deux, il y aurait pu aussi avoir quelque chose. Mais bon, je n'avais rien, je n'avais rien, tant mieux pour moi mais... il y aurait pu avoir quelque chose, bien sûr. Je ne suis pas à l'abri de rien, personne.

IMG : Ça vous en êtes consciente ?

P : Ah oui, bah bien sûr, quand même.

IMG : Voilà, vous savez à quoi... à quoi ça sert le frottis cervico-utérin?

P : Bah, c'est pour dépister aussi. C'est un dépistage.

IMG : C'est pour dépister quoi ?

P : Bah l'utérus, le cancer de l'utérus.

IMG : D'accord, oui.

P : Les ovaires, ce qu'on veut, tout ce qui est parties euh... Oui, quand même.

IMG : D'accord, donc ça vous comprenez bien à quoi ça sert.

P : Ouiii, bah ouii quand même.

IMG : D'accord.

P : Oui, oui, oui, non il n'y a pas de souci. Non, non je suis au courant.

IMG : Alors, vous me disiez tout à l'heure que les prises de sang vous les aviez faites volontiers... euh.

P : Bah, je les fais quand je vais voir le médecin, quand il faut faire la prise de sang, on fait la prise de sang.

IMG : D'accord.

P : Si j'ai une opération, on fait la prise de sang et plus souvent. Forcément.

IMG : Forcément, oui, avant chaque opération en général.

P : Mais sinon, bon, c'est tous les autant de temps quoi. En plus, quand on a une... quand on est pris à 100% pour quelque chose, c'est obligé de faire euh.. quelques prises de sang.

IMG : C'est important.

P : Oui, oui, il faut le faire.

IMG : Mais alors, en quoi c'est différent, finalement de... parce que là les prises de sang, vous les faites régulièrement, et puis là.... ?

P : Bah les prises de sang, bah c'est parce que c'est pas moi qui l'ordonne la prise de sang tout compte fait... euh... c'est le docteur.

IMG : Oui, parce qu'il vous fait l'ordonnance...

P : Bah oui, parce que lui quand il voit qu'il y a autant de temps que ça n'a pas été fait, bah il dit : bon, on va faire ça, on va faire ça, on va faire ça. C'est tout. Mais de moi même, bah il faudrait que j'aurais quelque chose : un problème.

IMG : Oui.

P : J'aurais un problème, il faudrait faire une prise de sang, bien sûr que j'irai la faire.

IMG : D'accord.

P : Si j'ai un virus ou un microbe, je ne sais pas moi, que j'ai de la fièvre d'un seul coup, que je ne comprends pas pourquoi... bah on fait des tests, ce qui est logique.

IMG : Oui, c'est logique.

P : Mais quand vous... euh... vous n'avez rien. Bah, vous ne faites rien, vous ne cherchez pas.

IMG : D'accord.

P : Voilà, c'est ça, en réalité, c'est ça. Et je pense que quand on a quelque chose, après on s'inquiète... et là, on va au devant. Et quelque fois bon, peut être que c'est trop tard, mais c'est comme ça que ça se passe.

IMG : C'est comme ça que ...

P : Je pense.

IMG : ... que la pensée avance, en fait.

P : Voilà. C'est ça, c'est ça, voilà.

IMG : Donc dans votre esprit le fait de rien avoir, de ne pas avoir de signes de symptômes...

P : Voilà, quand on n'a pas de... voilà c'est ça

IMG : ... finalement ça n'engage pas à aller voir pourquoi on a

P : Exactement, exactement. Aussi parce que quand on entend euh... bah quand les gens ils ont commencé à aller voir, pour faire, c'est parce que là déjà, ça a mal. Alors, on a le recul.

IMG : Donc, vous... finalement, dans votre tête vous vous dites : si je vais faire ces examens etc.... c'est que potentiellement j'ai quelque chose.

P : C'est parce que ...oui, moi je pense.

IMG : Donc c'est la peur d'avoir quelque chose.

P : Exact. C'est exactement ça.

IMG : Donc, finalement c'est : tant qu'on fait pas... au moins, on n'a pas de risque de découvrir...

P : Pour moi, tant que l'on n'a rien, tant que l'on n'a pas de symptôme, c'est que l'on se porte bien.

IMG : D'accord.

P : Le jour où l'on commence à dire, on va faire des démarches parce que l'on a ça, c'est là que l'on se dit : « oh, on a quelque chose ».

IMG : D'accord.

P : Pour moi, hein, c'est comme ça.

IMG : Oui, pour vous, bah c'est votre euh... votre euh... point de vue.

P : Oui, c'est comme ça.

IMG : Mais, vous n'êtes pas la seule, hein. Je vous rassure... euh...

P : Je ne sais pas, j'en sais rien, hein.

IMG : C'est pas la première fois que l'on entend...

P : Ça ?

IMG : Ah oui, oui, oui, c'est...

P : Oui, c'est vrai, je pense. Il y aussi, si... bah comment je vais expliquer. Par exemple, en deux-trois mois, ça ne va pas, même qu'on n'a pas de douleur, mais que ça va pas, qu'on se sent mal, qu'on n'a pas de... qu'on n'a plus de ...

IMG : De force, qu'on est fatigué...

P : Qu'on n'a plus de force, qu'on change, qu'on... là franchement, là on y va. C'est sûr, et là après, là on demande par contre...

IMG : A faire tout ce qui est possible... ?

P : Tout ce qui est possible !!

IMG : Pour chercher partout...

P : Voilà.

IMG : D'accord.

P : Moi, je pense.

IMG : C'est comme ça que vous fonctionnez ?

P : Je pense que c'est comme ça.

IMG : D'accord.

P : Oui, c'est vrai, c'est comme ça. Comme là, j'ai fait ma rotule, franchement je l'ai fait parce que je ne savais plus marcher.

IMG : Hum, hum... D'accord.

P : C'était une obligation.

IMG : C'était une obligation... très bien.

P : Mais j'ai souffert énormément. Et je ne veux pas refaire le deuxième alors qu'il est à faire.

IMG : Hum, hum... D'accord.

P : Parce que j'ai trop souffert.

IMG : D'accord.

P : J'attends, on verra.

IMG : Et, alors vous avez noté aussi dans votre questionnaire qu'auparavant quand vous avez fait cet examen, vous l'aviez fait des fois chez le gynéco et des fois chez votre médecin traitant.

P : Oui, oui.

IMG : Et là, si vous deviez euh... refaire cet examen, ce geste de dépistage, vers qui vous vous tourneriez ?

P : J'ai plus de gynéco, franchement, Mr X , je n'y vais jamais plus. Ça serait plus mon médecin.

IMG : Votre médecin, oui ?

P : Ah oui, c'est lui qui m'a accouché, il m'a accouché de mon garçon, il m'a toujours suivi toute ma grossesse.

IMG : Donc ça vous poserez aucun souci de... le fait qu'il faille faire l'examen avec euh... l'installation... etc.

P : Ah non... je devrais vraiment le faire, non, non... Je dirais c'est parce que : déjà lui, il ne m'en parle pas, de une.

IMG : D'accord.

P : Parce que ce n'est pas un examen qu'il demande à faire. Il ne m'en parle pas couramment, quoi je veux dire.

IMG : D'accord.

P : Non, quand j'y vais, c'est pour la tension, c'est pour ci, c'est pour là mais c'est jamais euh...

IMG : C'est pas un sujet que vous évoquez...

P : Voilà, pour mon genou, là j'ai fait euh ...

IMG : Le canal carpien... ?

P : Le canal carpien... euh... bon j'ai aussi le problème des oreilles, et ça c'est... de la cochonnerie...

IMG : Des vertiges ?

P : Les vertiges, euh donc là aussi par la suite, il faudrait voir un spécialiste mais pour l'instant non... on n'a jamais ...

IMG : Vous n'évoquez pas ce sujet là, du suivi...

P : Non, non, non.

IMG : Si, la mammographie, vous en avez parlé.

P : La mammographie, bah je reçois ...

IMG : Vous le recevez, ça oui, en plus.

P : Alors, bah là, non mais là je vais le faire.

IMG : Oui, la mammographie...

P : Il faut que je reprenne rendez vous, c'est toujours pareil.

IMG : Et si vous receviez pareil, une lettre par la poste qui vous dirait euh... « Prenez contact avec votre médecin ou prenez contact avec un gynécologue pour faire un frottis », quelle serait votre réaction ?

P : Oui, enfin, hum hum... je ne sais pas... je dirais : oui, je dois le faire.

IMG : Hum, hum...

P : Mais, je crois que c'est de nous même, quand on a envie de le faire. C'est euh..., bah je vais vous avouer franchement, la dernière fois que je suis venue, tout compte fait je me suis dis : bah oui, pourquoi je ne l'ai pas fait faire tout de suite ? J'aurai été tranquille... parce que c'est toujours la démarche.

IMG : Faut battre le fer tant qu'il est chaud. Voilà, c'est ça en fait, c'est la démarche qui est...

P : C'est la démarche... C'est par exemple, rentrer et savoir, de rien que de savoir que l'on y va pour ça, on n'a pas envie.

IMG : Et pourquoi, alors ?

P : Bah j'en sais rien ! Par euh... bah je dirais peut être par pudeur, je n'en sais rien.

IMG : Hum, hum.

P : Plus pour ça, pour moi, pour mon compte personnel, c'est plus ça.

IMG : C'est la pudeur. D'accord.

P : Oui. Parce que ce n'est pas l'endroit où on veut aller.

IMG : D'accord, ça touche l'intimité, ça touche l'intimité.

P : Exactement, c'est ça. Sinon, c'est pas... c'est pas méchant.

IMG : C'est vrai que c'est un geste qui touche plus l'intimité que ...

P : Que le reste.

IMG : ...que la mammographie parce que bon... même si la mammographie ça touche quand même un peu l'intimité mais c'est différent ...

P : C'est pas pareil, c'est pas pareil. Et quand vous êtes suivi tout le temps donc vous avez l'habitude, bah c'est une routine. Mais quand vous l'arrêtez, il y a plus de mal à le reprendre.

IMG : D'accord, oui je comprends bien. Mais vous, voilà, le fait que si votre médecin généraliste vous le proposez...

P : Si le médecin disait : « bah écoutez madame X, la prochaine fois il faudrait quand même prévoir de faire ça », bon bah je sais que je vais devoir y aller pour le faire.

IMG : D'accord.

P : C'est tout.

IMG : Ça ça vous incitez à le faire, finalement ?

P : Bah oui, bah oui, j'dirais bah oui, bah il faut le faire...

IMG : D'accord. Et sinon, auparavant, quand vous aviez des examens chez le gynécologue, ça c'était bien passé ? Il y avait eu des mauvais souvenirs ou ... ?

P : Bah non... j'y allais quand même pour des raisons importantes. J'y allais quand même pour des... j'avais quand même des gros problèmes : je perdais énormément, j'avais des douleurs... non, j'avais quand même des choses importantes.

IMG : Hum, hum, d'accord.

P : Ah oui, j'avais quand même des choses importantes à faire et c'était pas toujours euh...

IMG : Et ces soucis là, ils ont disparu ?

P : Ah oui, et puis j'avais énormément de migraines, beaucoup de ... mais alors des migraines, j'en ai eu ! J'ai passé toute ma jeunesse : mes règles c'était affreux. C'était affreux, j'en avais peur. Mais j'en avais peur tous les mois : parce que tous les mois, tous les mois, je souffrais horriblement. Et il n'y avait rien qui pouvait me calmer. Après j'ai attrapé ces douleurs : ces douleurs de tête, la migraine. La migraine, c'est horrible !

IMG : Et c'est passé alors avec quoi ? Avec la ménopause ? Ou.. ?

P : Avec la ménopause.

IMG : D'accord. Vous n'avez pas du être opéré ou rien du tout ?

P : Non, c'est passé avec la ménopause, mais j'ai souffert.

IMG : Oui.

P : C'est vrai.

IMG : Donc finalement, depuis la ménopause, vous n'avez plus de suivi ?

P : Et bah c'est pour ça, depuis la ménopause, tout compte fait, je suis tranquille. A part, de temps en temps, maintenant euh... ces douleurs de... Ce n'est même pas des douleurs, c'est la nuque qui est raide et puis le tourniquet.

IMG : Oui.

P : Et ça c'est affreux.

IMG : Bah oui.

P : Voilà.

IMG : Bon, très bien. Vous étiez au courant que, oui comme votre médecin traitant vous en a déjà fait, que le médecin généraliste pouvait faire le frottis ?

P : Bah, il me l'a déjà fait, hein !

IMG : Voilà, donc ça vous étiez informée.

P : Ah non, il me l'a déjà fait. Après c'est même moi qui devais aller le poster.

IMG : Hum, hum. Oui, oui.

P : En ce moment, là maintenant je ne sais pas.

IMG : Oui, oui, vous le mettez au laboratoire. Si, si c'est encore le cas.

P : C'est comme ça ?

IMG : Oui, oui.

P : Ah oui, non, c'est comme ça. Si, si bah si je sais, les autres tests c'est pareil. J'ai ma nièce qui travaille à Lille, euh...où on peut faire les analyses de selles.

IMG : Oui, c'est ça, dans un laboratoire parce que c'est vrai que l'on peut aussi faire ce dépistage dans un laboratoire.

P : Je le reçois par ma nièce. Elle dit : « je n'ai pas encore vu ton nom ! ». J'ai dit « non », ça et le sein parce que c'est la même...

IMG : Oui. Ça, on reçoit par la poste mais pas pour le dépistage du cancer du col.

P : Oui, mais... j'ai reçu les paquets pour le faire aussi parce que ma nièce, elle me saoule... je n'ai pas encore fait...

IMG : Vous ne l'avez pas encore fait, non...

P : Bof, oui mais je sais bien mais c'est bien, moi je dis que c'est bien, ce n'est pas l'histoire, mais on a toujours peur de le faire parce qu'on se dit « Pour l'instant, on a rien. Si, on le fait qu'est ce qu'ils vont nous trouver ? »

IMG : Peur que l'on trouve quelque chose ?

P : Oui.

IMG : Je comprends, je comprends.

P : Tout ça, c'est ça.

IMG : Et pour les femmes en général, en fait, parce que ce dépistage il est recommandé mais il n'est pas obligatoire, il est recommandé pour les femmes donc de 25 à 65 ans tous les 3 ans.

P : Oui.

IMG : C'est ça les recommandations qui sont données par la Haute Autorité de Santé.

P : Tous les 3 ans, tous les 3 ans, c'est déjà pas mal.

IMG : Et il y a 6 femmes sur 10 qui se font dépister, donc il y en a 4 sur 10...

P : Pour le sein, surtout, je crois non ?

IMG : Là, c'est pour le cancer du col de l'utérus...

P : Là c'est le cancer du col de l'utérus. Il y en a beaucoup ?

IMG : Et là, voilà, il y a 6 femmes sur 10 qui se font dépister donc 4 femmes sur 10 qui ne se font pas dépister, à votre avis, pour quelles raisons ?

P : ... Les mêmes que moi, non ?

IMG : Hum, hum, je ne sais pas, vous en avez déjà discuté avec d'autres femmes de votre entourage ?

P : Non, non, non. Non, moi j'ai connu... j'ai une nièce qui a fait la totale, qui a fait le cancer... le cancer de la poitrine. Sa maman a eu le même, les grands parents qui ont eu le même, je pense que c'est...

IMG : Génétique ?

P : Génétique. Euh... ma maman, tout ça, elle n'a pas eu... euh mon père est mort jeune donc il n'a pas connu ça... mais je crois que c'est génétique, maintenant je ne sais pas à 100%. Maintenant, les personnes qui arrivent à partir de... je vais dire pas loin de 80, euh quand ils arrivent à 80, 82, 83, 84, 85, on dit : « bon, euh, oui... il y a un cancer du colon ». Mais de toute façon si ils ne mouraient pas de ça, ils mouraient de quoi ? J'en sais rien.

IMG : Oui, non c'est vrai que le dépistage là, il est recommandé jusqu'à 65 ans après...

P : C'est tout ?

IMG : Il n'est plus recommandé, voilà.

P : Pour moi, c'est comme ça. Euh, euh, c'est ça que je veux dire.

IMG : Et avec, vous me parliez de votre fille tout à l'heure... vous en avez discuté avec elle de... de ces dépistages gynécologiques, en fait ?

P : Oh bah, mes enfants ils vont tous chez le gynécos... euh ils font les examens couramment.

IMG : Oui.

P : Comme nous on a fait quand on était plus jeune.

IMG : D'accord. Ok. Donc c'est le fait vraiment de...

P : Ah oui, non, non, ils sont suivis, ah oui !

IMG : Ils sont suivis, d'accord. Ça vous en aviez discuté euh... et puis vous aviez l'habitude...

P : Oh bah ils sont au courant. Et puis j'ai une fille qui est infirmière.

IMG : Oui, qui est dans le milieu médical...

P : Oui, et là bah elle fait le cours, bah elle fait un peu de tout... parce qu'elle va être cadre, je vous l'ai dit. C'est pour cela que j'ai dit oui pour vous, parce que j'ai dit : je ne vois pas pourquoi... Ca ne me dérange pas. Puisque je sais ce que c'est et les jeunes je sais que pour faire quelque chose, il faut aussi de temps en temps être derrière. Moi, qu'est-ce que ça me prend ? Si ça me prend une demi-heure, trois quart d'heure avec vous, ça ne me dérange pas.

IMG : Hum, hum, c'est gentil...

P : Voilà, c'est ça que je voulais dire.

IMG : Je vais vous montrer maintenant une petite chose...

P : Oui...

IMG : Vous allez me dire ce que vous en pensez. En fait, c'est un nouveau système qui n'existe pas encore en France, et qui permettrait un dépistage... enfin qui permet le dépistage du cancer du col de l'utérus, justement.

P : D'accord.

IMG : C'est un système qui s'adresse... voilà qui se présente comme ça, et qui s'adresse aux femmes. En fait, c'est un autoprélèvement, c'est à dire qu'on n'a pas besoin d'aller chez le gynécologue ou chez le médecin traitant pour faire ce ... ce prélèvement.

P : Cet examen.

IMG : C'est un peu comme l'Hémocult dont vous parliez tout à l'heure, en fait.

P : Oui.

IMG : On le reçoit par la poste, ça se présente comme ça : c'est un auto-prélèvement donc la femme reçoit ça dans une boîte. En fait là, au bout ici, il y a un petit liquide qui est pré-rempli.
D'accord ?

P : D'accord.

IMG : Le liquide est pré-rempli donc il n'y a pas de manipulation particulière à faire. Donc, ensuite, il faut insérer cette partie au niveau du vagin.

P : Oui.

IMG : On appuie ici sur le bouton : ça libère le liquide.

P : Oui, d'accord.

IMG : Ça fait un lavage au niveau du col de l'utérus. Et on relâche le bouton, ce qui fait que...

P : Ça remplit...

IMG : Voilà, le liquide est réaspiré. Ensuite, ce liquide, on le met dans un petit pot : comme un petit pot pour faire des analyses d'urine, par exemple.

P : Oui.

IMG : Donc, on ré appuie sur le bouton, finalement.

P : ça repart, oui, bien sûr.

IMG : On referme le récipient et on l'envoie au laboratoire.

P : Et ça part à analyser ? Ah je ne connaissais pas.

IMG : Ah non, bah c'est tout nouveau. En fait, comment ça fonctionne, dans ce liquide de lavage, en fait parce que le frottis on le fait avec une petite brosse, on va frotter un petit peu le col de l'utérus en fait, pour aller gratter des cellules.

P : Oui.

IMG : Là, on récupère pas de cellules avec ça mais on récupère tout ce qu'il y a autour du col. Et avec ça, on ne va pas analyser les cellules, mais on va rechercher le virus qui est responsable du cancer du col de l'utérus. Parce que le cancer du col de l'utérus, il est .. euh... c'est un virus qui est responsable de ce cancer. Un virus qui s'appelle : l'HPV. Enfin, je ne sais pas si vous avez entendu les vaccins pour les jeunes filles ?

P : Si. Si ,si ,si, si...

IMG : Donc ça, ils en ont pas mal parlé à la télévision, et ça, c'est un vaccin qui est contre ce virus. Et là, en fait, ce test permet de rechercher le virus. Si il n'y a pas le virus, bah c'est tout, il n'y a pas de risque d'avoir un cancer donc on est tranquille pour...

P : Autant de temps.

IMG : Autant de temps, cinq ans. Et si le virus est positif, là il y a un risque d'avoir...

P : Un examen à faire ?

IMG : ... donc là il faut aller faire un frottis.

P : Un examen à faire.

IMG : Voila. Faire le frottis classique.

P : Un examen à faire.

IMG : Tout à fait. Voila. Qu'est-ce que... quelle est votre première impression ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

P : C'est bien, très bien. Personnellement, c'est bien. On peut le faire soi-même, n'importe quand... Et là, je le ferais.

IMG : Si vous le receviez ?

P : J'le ferais.

IMG : Vous le feriez ?

P : Oui, oui, oui, oui... Bah pour ça, parce que pour autre chose, ben, j'dois faire aussi euh...

IMG : L'Hémocult ?

P : J'dois tout faire ! Et ça, ça c'est rien, ça j'vais le faire. J'l'ai déjà fait dans le temps, enfin il y a quand même deux ans ! ça passe tellement vite...

IMG : Hum... C'est vrai que le temps passe vite...

P : On l'a fait, on dit « bah on est tranquille ! », mais quand vous voyez le temps comment il passe, on n'a pas... ah bah il faut le refaire ! Nan mais c'est bien ça ! Moi je trouve...

IMG : Donc là, le fait de pouvoir le faire quand on veut...

P : N'importe quand. Vous prenez votre douche, vous le faites chez vous, bien tranquille... c'est bien. Si c'est bien. Personnellement j'trouve que c'est bien.

IMG : D'accord.

P : Vous aurez même plus de chance avec ça que quelque fois avec des gens au cabinet médical.

IMG : Oui ?

P : Bah le cabinet médical, tout compte fait, vous avez une petite pièce qui fait autant de mètre carrés une porte, des gens qui crient derrière... c'est pas...

IMG : Oui, au niveau de l'intimité, c'est pas terrible...

P : Hum, hum, c'est ce que je veux dire...

IMG : De toujours se dire, pourvu que il y a personne qui rentre...

P : Rien qu'à déjà savoir qu'il déballe la table, tac tac tac. Bon qu'est-ce qu'elle a celle-là... Enfin, je sais pas, hein, moi j'dis ça comme ça ! Je ne sais pas...

IMG : Ah non, c'est votre point de vue, c'est ça qui m'intéresse justement.

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

IMG : D'accord. Donc vous préféreriez rester assise dans la chaise et puis...

P : Voila.

IMG : ... ne pas s'allonger ...

P : Voila. Ça veut dire quoi : qu'est-ce qu'elle a ?

IMG : Hum, hum... Alors c'est quoi, c'est de la gêne, c'est ...

P : Ben... Oui un peu...

IMG : ... Toujours cette question d'intimité, on va rentrer dans votre intimité...

P : Exact.

IMG : Et le fait de devoir se déshabiller...

P : C'est encore pire.

IMG : C'est encore pire, ouais...

P : Pourtant le Docteur X, vraiment, depuis le temps que je le connais de toute façon... ça fait trente ans. Trente ans ! Il s'est toujours occupé de mes enfants. Mais j'avais moins de gêne quand j'attendais un enfant que maintenant, parce que c'était différent !

IMG : Parce que c'était pour l'enfant ?

P : Bah c'était obligé, j'avais que des problèmes ! J'ai toujours été couchée pour mes enfants. Ils avaient toujours de la fièvre, il venait tous les trois jours à la maison je crois... Alors j'étais tellement habituée. Mais après, il y a eu une coupure...

IMG : D'accord.

P : Et après on n'ose plus.

IMG : D'accord.

P : Enfin, j'sais pas, c'est pas qu'on n'ose pas, c'est que on n'a pas envie...

IMG : Bon, et est-ce que vous voyez des inconvénients à ce genre de technique ?

P : Non. Du tout.

IMG : Du tout... Et est-ce que vous pensez que ça pourrait intéresser certaines femmes ?

P : Oui, je pense, personnellement oui... Ah oui, j'suis certaine.

IMG : ça vous semble assez simple d'utilisation ?

P : Ah oui, très simple, oui, si. Ah oui, non, si. Si, si. Si, franchement oui.

IMG : D'accord. Si ça vous était proposé, ce serait quelque chose...

P : J'dirais oui, je l'ferais, sans problème...

IMG : Très bien. Bah j'pense qu'on a fait un petit peu le tour.

P : Si j'ai pu vous aider...

IMG : Ah oui, vous m'avez bien aidée !

AUTEUR : BLANCKAERT Marie

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 femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Thèse, Médecine, Lille

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : frottis cervico-utérin, patientes, médecine générale, obstacles, Fishbein-Ajzen

Résumé :

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

L'objectif de l'étude était de décrire les obstacles à la réalisation du FCU chez les femmes et classer ces obstacles comme déterminants dans l'algorithme du modèle intégratif de prédiction comportementale.

Méthode : Des entretiens individuels ont été menés jusqu'à saturation des données chez des femmes recrutées dans les salles d'attentes de médecins généralistes randomisés. Le guide d'entretien était basé sur le modèle intégratif de prédiction comportementale. Après transcription par l'intervieweuse, l'analyse axiale a classé les nœuds dans les déterminants de l'algorithme.

Résultats : Le manque d'information, les difficultés à prendre rendez-vous chez un gynécologue et le manque de temps des patientes étaient les principaux déterminants « facteurs environnementaux ». La connaissance du FCU était la principale compétence qui faisait défaut chez les patientes. L'ignorance du cancer du col était le principal déterminant « représentation des issues » et l'ignorance de la pratique du FCU par le généraliste était le principal item du déterminant « normalité ». Enfin, le sentiment d'intrusion, la mauvaise perception du risque et la peur de la maladie étaient les principaux déterminants « autocontrôle ».

Conclusion : La classification des obstacles à la réalisation du FCU chez les femmes dans l'algorithme du modèle intégratif de prédiction comportementale ouvre la voie à une étude de pondération et d'interaction de ces obstacles pour prédire la réalisation ou non d'un FCU de dépistage.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout (Directeur)

Monsieur le Docteur Benoît Savatier