



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : étude qualitative
du ressenti des patientes n'ayant pas répondu favorablement aux
invitations par courriers et de leurs médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre à 18h00
au Pôle Formation
par **Mathilde CAULIER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame le Docteur Marie-Laure FORZY

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

RÉSUMÉ

Contexte : Le cancer du col de l'utérus est responsable d'environ 1 100 décès par an malgré l'existence d'un dépistage. Depuis l'arrêté du 4 mai 2018, ce dépistage s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé. L'objectif principal de cette étude était de recueillir le ressenti des patientes n'ayant pas réalisé ce dépistage dans l'année suivant la relance par courrier. L'objectif secondaire était d'explorer le ressenti des médecins généralistes afin de le comparer à celui des patientes.

Matériel et méthode : Une approche qualitative, basée sur le recueil de données par entretiens semi-dirigés, a été choisie. La population-cible comprenait des femmes âgées de 25 à 65 ans, n'ayant pas réalisé de prélèvement cervico-utérin dans l'année suivant la relance par courrier, déclarant un médecin généraliste référent et résidant dans le département du Nord. L'analyse des données s'est inspirée de la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Huit patientes et quatre médecins ont participé à cette étude. Les freins identifiés au dépistage étaient un manque d'information, les difficultés d'accès aux soins, la gêne liée à l'examen, les peurs et les croyances des patientes. Les courriers envoyés par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, jugés utiles comme rappels, étaient fréquemment ignorés. Diversifier les lieux de dépistage, améliorer l'information, optimiser les courriers et les outils de communication, promouvoir l'auto-prélèvement pourraient réduire les réticences.

Conclusion : Bien que le dépistage organisé ait augmenté la participation, des efforts restent nécessaires pour atteindre les objectifs visés. Une approche individualisée, respectant les choix des patientes, renforçant l'information est essentielle pour améliorer la participation et contribuer à la santé des femmes.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

I.	INTRODUCTION	1
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	3
A.	Type d'étude	3
B.	Population de l'étude	3
C.	Recueil de données	4
D.	Analyse des données.....	6
E.	Aspects éthiques et réglementaires	6
III.	RÉSULTATS	8
A.	Population étudiée	8
B.	Perception du dépistage du CCU.....	10
C.	Raisons de non-réalisation du dépistage	12
D.	Réactions à la réception des courriers	20
E.	Solutions pour améliorer le dépistage.....	22
F.	L'auto-prélèvement vaginal	29
IV.	DISCUSSION.....	32
A.	Dépistage organisé du CCU	32
B.	Raisons de non-réalisation du DO et solutions envisagées	35
C.	Limites et forces de l'étude	42
V.	CONCLUSION.....	44
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
	ANNEXES	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AM	Assurance maladie
APV	Auto-prélèvement vaginal
CCU	Cancer du col de l'utérus
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRCDC	Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers
DO	Dépistage organisé
ETP	Éducation thérapeutique du patient
HPV	Papillomavirus humain
IP	Investigatrice principale
MG	Médecin généraliste
PCU	Prélèvement cervico-utérin
PS	Professionnel de santé

I. INTRODUCTION

Le Cancer du col de l'utérus (CCU) est le 11^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme en France (1). Il est responsable d'environ 1 100 décès par an alors qu'il existe un dépistage : le Prélèvement cervico-utérin (PCU) (2). Le taux de survie à 5 ans du CCU est en diminution depuis 2015 malgré une baisse de l'incidence et de la mortalité (1). Ceci illustre un phénomène paradoxal du dépistage.

Le CCU est dû à une infection par un Papillomavirus humain (HPV). Cette infection, transmise par contact cutanéomuqueux, est considérée comme une infection sexuellement transmissible (3). 80 % de la population sexuellement active sera infectée par ces virus. Parmi près de 200 HPV identifiés, 12 HPV sont considérés cancérogènes. Les HPV 16 et 18 sont les plus fréquents.

La majorité des infections sont éliminées dans les 2 ans. La persistance de l'infection à un HPV hautement oncogène peut provoquer des lésions cancéreuses. Elles se développent en moyenne 10 à 15 ans après une infection persistante.

Un dépistage régulier de toute la population-cible permettrait de réduire l'incidence de 90% (2). Le dépistage s'inscrit depuis l'arrêté du 4 mai 2018 dans le cadre d'un programme national organisé (4). Cette démarche est complémentaire de la prévention par vaccination contre les HPV.

L'objectif du Dépistage organisé (DO) est de réduire l'incidence et le nombre de décès par CCU de 30 % à 10 ans. Pour cela, il cherche à atteindre un taux de couverture de 80 % dans la population-cible et à rendre le dépistage plus accessible aux populations vulnérables ou éloignées du système de santé (5).

La mise en œuvre opérationnelle du DO est confiée initialement aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) (6).

Il existe deux modes d'entrée : la participation spontanée ou la participation par invitation. Les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage du CCU dans les délais recommandés sont invitées par le CRCDC. Un courrier d'information et d'invitation est adressé puis une relance 12 mois après si le test n'est pas réalisé.

Les modalités de dépistage sont (5) :

- De 25 à 30 ans, le dépistage reste la cytologie du fait de la forte prévalence des infections transitoires à HPV à cet âge. Deux cytologies à 1 an d'intervalle puis à 3 ans sont recommandées en cas de résultat normal.
- A partir de 30 ans, le test HPV est l'examen de première intention 3 ans après la dernière cytologie. Si le test est positif, une cytologie sera réalisée sur le même échantillon. Si le test est négatif, le contrôle sera recommandé 5 ans plus tard.

Ces examens nécessitent un PCU réalisé par un Professionnel de santé (PS).

L'objectif principal de l'étude était de recueillir le ressenti des patientes suivies en médecine générale et n'ayant pas réalisé le dépistage du CCU dans l'année suivant la relance par courrier. L'objectif secondaire était d'explorer le ressenti des Médecins généralistes (MG) afin de le comparer à celui des patientes. Le but était de donner aux MG des éléments permettant d'encourager les patientes à participer au DO du CCU afin d'améliorer le taux de couverture et leur santé.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, une approche qualitative avec recueil de données par entretiens semi-dirigés a été choisie. Ce type d'étude semblait le plus approprié (7,8).

B. Population de l'étude

1. Population-cible

La population-cible incluait :

- Des femmes de 25 à 65 ans,
- N'ayant pas réalisé le PCU dans l'année suivant la relance par courrier dans le cadre du DO du CCU,
- Ayant déclaré un MG référent,
- Résidant dans le département du Nord.

2. Recrutement

a. Recrutement via la base de données du CRCDC

Le recrutement de la population se faisait par le biais d'une requête dans la base de données du CRCDC des Hauts-de-France en respectant les critères de sélection. Un courrier d'invitation (Annexe 1) était adressé à 200 femmes sélectionnées par tirage au sort. Celles-ci étaient invitées à participer à l'étude et pouvaient répondre via un coupon-réponse. Les femmes pouvaient y indiquer leurs coordonnées téléphoniques et courriel. Les coupons-réponses étaient récupérés par le CRCDC puis transmis à l'investigatrice principale (IP). Un rendez-vous était fixé avec les femmes qui acceptaient l'entretien individuel. Si le nombre de patientes n'était pas suffisant, un nouveau tirage au sort était envisagé. Une seule réponse ayant été obtenue, d'autres méthodes de recrutement ont été envisagées.

b. Recrutement via les MG

Les autres méthodes de recrutement impliquaient les MG. Contactés par courriel ou téléphone, ils étaient invités à participer à l'étude.

Soit une affiche destinée aux salles d'attente était remise aux MG (Annexe 2). Elle comportait un QR-code renvoyant vers un questionnaire en ligne. Ce questionnaire expliquait le but de l'étude et recueillait des informations sur le suivi gynécologique antérieur des patientes. Il proposait ensuite la réalisation d'un entretien. Les patientes intéressées pouvaient indiquer leur courriel.

Soit les MG étaient invités à recruter des patientes lors des consultations. Les critères de sélection de la population-cible leur étaient présentés. La liste de leurs patients non à jour dans le dépistage des cancers, fournie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), pouvait les aider à identifier les patientes concernées. Les coordonnées téléphoniques ou courriel des patientes intéressées étaient transmises à l'IP avec leur accord.

C. Recueil de données

1. Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés soit en visioconférence soit par téléphone selon la convenance des participants. Un MG a souhaité réaliser l'entretien en présentiel.

2. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré après une recherche documentaire (Annexe 3). Il a évolué au fur et à mesure du recueil et de l'analyse des données. Le guide a été testé au préalable afin d'évaluer la recevabilité des questions et la trame de l'entretien.

Le questionnaire était divisé en trois parties :

- La première partie s'intéressait aux informations personnelles et socio-démographiques des participants.
- La deuxième partie concernait le suivi médical et gynécologique antérieur pour les patientes. Elle abordait pour les MG les pratiques professionnelles concernant le dépistage du CCU.
- La troisième partie a été conçue avec des questions ouvertes afin de répondre à la question de recherche.

Lors de cette dernière partie, les thèmes suivants étaient abordés : le dépistage du CCU, les courriers envoyés par le CRCDC, les raisons de la non-réalisation du dépistage, les mesures à mettre en place afin d'améliorer la couverture du dépistage et l'auto-prélèvement vaginal (APV).

3. Nombre d'entretiens

Les entretiens ont été arrêtés à la saturation théorique des données. Pendant la collecte des données, les informations recueillies étaient analysées. L'IP a jugé que la saturation théorique était atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles thématiques. Celle-ci a été vérifiée par la réalisation d'un entretien supplémentaire.

4. Transcription

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone, avec prise de notes par l'IP. Ils étaient retranscrits ad integrum. Les manifestations non verbales et les ressentis exprimés lors de ces entretiens étaient relevés.

D. Analyse des données

Le modèle s'est inspiré de la méthode de théorisation ancrée (8). Une triangulation des données a été effectuée avec une chercheuse indépendante. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 14. L'étude a été évaluée selon les critères de rigueur scientifique de la grille COREQ (Annexe 4).

E. Aspects éthiques et réglementaires

1. Consentement éclairé

Un document d'information et de consentement a été remis aux patientes avant la réalisation des entretiens (Annexe 5). Le consentement écrit (7 patientes) ou oral des participants a été recueilli. Les participants ont été informés que les entretiens étaient enregistrés au moyen d'un dictaphone. Leur accord a été obtenu.

2. Confidentialité

Toutes les données ont été anonymisées. Les entretiens ont fait l'objet d'une désidentification des données.

3. Convention de partenariat

Une convention a été signée entre le CRCDC des Hauts-de-France et l'IP. Elle définissait la méthode et le cadre général des collaborations et des échanges entre les deux parties. La convention a été conclue pour la durée de la réalisation de l'étude. Les parties se sont engagées à conserver confidentielles les informations de toute nature auxquelles elles pourraient avoir accès.

4. Autorités réglementaires

L'IP a consulté le comité de protection des personnes. L'étude reposant sur des sciences humaines et respectant les critères MR-OO3, ne nécessitait pas d'avis préalable.

Conformément à la réglementation, cette étude a été déclarée au registre des activités de traitement de l'université de Lille avec l'aide du délégué à la protection des données sous la référence Registre DPO : 2023-144 (Annexe numéro 6).

III. RÉSULTATS

A. Population étudiée

8 patientes et 4 MG ont participé à cette étude. L'âge moyen était de 44,5 ans pour les patientes et de 47 ans pour les MG. Le tableau 1 présente les caractéristiques des patientes. Le tableau 2 celles des MG.

Les caractéristiques des entretiens et le mode de recrutement des patientes sont décrits dans le tableau 3. Ceux des MG dans le tableau 4.

Sur les 200 courriers envoyés par le CRCDC, une seule réponse positive a été recueillie. Cette patiente (P7) a été exclue de l'étude car elle ne répondait pas aux critères de sélection. 15 MG ont accepté d'installer l'affiche dans leur salle d'attente. 9 patientes ont répondu au questionnaire en ligne mais une seule correspondait aux critères de sélection et acceptait de participer à un entretien. Les autres patientes ont été recrutées grâce aux MG.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2023 et octobre 2024. La durée moyenne des entretiens était de 59 minutes pour les patientes et de 40 minutes pour les MG.

P	Age	Travail	Situation personnelle	Enfant	Habitat	Proximité des lieux de soins	Suivi MG		Suivi gynécologique			
							Suivi	CS	Suivi	PS	CS	PCU
1	50	Employée	Célibataire	Oui	Urbain	Oui	Oui	> 1 ans	Non	G	> 5 ans	> 5 ans
2	41	Sans emploi	En couple	Oui	Urbain	Oui	Oui	< 6 mois	Non	SF	> 5 ans	> 5 ans
3	30	Cadre	En couple	Oui	Urbain	Oui	Oui	< 6 mois	Oui	G	< 3 ans	> 3 ans
4	53	Sans emploi	Célibataire	Oui	Urbain	Oui	Oui	< 6 mois	Non	G	> 5 ans	> 5 ans
5	54	Employée	Célibataire	Oui	Urbain	Oui	Oui	< 6 mois	Non	G	> 5 ans	> 5 ans
6	64	Retraîtée	Célibataire	Oui	Urbain	Oui	Oui	< 6 mois	Non	G	> 5 ans	> 5 ans
8	32	Artisan	Célibataire	Non	Urbain	Oui	Oui	< 6 mois	Non	Aucun	Jamais	Jamais
9	32	Employée	En couple	Oui	Urbain	Oui	Oui	6 mois-1 an	Non	MG	< 3 ans	> 5 ans

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes

Note : CS : Consultation, G : Gynécologue, SF : Sage-femme

MG	Sexe	Age	Durée d'exercice	Cabinet	Lieu d'exercice	Proximité des lieux de soins	Pratique du PCU	Maître de stage
1	Homme	53	26 ans	Cabinet de groupe	Urbain	Oui	Oui	Oui
2	Homme	46	15 ans	Cabinet de groupe	Urbain	Oui	Non	Oui
3	Femme	36	3 ans	Cabinet de groupe	Urbain	Oui	Oui	Non
4	Homme	52	26 ans	Cabinet de groupe	Urbain	Oui	Oui	Oui

Tableau 2 : Caractéristiques des MG

Patientes	Mode de recrutement	Date d'entretien	Méthode d'entretien	Durée de l'entretien
1	Médecin	24/10/2023	Visioconférence	0:30:31
2	Médecin	01/11/2023	Visioconférence	0:51:50
3	Médecin	01/11/2023	Visioconférence	0:44:29
4	Médecin	13/11/2023	Appel téléphonique	0:39:15
5	Affiche	14/11/2023	Visioconférence	01:46:41
6	Médecin	16/11/2023	Visioconférence	01:10:00
8	Médecin	02/04/2024	Visioconférence	00:52:00
9	Médecin	03/07/2024	Visioconférence	01:17:18

Tableau 3 : Caractéristiques des entretiens et modes de recrutement des patientes

MG	Mode de recrutement	Date d'entretien	Méthode d'entretien	Durée de l'entretien
1	Appel téléphonique	12/12/2023	Présentiel	0:39:01
2	Mail	13/12/2023	Visioconférence	0:44:04
3	Mail	01/04/2024	Visioconférence	0:32:10
4	Appel téléphonique	01/10/2024	Visioconférence	0:46:00

Tableau 4 : Caractéristiques des entretiens et modes de recrutement des MG

B. Perception du dépistage du CCU

1. Ressentis des patientes

Le dépistage du CCU était perçu comme utile par 4 patientes. P1 décrivait le suivi gynécologique : « *c'est un passage impératif pour moi* ». P9 indiquait : « *le frottis, je sais que c'est important* ». Il était en lien avec une maladie grave : « *Et puis on peut dépister peut-être très très vite quelque chose de grave. Et puis bah faire en sorte que ce soit moins grave justement* » (P1).

Pour 6 patientes, ce dépistage était un examen à renouveler. 2 patientes le réalisaient sur les conseils du MG : « *je le fais que quand le médecin me le dit* » (P2). Pourtant, aucune patiente n'avait effectué le dépistage dans les délais recommandés.

2. Ressentis des MG

a. Avis sur le dépistage du CCU

Les MG considéraient ce dépistage utile : « *c'est une chance de pouvoir enfin découvrir une lésion qu'on peut soigner le plus facilement possible* » (M3). Ils estimaient qu'il faisait partie intégrante de la médecine générale.

M3 le trouvait peu contraignant : « *j'ai déjà fait des frottis, c'est pas ce qui est le plus invasif* ». Aucun n'était préoccupé par un risque de surtraitement : « *Il y a pas de raison de ne pas faire ce dépistage. Tu vois je suis un peu plus informé sur le risque de surtraitement qu'on peut avoir avec le fait de faire des mammographies systématiques* » (M1).

2 MG considéraient le dépistage du CCU plus pertinent que d'autres dépistages : « *Le cancer du CCU c'est un des deux dépistages qui est à mes yeux intéressant avec le colorectal. Le cancer du sein c'est pas terrible mais bon ça c'est pas le sujet de la thèse* » (M2).

M1 jugeait la prise en charge peu invasive en cas de test positif. Il soulignait qu'un tel résultat pouvait avoir un impact psychologique : « *Après on génère une inquiétude pour un papillomavirus qui peut s'éliminer de lui-même* ».

b. Pratique professionnelle liée au dépistage du CCU

Un MG n'effectuait pas les PCU exprimant un manque de connaissance et de pratique dans ce domaine. Il ressentait une gêne lors des examens gynécologiques : « *la gynéco c'est quelque chose dans lequel je suis pas très à l'aise* » (M2). Il avait remarqué qu'en tant qu'homme, certaines patientes étaient réticentes à venir le consulter. Il les orientait vers des confrères. Les autres MG effectuaient les PCU au cabinet et en informaient les patientes : « *je fais des frottis donc cervico-utérins, j'en ai toujours fait* » (M1).

Tous abordaient le sujet du dépistage du CCU lors des consultations. Ils cherchaient à en parler régulièrement : « *J'incite, j'essaye régulièrement de poser la question de savoir s'il y a un suivi gynécologique* » (M4). Cela pouvait être abordé lors de n'importe quelle consultation mais le thème était plus facilement évoqué lors des consultations de gynécologie. La première consultation constituait aussi une occasion de discuter des sujets de prévention : « *à chaque fois que je prends les antécédents, que, enfin que j'apprends à connaître un patient, et bien je lui en parle* » (M3).

Pour identifier les patients non à jour, M4 utilisait la liste fournie par la CPAM tandis que M3 préférait s'appuyer sur son dossier patient.

Les MG essayaient de maintenir à jour leurs connaissances sur ce dépistage : « *J'essaie de rester quand même informé sur les recommandations* » (M1).

C. Raisons de non-réalisation du dépistage

1. Absence de suivi

Sur 8 patientes, une seule avait un suivi gynécologique régulier. Elle avait vu un gynécologue il y a moins de 3 ans. Une patiente avait consulté récemment son MG pour sa contraception. Les autres n'avaient pas réalisé de suivi depuis plus de 5 ans. 2 patientes décrivaient l'absence de suivi gynécologique comme une raison de non-réalisation du dépistage : « *c'est surtout parce que je vois pas l'utilité de voir un gynécologue en fait. Donc dans ma tête, ça suit pas* » (P3).

Pour 2 patientes, cette absence de suivi concernait l'ensemble du suivi médical : « *Je fais très peu de soins médicaux* » (P2). P6 ne réalisait pas les autres dépistages : « *Que ce soit la mammo, tout ça. J'ai tout arrêté en même temps* ».

2. Difficultés d'accès aux soins

5 patientes ont décrit des difficultés à obtenir un rendez-vous. Débuter un nouveau suivi était un obstacle : « *Le fait de devoir se battre pour trouver un, une gynéco qui prend de nouveaux patients. C'est très compliqué* » (P2).

3. Manque d'informations

Certaines patientes avaient le sentiment de n'avoir pas été informées concernant ce dépistage : « *On m'en a jamais vraiment parlé en fait* » (P2). Cette ignorance pouvait provenir d'une information publique insuffisante. Une différence d'informations par rapport aux autres dépistages a été notifiée : « *Après c'est pas un cancer qu'on parle. On parle beaucoup plus du cancer du sein par exemple ou de celui de l'intestin* » (P5). Parfois l'information n'avait pas été délivrée par le PS : « *J'avoue que mon autre médecin traitant m'a jamais posé la question en fait* » (P5). Pour P3, le manque d'informations était une raison de non-réalisation du dépistage : « *Moi on m'alerte pas, donc forcément, je, je vais pas y aller quoi* ».

Cette insuffisance d'informations pouvait conduire à des méconnaissances. 5 patientes ne connaissaient pas les indications et objectifs de la prévention. P2 déclarait : « *Pour moi, c'est que si on le dépiste, c'est déjà un cancer en fait* ». Elles ne percevaient pas l'intérêt de participer à des actes de prévention jugeant cela inutile : « *Mais agir quand il y a rien, fin faire des consultations quand il y a rien, je trouve pour moi, je trouve que c'est pas utile* » (P6).

Toutes les patientes avaient des méconnaissances ou disposaient d'informations erronées concernant le dépistage du CCU. Une patiente le confondait avec la palpation : « *Si j'avais senti quoi que ce soit d'ailleurs, j'aurais été la première à aller voir le médecin* » (P1). Certaines ne connaissaient ni la population cible ni la fréquence recommandée : « *Moi je l'ai toujours fait quand j'étais enceinte donc je pensais que c'était que pour les femmes enceintes* » (P2). D'autres ignoraient son objectif. P2 ne savait pas que cela permettait de dépister un cancer : « *Pour moi, pour moi, le frottis c'est pour dépister si on n'a pas des microbes, voilà une infection, mais pas un cancer, pas d'autres maladies* ». Tandis que P4 pensait que cela pouvait détecter d'autres maladies : « *je sais que c'est pour le cancer de l'utérus ou bien une infection urinaire ou un cancer* » Le déroulement de l'examen constituait aussi une source d'ignorance pour P8.

4. Désintérêt des patientes

Ces méconnaissances pouvaient entraîner un désintérêt des patientes. P6 avait arrêté son suivi après la ménopause : « *J'ai suivi parce que j'avais encore mes règles. Mais une fois que j'étais ménopausée, bon* ». Elle estimait aussi qu'en absence de vie sexuelle, le suivi n'était plus nécessaire.

3 patientes considéraient ce suivi plus important lors des grossesses : « *Qu'on subît d'être trifouillée là pendant nos grossesses, c'est une chose (...). Si on peut éviter d'être trifouillée là c'est bien* » (P9).

L'âge des patientes pouvait influencer leur perception. P1 (50 ans) et P9 (32 ans) considéraient qu'elles étaient encore jeunes et qu'il était trop tôt pour s'inquiéter : « *J'ai pas cette sensation que je dois m'inquiéter à ce niveau-là, pour l'instant !* » (P1). A l'inverse le vieillissement avait une influence pour P6 (64 ans). Elle décrivait une perte de motivation et une diminution du souhait de soins : « *Et puis en vieillissant on a moins envie déjà* ». La difficulté à se déplacer était un frein : « *Bon quand c'est nécessaire, il faut se faire accompagner* ».

5. Conditions d'examen difficiles

6 patientes estimaient que l'examen gynécologique se déroulait dans des conditions difficiles. Elles le trouvaient désagréable parfois même douloureux : « *Bah non, ça fait mal. Ok c'est gênant, ok c'est pas douloureux à être torturée mais c'est quand même un examen qui est désagréable* » (P9).

Les patientes pudiques éprouvaient de la gêne : « *il peut y avoir, oui, la timidité, la gêne de se retrouver en petite tenue* » (P1). P8 expliquait : « *La pudeur, c'est vraiment un grand frein chez moi* ».

Cet examen était perçu comme une contrainte : « *Bah personnellement, c'est c'est comme un viol cet examen-là* », « *les femmes le font par obligation du coup c'est comme un viol pour moi* » (P9).

Certaines patientes ressentaient une gêne accrue lorsque l'examen était réalisé par un homme. P8 refusait d'être examinée dans ce cas : « *Oui là c'est sûr qu'il y aura rien du tout. C'est même pas je vais faire l'effort* ».

Les patientes ayant vécu un examen difficile par le passé voyaient leur gêne s'accroître : « *je l'ai ressenti vraiment comme on était des bétails, vous voyez* » (P9). P9 estimait qu'un antécédent de violence sexuelle pouvait être un frein.

6. Peur et craintes

Ces conditions d'examen pouvaient conduire à une peur de l'examen. 5 patientes la désignaient comme une raison de non-réalisation du dépistage. P4 décrivait une peur des soins médicaux : « *Bah ouais je vous dis, j'ai peur de tout. Même le Docteur, pourtant le Docteur, il m'a jamais rien fait le médecin* ».

Plusieurs patientes craignaient un résultat positif. Il leur semblait plus facile de rester dans l'ignorance : « *Euh, si on sait pas, on peut pas être malade* » (P9). Être malade signifiait être affaiblie ou recevoir des traitements : « *Avec en même temps la peur que ce soit des traitements lourds* » (P2). Cela impliquait des protocoles de soins et une perturbation de la vie quotidienne : « *si vous le savez pas, vous le savez pas ! (...) On vit normalement* » (P9). P2 n'était pas sûre de vouloir se faire soigner. 2 patientes exprimaient aussi la peur que le dépistage soit réalisé trop tard avec des options de prise en charge limitées.

7. Sentiment de bonne santé

Certaines patientes exprimaient se sentir en bonne santé. Elles avaient l'impression d'être à l'abri et ne percevaient pas l'intérêt de faire le dépistage : « *on se dit toujours que ça tombe sur les autres* » (P1). Cela pourrait être décrit comme un sentiment d'immortalité : « *Si moi là je me sens bien, c'est que mon corps il va bien* » (P9). L'absence de problèmes gynécologiques antérieurs ou actuels était une raison de non-réalisation du dépistage. L'absence de symptômes était aussi une raison évoquée par 5 patientes : « *Je me dis que tant que je n'ai pas de symptômes, je vois pourquoi je le ferai* » (P2).

8. Influence de l'entourage

L'entourage jouait un rôle dans la décision de réaliser ou non le dépistage. L'absence d'antécédent de CCU dans la famille représentait un facteur de réassurance pour 2 patientes. Elles se sentaient moins à risque et moins concernées par le dépistage : « *Pour moi, il y a des antécédents au niveau du cancer de l'utérus, oui là tu vas peut-être faire quelque chose* » (P6).

3 patientes soulignaient l'influence des comportements de leur entourage. Constatant que leurs proches ne faisaient pas le dépistage les incitait à ne pas le faire : « *ma mère je vous le dis ne l'a jamais fait. (...) Et je sais qu'au niveau gynécologique, je suis tout ce que ma mère a fait* » (P2).

L'éducation reçue avait un impact. Le fait que le sujet ne soit pas évoqué dans l'entourage également : « *Ah dans la famille, on parle pas du tout de ça* » (P5).

9. Absence de priorisation de sa santé

3 patientes ont mentionné le manque de temps comme une raison : « *J'aurai plus de temps, je participerai plus volontiers à ce genre d'opérations* » (P1). P5 admettait que cela n'était qu'une fausse excuse : « *Après je pense que c'est une fausse excuse quelque part, qu'on se donne. Plutôt que réellement le vrai manque de temps* ».

Les patientes ne considéraient pas le dépistage et leur santé comme des priorités : « *Je fais très peu de soins médicaux, par manque de temps surtout, parce que je fais toujours passer la santé et la vie des autres avant la mienne* » (P2).

10. Négligence

Le dépistage n'était parfois pas réalisé par négligence. P3 mentionnait l'avoir oublié : « *certes j'y ai pas pensé* ». D'autres reportaient l'examen : « *J'ai dit que je n'ai pas le temps et que je le ferai plus tard* » (P2). Certaines ont abandonné après

avoir rencontré des difficultés à obtenir un rendez-vous : « *Au bout de deux ou trois refus, on baisse les bras et on cherche plus* » (P2).

11. Méfiance

2 patientes remettaient en question l'innocuité du dépistage. Elles décrivaient l'anxiété réactionnelle d'un test positif : « *Pour moi tout ce qui est peur, ça peut engendrer et déclencher pas mal de choses* » (P6). P6 craignait une surmédicalisation : « *Bah je pense que être trop médicalisée, c'est pas forcément bon non plus* ». Elles soupçonnaient que le dépistage puisse entraîner des troubles : « *C'est peut-être en faisant un examen tous les ans que vous allez vous développer quelque chose* » (P9).

Elles exprimaient des doutes quant à l'efficacité des mesures préventives : « *Mais je sais pas si cette prévention elle est réelle ou pas. Pour moi, elle est pas forcément réelle* » (P6). Leur méfiance concernait aussi l'efficacité des traitements : « *Pour être guérie plus vite ou des fois pour avoir le même résultat. Autant vivre normalement* » (P9).

12. Choix

2 patientes choisissaient de ne pas réaliser le test. P9 refusait d'être informée sur son état de santé préférant rester dans l'ignorance : « *Mais comme ça revient toujours à la même question dès le début. C'est que j'ai pas envie de savoir si j'ai quelque chose ou pas* ».

P6, de son côté, estimait que sa décision était prise et souhaitait que le MG respecte son choix : « *C'est pas une histoire d'influencer, mais il respectait, voilà, il respectait mon choix (...) Il a peut-être vu que moi j'étais déterminée pour x raisons et qu'il n'insiste pas* ».

13. Analyse comparative avec les entretiens des MG

a. Raisons de non-réalisation du dépistage

En abordant les raisons de non-réalisation du dépistage lors des entretiens avec les MG, des mêmes thématiques ont émergé. L'annexe 7 les met en lumière.

Des divergences sont décrites dans l'annexe 8. Les patientes ont évoqué des difficultés à obtenir un rendez-vous gynécologique. Les MG estimaient que ces soins restaient accessibles bien que la demande ait augmenté. Certaines patientes ignoraient que le PCU pouvait être réalisé par un MG.

Concernant le manque d'informations, des nuances apparaissaient. Les deux groupes s'accordaient sur la nécessité d'améliorer l'information. Mais certains MG avaient l'impression que les patientes étaient informées : « *on en parle quand même beaucoup du frottis et de la mammo* » (M3). L'examen gynécologique était perçu comme un acte « *connu comme l'examen pédiatrique* » (M4).

Concernant les conditions de l'examen, certains MG le trouvaient peu contraignant. M3 estimait : « *C'est pas un examen qui est pas non plus horrible à faire* » tout en soulignant que cet examen devait être réalisé dans de bonnes conditions. Cela contraste avec les réponses de certaines patientes.

Des thématiques évoquées par les patientes n'ont pas été abordées par les MG. Par exemple, l'absence de suivi gynécologique ou médical. L'absence de symptômes évoquée par 5 patientes n'a été mentionnée que par M1.

b. Ressentis des MG lors des refus de dépistage

Lors des refus de dépistage, les MG ont décrit plusieurs ressentis. M1 se sentait parfois impuissant : « *je me heurte quand même un peu à un mur quand même et c'est difficile* ». M3 percevait cela comme une perte de chance pour les patientes.

Les MG ont signalé un manque d'information concernant les dépistages antérieurs. La liste envoyée par la CPAM était jugée inexploitable. Ils ne recevaient pas toujours les résultats des dépistages antérieurs : *« on a du mal à avoir l'information » (M2)*. Ils avaient parfois des difficultés à récupérer les antécédents gynécologiques : *« Les femmes sont pas toujours à même de le dire » (M4)*.

Ils ont mentionné un manque de temps. Les consultations traitaient souvent de plusieurs motifs. De nombreux messages devaient être transmis : *« Et c'est vrai qu'on a tellement de messages à donner maintenant aux patients que c'est difficile d'être au top sur chaque message. Ils sont tous importants pourtant » (M1)*. Le temps des consultations semblait trop court. La prise en charge de ces patientes nécessitait un investissement temporel important : *« passer du temps avec son patient, explorer les résistances, euh, de l'entretien motivationnel, des choses qui sont chronophages » (M1)*. Certains MG admettaient aussi oublier d'aborder le sujet : *« Si c'est le 7e motif de consultation, bah ça va passer à la trappe » (M2)*.

Les MG éprouvaient des difficultés à modifier le point de vue des patientes. M1 craignait d'être intrusif : *« je me pense pas toujours forcément à l'aise de leur dire voilà, d'être trop proactif par rapport à ça, d'être peut-être même un peu intrusif dans leur vie personnelle quoi »*. Il jugeait que le rappel oral était insuffisant : *« J'ai l'impression d'en parler souvent et pas avoir forcément beaucoup de femmes qui y vont »*. M4 soulignait que des efforts considérables étaient nécessaires : *« on déploie beaucoup d'énergie pour avoir un patient. Mais si on sauve un patient, c'est un patient de sauvé »*. En particulier parce qu'il s'agissait d'une population difficile à atteindre : *« Parce qu'elle a été sollicitée et ils ont pas répondu »*. M1 ajoutait que la sensibilisation semblait plus complexe avec les patientes plus âgées.

Le sujet pouvait être délicat à aborder pour les MG : « *une femme qui vient pour complètement autre chose, c'est pas toujours forcément facile d'aller aborder le suivi, l'abord de sa vie intime quoi* » (M1). Les patientes ne l'évoquaient pas non plus : « *J'ai jamais eu un patient qui est venu pour que je lui parle de la prévention quoi* » (M3).

2 MG insistaient sur l'importance de respecter le choix des patientes : « *je laisse aussi la liberté aux patientes. Je pense que c'est vraiment pas un examen que j'impose moralement et encore moins physiquement* » (M4). M4 estimait qu'il n'y avait pas d'urgence à ce sujet : « *ça fait partie des dépistages donc c'est par définition une des branches où il y a pas d'urgence* ».

D. Réactions à la réception des courriers

1. Réactions positives vis-à-vis des courriers

La moitié des patientes et tous les MG ont réagi positivement à l'envoi des courriers par le CRCDC. P8 déclarait : « *Pour moi c'est positif. Ça me rappelle qu'il faut quand même franchir le cap un jour* ».

Ils ont souligné l'utilité de rappel de ces courriers : « *Ça le rappellera pour les femmes qui sont ouvertes à ça et qui sont intéressées par ça* » (M1). Ils les trouvaient informatifs. M3 expliquait : « *si le médecin traitant n'en a pas parlé en consultation ou quelqu'un d'autre, en tout cas ça permet qu'elle soit informée* ».

Les courriers facilitaient le dialogue entre les MG et les patientes : « *Ça donne un peu de poids à notre propos* » (M1). Ils favorisaient la communication entre les patientes et leur entourage : « *Je sais que je vais recevoir le courrier. Je vais peut-être le jeter à la poubelle, mais je vais en parler autour de moi* » (P8).

5 patientes estimaient que ces courriers pouvaient être incitatifs pour les autres femmes. P1 déclarait : « *Mais peut-être que pour d'autres femmes, le courrier,*

il est, voilà il est, il suffit à lui-même Et ça les convint d'aller faire ». 3 MG jugeaient que ces courriers pouvaient influencer la décision de réaliser le test.

2. Réactions négatives vis-à-vis des courriers

Toutes les patientes ont eu des réactions négatives vis-à-vis des courriers. P2 les trouvait trop longs : « *En fait je commence pour le lire et ça me fatigue »* et trop nombreux : « *On reçoit tellement de courriers »*.

Plusieurs patientes ont négligé ces courriers les laissant de côté ou les jetant : « *Je vous dis j'y prête pas attention en fait »* (P2). Les courriers n'ont pas été lus ou lus partiellement : « *Je lisais un peu et puis ensuite poubelle »* (P4).

Plusieurs patientes ont ressenti une inquiétude à leur réception : « *J'ai un stress rien qu'en voyant l'enveloppe »* (P8). Les courriers évoquaient la possibilité d'être malade et rappelaient la nécessité d'un examen. Ce qui avait engendré de la frustration chez P8 : « *Bah je suis frustrée parce que je sais que c'est pour mon bien et j'y parviens pas »*. Elle craignait une mauvaise compréhension du courrier : « *Et le fait de pas comprendre l'information qui peut être notée, mal le comprendre en fait ça peut me créer un stress inutile »*. M3 jugeait d'ailleurs qu'une information complémentaire de la part du MG restait nécessaire : « *Je pense qu'il faut qu'elle soit accompagnée et qu'on lui donne les explications et en discuter »*.

P6 était méfiante vis-à-vis des informations transmises : « *parce que leurs informations, bon je veux dire ils veulent faire peur. (...) Comme si tout le monde va avoir un cancer de ceci »*.

6 patientes sur 8 estimaient que ces courriers n'avaient pas d'influence sur elles. Elles considéraient que le message n'était pas assez fort : « *C'est qu'un courrier en fait »* (P5). Elles trouvaient que ces courriers n'apportaient pas de nouvelles informations : « *on sait très bien que c'est tous les ans qu'on doit faire des*

examens » (P9). Elles estimaient que ces courriers n'étaient pas incitatifs les jugeant parfois inutiles : « *Moi c'est inutile de me l'envoyer. Vous voyez ?* » (P9).

3 MG ont mentionné que ces courriers n'étaient pas entièrement convaincants : « *ça changera rien pour celles qui sont imperméables* » (M1). Ils ne se rappelaient pas de patientes ayant consulté suite à la réception de celui-ci.

M3 soulignait qu'il pouvait y avoir des erreurs dans l'envoi des courriers : « *Mais des fois c'est pas le moment de faire le frottis et elles ont quand même le papier* ».

E. Solutions pour améliorer le dépistage

1. Amélioration de l'accès aux soins

a. Simplifier la prise de rendez-vous

Des patientes suggéraient de rendre la prise de rendez-vous plus accessible. Premièrement en orientant les patientes vers des PS effectuant le dépistage : « *leur donner plus de renseignements sur comment prendre rendez-vous, avec qui* » (P2).

P3 proposait la création d'un centre d'appel pour simplifier les démarches. Ce numéro dédié permettrait de fixer un rendez-vous près de chez soi : « *un centre d'appel, qui peut donner en fonction de où est-ce qu'on habite, qui peut donner des rendez-vous à proximité* ». Elle suggérait aussi la mise en place d'un site internet fournissant des informations sur le dépistage et facilitant la prise de rendez-vous.

b. Optimiser les délais et la proximité des examens

Réduire les délais de rendez-vous était une piste d'amélioration mentionnée par 2 patientes. P6 déclarait : « *Et voilà justement, si on pouvait faire des dépistages plus faciles, plus près de chez soi, plus rapides* ». Elle soulignait l'importance de pouvoir prendre rendez-vous à proximité de son domicile.

c. Diversifier les lieux de réalisation du dépistage

Pour encourager la réalisation du dépistage, il a été suggéré de diversifier les lieux de réalisation du PCU. Les participants ont proposé d'effectuer le PCU en laboratoire ou en cabinet de médecine générale. Le MG peut réaliser le dépistage lui-même ou orienter les patientes vers un confrère ou collaborateur.

5 patientes étaient favorables à ce que le PCU soit réalisé par un MG. Pour P2, cela simplifierait la prise de rendez-vous : *« Ce serait le meilleur moyen de le faire. (...) Bah j'y vais pour mes rendez-vous de suivi et en même temps je peux prendre le rendez-vous gynécologique »*. Pour P8, cela permettrait d'établir une relation de confiance avec le PS réalisant le PCU : *« Euh moi je préférerais le faire avec mon généraliste, oui je vous l'avoue. (...) Oui comme ça, il y a une certaine confiance qui s'installe, vis-à-vis de moi et de mon médecin »*.

3 patientes ne souhaitaient pas que cet examen soit réalisé par leur MG. Pour P5, cela risquait de nuire à leur relation et préférait le faire avec une collaboratrice : *« Parce que là par contre ça va pas être possible. (Rires). Je vais pas, non je préfère pas mélanger les deux en fait »*. P6 et P9 s'interrogeaient sur les compétences du MG pour ce type d'examen : *« Moi je trouve ça moyen. Parce que le médecin traitant, ça reste notre médecin traitant. On va dire qu'il est là pour les petits bobos, ou pour les trucs, on va dire, un peu moins importants » (P9)*.

d. Favoriser les bilans de santé

2 patientes ont mentionné les bilans de santé réalisés dans les centres de la sécurité sociale ou agréés. Elles estimaient que cela permettait de gagner du temps en regroupant tous les examens en une journée. Cela évitait aussi les difficultés liées à la prise de rendez-vous : *« Ça évite les gens d'aller voir, trouver 36 000 médecins qui veuillent bien les prendre et aller faire 36 000 examens » (P2)*.

e. Gratuité des soins

P2 et P4 ont souligné l'importance de la gratuité des soins. Cela jouait un rôle dans l'égalité d'accès aux services de santé : « *Les gens ont beaucoup de mal à, à vraiment bien se soigner à cause du coût* » (P2).

2. Amélioration de l'information et de la communication

Une piste d'amélioration soulevée par toutes les patientes concernait l'information. Les patientes souhaitaient être davantage informées : « *Oui, il faudrait en parler plus en fait* » (P3).

a. Les acteurs de l'information

Les MG étaient considérés comme les premiers acteurs de l'information pour les patientes : « *Je pense que le médecin c'est la première personne qui est capable d'échanger avec son patient. Et bien le conseiller* » (P6). Elles souhaitaient que leur MG prenne le temps de leur expliquer le dépistage et de rappeler quand il devait être réalisé : « *ce serait bien quand même que le médecin traitant puisse faire un rappel, en tout cas aux personnes concernées* » (P3).

Améliorer les informations délivrées pourrait contribuer à instaurer une relation de confiance. Cela pourrait influencer la décision de réaliser le dépistage, comme l'a mentionné P8 : « *le fait d'instaurer une relation de confiance avec mon MG, en parler avec elle, ça pourrait faire beaucoup* ». Elle soulignait l'importance d'une communication adaptée aux besoins du patient pour atténuer les craintes : « *On aurait tendance à se renfermer et rester dans notre peur. Tandis qu'en parler, ça aide beaucoup à pallier cette peur* ».

6 patientes ont mentionné les médias comme une source de communication importante. Les médias permettaient de diffuser les informations à plus grande

échelle et de toucher un public plus large : « *en passant par les médias, vous allez toucher plus de monde. Parce que les informations sont importantes de nos jours* » (P8). Cela pouvait donner plus de poids à l'information transmise : « *ça a pas le même impact que si on en parle à la télé* » (P5).

Les médias pourraient diffuser une campagne de prévention dédiée au CCU. P2 suggérait une campagne similaire à celle contre l'abus d'alcool. Elle jugeait cette campagne percutante : « *Je pense que les les publicités choc qu'ils ont fait par rapport à l'alcool a touché beaucoup plus de personnes. Et je pense que si on en faisait pareil pour les, pour le cancer, ce serait bien aussi* ».

P3 et P5 ont proposé de consacrer une journée ou un mois à la sensibilisation au CCU : « *comme le cancer du sein, sur le mois d'octobre on parle de la palpation. On devrait mettre aussi cette information-là. Il y a pas que le cancer du sein aussi. Chez la femme il y a aussi le cancer de l'utérus* » (P3).

Il était nécessaire de diversifier les outils de communication. L'utilisation des affiches dans les salles d'attente a été évoquée : « *Les affiches en général c'est bien fait parce qu'il faut qu'on comprenne tout de suite rien qu'au visuel* » (P6). Des patientes exprimaient toutefois des réserves sur leur véritable impact. P3 a proposé de créer un site internet pour informer les patientes et a suggéré l'envoi de SMS.

b. Le public visé par l'information

Les patientes estimaient qu'il était important d'informer la population générale, en particulier les femmes concernées par le dépistage : « *Je pense que pour la population en général, ça, ça sert. Maintenant, seules les femmes se sentant concernées, je pense, y prêteront plus d'attention* » (P1).

Pour plusieurs patientes, il était essentiel d'informer les jeunes. En communiquant sur le dépistage dès le plus jeune âge, elles estimaient que les jeunes seraient plus enclins à réaliser le dépistage plus tard. Pour elles, les PS et les médias jouaient un rôle dans l'information des jeunes. L'école et les parents pouvaient aussi y contribuer : « *Même en tant que parents, il faut aussi en discuter avec ses enfants* » (P3).

3. Amélioration des conditions de l'examen

Pour encourager la réalisation du dépistage, il était crucial de lever les freins comme la peur de l'examen. Établir une relation de confiance avec le MG était une condition essentielle pour P8. Les patientes souhaitaient se sentir écoutées : « *Plus de temps pour les patients, plus d'écoute* » (P9).

P9 proposait d'allonger la durée des consultations afin de permettre un temps d'échange suffisant : « *Mais quand on le fait, bah on le fait pas à la chaîne, voilà. On prend le temps avec la patiente* ». P8 insistait sur l'importance du respect de son intimité : « *Pour pas me rendre compte que en dessous je suis nue quoi* ». Plusieurs patientes préféraient que l'examen soit effectué par une femme : « *Mais je préfère une femme. Pourquoi ? Je sais pas* » (P4).

4. Amélioration des courriers

Les patientes ont proposé des pistes d'amélioration des courriers. Certaines souhaitaient simplifier ces courriers les rendant plus courts et axés sur la date de réalisation du dépistage. P2 expliquait : « *Si les informations sont déjà données en amont, qu'on a vraiment expliqué aux gens, à quoi ça servait et tout. Juste de marquer qu'il était, qu'il est temps de faire le dépistage* ».

D'autres proposaient d'inclure des informations spécifiques, par exemple sur le dépistage et la prise en charge en cas de test positif. Elles souhaitaient que ces

informations ne soient pas alarmantes : « *Il faut pas non plus être agressif sur le sujet puisque ça va rebuter encore plus. Donc non, c'est essayer de s'infiltrer tout doucement, mais en faisant percuté* » (P1).

P2 et P3 estimaient qu'il était important d'améliorer l'accès aux soins à travers ces courriers : « *si avec les courriers, ils nous donnaient des noms de médecins qui seraient susceptibles de nous prendre* » (P2).

P1 suggérait d'insérer : « *L'histoire d'une dame qui a été consultée et à qui c'est arrivé et qui heureusement a été sauvée grâce à cet examen* ». P3 souhaitait recevoir : « *un calendrier justement qui pourrait permettre à la personne de le garder et d'afficher. Comme on a pour ses enfants* » (calendrier vaccinal). P9 proposait de joindre un kit d'APV. P6 souhaitait pouvoir y indiquer son refus de participer.

6 patientes souhaitaient que l'envoi des courriers se poursuive tandis que 2 préféraient qu'ils soient arrêtés en l'absence de réponse. P1 : « *moi je pense qu'il faut quand même continuer parce que même si on n'y pense pas (...) Bah ça, ça donne un petit rappel* » s'opposait à P6 : « *Les gens qui ne veulent, bon bah on insiste pas. (...) Quand ils connaissent et qu'ils ont le courrier, bah c'est tout on insiste pas. A eux de se prendre en charge* ».

5. Accepter le choix et le refus des patientes

P6 a souligné l'importance de respecter le choix des patientes : « *Après chacun est libre quoi* ». Une fois les informations fournies, la patiente demeurait libre de refuser l'examen. Ce choix devrait être respecté par le MG : « *il a bien entendu que moi je faisais pas les suivis. Donc il m'a expliqué et il respecte mon choix* ».

6. Analyse comparative avec les entretiens des MG

En réfléchissant aux solutions pour améliorer le dépistage du CCU, plusieurs thèmes communs émergeaient (Annexe 9). Les deux groupes s'accordaient sur la nécessité de faciliter l'accès aux soins. Pour les MG, il semblait essentiel d'améliorer la communication et l'information. M2 soulignait : « *la médecine générale, c'est 90 % de communication* ». Améliorer les conditions d'examen était une piste d'amélioration : « *Donc ça aussi, comment améliorer le frottis c'est aussi, ben peut-être que les gens qui font les frottis doivent aussi faire ça de de la bonne façon* » (M3). La simplification des courriers a été évoquée. Des avis divergents apparaissaient quant à la poursuite ou non des courriers en l'absence de réponse. Cette divergence se retrouvait aussi bien chez les MG que chez les patientes. Tous s'accordaient sur l'importance de respecter le choix des patientes.

Des différences sont constatées entre les entretiens des MG et des patientes (Annexe 10). Certaines idées ne sont pas évoquées par les deux groupes. Les MG ont insisté sur l'amélioration de l'information. Ils souhaitaient explorer les obstacles au dépistage à l'aide de l'entretien motivationnel et de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP). Il existait des divergences d'opinions avec les patientes concernant l'efficacité des affiches, des campagnes de prévention ou des informations diffusées par les médias. Ces désaccords étaient constatés entre les MG eux-mêmes. M2 a proposé d'améliorer les courriers par une personnalisation du MG. Il proposait aussi d'inviter les patientes refusant le dépistage à consulter pour en discuter. M3 a souligné que la liste fournie par la CPAM pourrait être optimisée en la connectant au logiciel médical.

Concernant la prévention, les MG ont suggéré plusieurs mesures comme la mise en place d'une consultation prévention ou d'une consultation obligatoire à 25

ans. M1 a souligné l'importance de décharger les MG des tâches administratives pour leur permettre de se concentrer sur la prévention. 2 patientes se montraient au contraire méfiantes vis-à-vis des actions préventives.

Les patientes ont exprimé des préoccupations différentes. Elles ont insisté sur l'amélioration de l'accès aux soins et sur la nécessité d'améliorer les conditions d'examen.

F. L'auto-prélèvement vaginal

1. Point de vue des patientes

L'APV pour l'HPV a été évoqué comme alternative au PCU. La plupart des patientes ignoraient cette possibilité : *« il m'a parlé des tests que je pouvais faire moi-même, sinon je savais pas que ça existait » (P5).*

7 patientes se sont montrées favorables à cette option. L'APV pouvait influencer la décision de P4 et P8 de réaliser le test : *« je pense que je l'aurai su, le test il aurait déjà été fait depuis un petit moment » (P8).*

L'APV était perçu comme une solution pour les patientes sans suivi gynécologique. Il permettait de surmonter les difficultés d'accès aux soins : *« On a le kit à la maison, on est pas embêtée pour prendre un rendez-vous » (P3).* Il était vu comme une alternative pour celles qui appréhendent l'examen gynécologique : *« là il y aurait pas de peur et je le fais sans problème quoi » (P8).* Cette méthode présentait un gain de temps et l'avantage de pouvoir être réalisée chez soi. L'APV était perçu par 2 patientes comme une première étape avant d'effectuer le PCU : *« Même si c'est pas avec un médecin. C'est déjà un pas. Si je peux le faire au moins une fois soi-même, peut-être qu'après je vais savoir aller me diriger vers quelqu'un qui pourra me le faire » (P8).*

Des patientes ont toutefois exprimé des réserves concernant l'APV. Pour 3 patientes, l'APV ne changeait pas leur décision de ne pas réaliser le test : « *Mais je pense que de toute façon, même si je pouvais le faire moi-même, si j'en éprouve pas la nécessité, parce que j'ai pas peur, parce que j'ai pas de symptômes, je vais pas le faire. Inutilement* » (P6).

Certaines craignaient que le prélèvement soit mal réalisé. Elles considéraient qu'il s'agissait d'un acte médical : « *Je trouve que c'est quand même des actes qui doivent être faits par des spécialistes, quoi, fin c'est pas. Moi je suis pas médecin quoi* » (P5). P5 préférait le PCU réalisé lors d'une consultation gynécologique : « *je me dis si je le fais moi-même, bah j'aurai encore une fois pas de consultation* ». Elle estimait qu'elle risquait de négliger le test.

P6 manifestait une certaine méfiance quant à l'efficacité et la fiabilité de l'APV : « *Parce que si c'est pour mettre ça et que c'est comme si on ne faisait rien, bon c'est pas la peine. C'est encore une fois dépenser de l'argent pour rien* ».

Les modalités d'invitation et d'information ont été discutées. Plusieurs patientes préféraient que le kit d'APV soit remis par leur MG afin que le geste leur soit expliqué : « *Si on explique bien à la personne comment le faire et que c'est facile à faire* » (P2). 2 patientes proposaient que le kit soit envoyé par courrier afin de simplifier les démarches. Pour certaines, ce test devrait être proposé à toutes les femmes tandis que d'autres pensaient qu'il ne devrait être suggéré qu'à certaines. P9 : « *à toutes les femmes. Laisser le choix à toutes les femmes* » s'opposait à P4 : « *Mais les femmes qui ont peur, c'est peut-être mieux de leur proposer ça* ».

2. Point de vue des MG

3 MG se sont déclarés favorables à la mise en place de l'APV : « *dans l'absolu ça peut être intéressant de le proposer* » (M4).

Ils ont souligné un manque de formation sur l'APV : « *J'ai pas été formé ni informé* » (M4). Ils estimaient que l'APV n'était pas encore intégré dans leur pratique professionnelle : « *Mais comme c'est quelque chose d'assez nouveau, j'avoue mon cerveau est pas encore. C'est pas encore dans mes habitudes* » (M2).

Ils ont noté que les patientes n'étaient pas suffisamment informées : « *ça m'a pas l'air d'être encore très connu* » (M2).

Les points de concordance entre les MG et les patientes sont présentés dans l'annexe 11. Peu de divergences sont constatées. Les MG ont souligné qu'il existait un risque que l'APV soit effectué en dehors des indications. Notamment en cas d'envoi de l'APV par courrier.

IV. DISCUSSION

A. Dépistage organisé du CCU

Les participants ont exprimé des critiques positives et négatives concernant les courriers envoyés. 6 patientes ont indiqué que ces courriers n'influençaient pas leur décision de se faire dépister.

1. Impact du DO du CCU en France

Pour évaluer ce programme, des indicateurs de performance sont utilisés (9). Ils concernent l'intensité du dépistage mesuré par le taux de couverture et le taux de réponse au courrier d'invitation et de relance.

Les données actuelles suggèrent une augmentation du taux de couverture du dépistage depuis la mise en place du DO (10,11). Selon les derniers rapports de Santé publique France, entre 2020 et 2022, environ 59,5 % des femmes ont été dépistées. Cela représente une augmentation modeste par rapport à la période précédant l'organisation du dépistage. Ce taux était de 56,6 % entre 2017 et 2019. Dans le Nord, le taux de couverture est passé de 57,8 à 60,7 %. Cela reste en deçà de l'objectif fixé d'un taux de couverture de 80 % et inférieur au seuil européen acceptable de 70 %.

Entre 2020 et 2022, 11,6 % des tests ont été réalisés suite à une invitation contre 7,5 % entre 2019 et 2021 et 3,3 % entre 2018 et 2020. Cela met en évidence la progression du programme de DO.

L'impact sur la réduction de l'incidence du CCU est difficile à évaluer. Il faudra plusieurs années pour observer une baisse significative des cas invasifs. L'objectif est une réduction de l'incidence et de la mortalité de 30 % d'ici dix ans.

2. Programmes similaires à l'international

Des dispositifs similaires ont été mis en place dans d'autres pays avec des bénéfices significatifs sur la participation au dépistage et la réduction de l'incidence du CCU.

Le Royaume-Uni a instauré un DO dès les années 1980 avec des rappels réguliers envoyés par courrier. Cela a permis une réduction significative de la mortalité par CCU avec une baisse de plus de 60% entre les années 1970 et les années 2000 (12).

Au Danemark, le DO combine l'envoi d'invitations et de rappels par courrier ou voie électronique, l'utilisation d'outils numériques et l'intégration de l'APV. Tranberg et al. ont déclaré que l'envoi direct de kits d'APV à domicile augmentait significativement le taux de participation des femmes (13).

Les DO en Finlande et en Suède sont en place depuis plusieurs décennies (14,15). Des invitations automatiques sont envoyées régulièrement aux femmes. Ces programmes ont contribué à une baisse de l'incidence et de la mortalité par CCU.

3. Perspectives et pistes d'amélioration du DO

Depuis janvier 2024, les invitations au dépistage sont adressées par la CPAM (16). Pour les patientes disposant d'un compte Ameli, l'invitation est dématérialisée et déposée dans le compte pendant 6 mois. Les autres patientes reçoivent une invitation par courrier.

L'une des pistes évoquées était l'optimisation des courriers d'invitation. Des études ont suggéré que la personnalisation des courriers en impliquant le MG pourrait encourager les patientes à réaliser le dépistage. L'étude de Tinmouth et al. a suggéré que les rappels incluant un message personnalisé et la participation d'un PS connu du patient augmentaient la probabilité de participation au dépistage du cancer

colorectal (17). Une autre étude menée par Podmore et al. a suggéré que des stratégies combinant rappels écrits et contact direct avec des PS amélioreraient la participation (18). La CPAM de Lille-Douai mène une étude visant à comparer l'impact de différents types de courriers sur le taux de participation aux dépistages. Cette étude compare trois groupes : un sans courrier, un autre recevant le courrier actuel et un troisième recevant un courrier personnalisé par le MG. Les résultats attendus fourniront des indications supplémentaires sur l'efficacité des communications personnalisées.

Une autre piste d'amélioration résidait dans la modernisation des outils de communication. L'utilisation des SMS apparaît comme un outil d'incitation. L'essai randomisé mené par Haguenoer et al. mentionnait que l'ajout de SMS de pré-invitation augmentait significativement le taux de participation avant même la relance (19). La stratégie complète avec un SMS de pré-invitation suivi d'une relance par SMS et d'un rappel par courrier semblait efficace pour motiver les patientes en rendant la stratégie coût-efficace.

Il paraît crucial de valoriser l'acte de dépistage. Il est suggéré d'encourager les femmes dépistées à partager leurs expériences à travers la plateforme collaborative de la CPAM « Paroles de dépistés » (20). Ce partage pourrait créer un effet de communauté, normaliser le dépistage et inciter d'autres femmes à participer.

B. Raisons de non-réalisation du DO et solutions envisagées

1. Facteurs socio-démographiques

Des études ont suggéré que les facteurs socio-démographiques influençaient la réalisation du dépistage.

Les femmes plus âgées étaient moins susceptibles de réaliser le PCU (21,22). L'âge moyen des patientes interrogées était de 44,5 ans. Quatre d'entre elles avaient 50 ans ou plus.

Vivre seule était un facteur prédictif de non-réalisation du PCU (21–23). C'est le cas pour 5 patientes interrogées qui étaient célibataires.

Les femmes nullipares étaient moins enclines à participer au dépistage (21,22,24). Cela contraste avec les entretiens puisqu'une seule patiente n'avait pas d'enfant.

Les femmes ayant des niveaux d'études ou de revenu plus élevés réalisaient davantage le PCU (22–24). Il est difficile de déterminer si le statut professionnel a eu un impact sur le dépistage pour les patientes interrogées. Aucune des patientes, quel que soit leur statut, n'a réalisé le PCU.

Une consultation gynécologique dans les 12 derniers mois était un facteur favorisant (24). 5 patientes interrogées n'avaient pas consulté de gynécologue depuis plus de 5 ans et une ne l'avait jamais fait.

Il existait une association entre la pratique du PCU et la pratique des autres dépistages (mammographie, recherche de sang occulte dans les selles). Cela suggère que l'engagement dans une mesure de prévention incite à en adopter d'autres (24). P6 avait expliqué ne réaliser aucun dépistage.

Connaître les facteurs socio-démographiques permet d'identifier les patientes les moins susceptibles de participer au dépistage. Cela permet de développer des stratégies pour surmonter les obstacles au dépistage.

2. Difficultés d'accès aux soins

Les patientes ont rapporté des difficultés à obtenir des rendez-vous gynécologiques tandis que les MG estimaient ces soins encore accessibles.

En France, l'accès aux soins de gynécologie est préoccupant en raison de la pénurie de gynécologues. En 2023, environ 1900 gynécologues médicaux étaient actifs soit environ 2,8 praticiens pour 100 000 habitants (25). Selon l'Atlas démographique, cette situation devrait s'aggraver car une part importante des gynécologues approche de la retraite (26). Dans ce contexte, les MG et les sage-femmes jouent un rôle dans l'accès aux soins gynécologiques (27). Leur recours n'a pas totalement compensé les disparités géographiques.

Les patientes souhaitaient optimiser les délais de rendez-vous et la proximité des examens. La diversification des lieux de réalisation du PCU semble une piste d'amélioration. Plusieurs patientes étaient favorables à ce que le MG réalise le PCU. Peu d'études se sont penchées sur cette pratique. Une étude préliminaire à l'étude PACUDAHL-Gé a révélé que 59 % des MG interrogés réalisaient des PCU. Leurs patientes étaient mieux dépistées pour le CCU (28).

D'autres patientes craignaient que cela puisse affecter leur relation avec le MG. Diverses options sont envisageables comme la réalisation du PCU par un confrère, une sage-femme, dans un laboratoire ou l'APV. 2 patientes ont suggéré la réalisation du PCU lors des bilans de santé.

Certaines patientes n'étaient pas informées de la possibilité de réaliser le PCU chez un MG. Cette méconnaissance souligne la nécessité d'une meilleure information sur les lieux de réalisation du dépistage.

Des patientes souhaitaient aussi simplifier la prise de rendez-vous avec la mise en place d'un centre d'appel ou d'un site internet dédié. Un nouvel espace

proposé par l'institut national du cancer et l'Assurance maladie (AM) JeFaisMonDépistage a été créé (29). Il regroupe des informations sur le dépistage et répond aux questions les plus fréquemment posées. Il permet d'accéder à des plateformes de rendez-vous médicaux en ligne.

3. Manque d'informations

Les patientes ont mis l'accent sur un manque d'informations concernant le dépistage du CCU. Les méconnaissances ou informations erronées pouvaient freiner la réalisation du DO.

L'étude de Black et al. a révélé que certaines femmes n'étaient pas informées de l'importance du dépistage ni des recommandations en matière de fréquence (30). L'étude de Lau et al. a analysé les facteurs qualitatifs influençant le dépistage du cancer du sein et du CCU chez les femmes (31). Le niveau de connaissance des femmes concernant les cancers et les avantages du dépistage influençait leur décision de réaliser ces examens. Le soutien et les recommandations de l'entourage pouvaient encourager ou dissuader les femmes. La qualité des interactions avec les PS pouvait améliorer l'expérience des femmes et leur participation au dépistage.

Ces études suggèrent l'importance d'améliorer l'information au sujet du dépistage du CCU afin d'augmenter la participation :

- Renforcer l'information et la communication pour toucher un public plus large.
- Sensibiliser les femmes concernées par le dépistage mais aussi leur entourage et les jeunes.

a. Information délivrée par les PS

Les MG ont proposé l'utilisation de l'ETP afin de lever les freins des patientes à la réalisation du DO. L'ETP est un processus d'apprentissage visant à aider les patients à mieux gérer leur maladie, à comprendre leur traitement et à améliorer leur

qualité de vie (32,33). L'étude de Correia et al. suggérait une amélioration des connaissances en matière de santé et de l'adhérence thérapeutique chez des patients atteints de maladies chroniques (34). Appliquer cette approche au dépistage du CCU pourrait améliorer la compréhension et l'engagement des patientes.

Les MG souhaitent accroître la prévention. La mise en place de consultations de prévention semble une voie prometteuse. Le dispositif « Mon bilan prévention » consiste en un temps d'échange individuel entièrement pris en charge par l'AM (35). Il est proposé à des âges clés de la vie. L'objectif est de permettre aux patients d'évaluer leurs habitudes de vie avec un PS. Ils pourront aborder divers sujets de prévention et recevoir des conseils personnalisés. Un programme pilote a été effectué entre octobre et décembre 2023 dans les Hauts-de-France (36). Les résultats attendus permettront d'évaluer la mise en pratique du programme. La consultation prévention proposée entre 18 et 25 ans pourrait sensibiliser les patientes au dépistage du CCU. Elles seraient informées de l'importance de débiter les PCU à 25 ans.

b. Information publique

Les patientes considéraient les médias comme une source importante de communication. L'effet des campagnes sur le changement des comportements était jugé modeste par Snyder et al. (37). Toutefois, pour des campagnes à grande échelle, de faibles progrès pouvaient avoir un impact en santé publique. Leur efficacité variait selon le comportement ciblé. Elles étaient plus efficaces pour le port de la ceinture de sécurité que pour le dépistage du cancer du sein. Wakefield et al. ont souligné que des campagnes répétées, bien ciblées, avec une forte exposition pouvaient influencer les comportements de santé (38).

Juin Vert est une campagne de santé publique française organisée chaque année par l'institut national du cancer pour sensibiliser au CCU. Bien que lancée en 2010, elle semble méconnue. Aucun participant ne la connaissait.

Des campagnes similaires existent en France, comme Octobre rose qui sensibilise au dépistage du cancer du sein. Les taux de participation ont baissé ces dix dernières années dans toutes les tranches d'âge et régions (39). Il semble crucial de prolonger et diversifier les communications tout au long de l'année.

c. Diversifier les outils de communication

CoActis Santé a créé SantéBD, une boîte à outils pédagogiques (40). Sous forme de bandes dessinées, divers thèmes sont abordés tels que la prévention des maladies et le dépistage. La CPAM de Lille-Douai a développé des podcasts intitulés « Le Quart d'Heure Santé » (41). L'objectif est de sensibiliser le public à des sujets de prévention en rendant l'information plus attrayante et accessible.

L'utilisation de supports visuels, tels que des affiches, a été évoquée lors des entretiens. La modification des comportements de santé par l'utilisation d'affiches et de prospectus n'a jamais été prouvée (42). Ces aides pourraient améliorer les connaissances des patients et favoriser des conversations avec les MG mais cela reste insuffisamment investigué (43).

4. Conditions d'examen difficiles

a. Amélioration des conditions d'examen

L'amélioration des conditions d'examen gynécologique semble essentielle pour promouvoir le dépistage et le bien-être des femmes.

Une patiente a qualifié certains examens gynécologiques de « viol ». Cela met en lumière la nécessité d'un droit à l'information et au consentement. En mars 2023, le comité consultatif national d'éthique a réfléchi sur le consentement et le respect de la femme lors des examens gynécologiques (44). Il recommandait d'instaurer un espace d'information, de recueillir le consentement explicite de la patiente et de respecter son éventuel refus. Fournir des informations claires sur le déroulement de l'examen pourrait atténuer les peurs. Le respect de l'intimité et de la pudeur était fondamental.

En 2023, le collège national des gynécologues et obstétriciens français a publié des recommandations pour la pratique clinique concernant l'examen pelvien (45). Ces recommandations visaient à garantir que les examens soient réalisés de manière sécurisée et respectueuse tout en offrant des informations utiles aux patientes.

b. L'auto-prélèvement

L'APV était perçu comme une alternative au PCU avec plusieurs avantages décrits lors des entretiens. Yeh et al. ont constaté que les femmes préféraient généralement l'APV (46). Il était jugé moins intrusif que les PCU (47). Selon Nishimura et al., les femmes appréciaient le confort et la commodité de l'APV (48). Ces préférences pouvaient varier en fonction des facteurs démographiques, culturels et personnels, ce qui suggère la nécessité de personnaliser le DO.

Certains participants s'interrogeaient sur l'efficacité et la fiabilité de l'APV. Dans une méta-analyse, l'APV s'est avéré presque aussi efficace que le PCU pour détecter les infections à HPV cancérogènes. Il présentait une sensibilité élevée pour les lésions précancéreuses et une spécificité légèrement inférieure.(49). Une autre étude a révélé que l'APV offrait une sensibilité comparable à celle des PCU tout en maintenant des niveaux de spécificité élevés (49).

Les patientes s'interrogeaient sur l'impact de l'APV dans leur choix de se faire dépister. Dans plusieurs études, l'APV était associé à une augmentation des taux de participation au dépistage, y compris chez les populations sous-dépistées (46,47). En France, un taux d'adhésion significativement plus élevé pour l'APV que pour le PCU a été constaté (50). Ces résultats soulignent le potentiel de l'APV pour améliorer l'accès au dépistage.

Certaines patientes préféraient recevoir le kit d'APV par courrier, d'autres de la part de leur MG. Tranberg et al. ont observé une participation plus élevée en envoyant les kits d'APV directement aux domiciles des femmes danoises (51). Dans un essai randomisé mené en Indre-et-Loire, l'envoi à domicile d'un kit d'APV était plus efficace que l'envoi d'une lettre de relance pour inciter les femmes non dépistées à participer au dépistage (52).

Les patientes étaient peu informées sur la possibilité d'APV. Les MG ont expliqué que l'APV n'était pas encore intégré dans leur pratique professionnelle. Il paraît essentiel d'améliorer l'information à ce propos.

A l'étranger, les Pays-Bas, l'Australie et la Suède ont intégré l'APV dans leurs lignes directrices nationales. Le Mexique et le Royaume-Uni mènent des études pilotes pour évaluer son utilisation (53).

C. Limites et forces de l'étude

1. Limites de l'étude

Plusieurs méthodes de recrutement ont été employées en raison des difficultés rencontrées. Un échantillonnage théorique aurait été préférable mais cela n'a pas été possible. Aucune patiente ne résidait en milieu rural. Les MG interrogés étaient plus jeunes que la moyenne nationale et régionale. La moyenne d'âge des médecins, de toutes spécialités, en 2024 était de 56,8 ans en France, de 53,9 ans dans le Nord et de 47 ans pour les MG interrogés (54). Alors que 51,9 % des médecins en France sont des femmes, 3 MG interrogés sur 4 étaient des hommes.

Les entretiens ont été réalisés dans des conditions visant à favoriser le dialogue. La plupart étant conduits en visioconférence, ils ont été sujets à des interruptions telles que l'intervention de tierces personnes ou des sonneries téléphoniques. Ces éléments étaient susceptibles de perturber le déroulement des échanges. L'analyse du non verbal était plus difficile. Les retranscriptions des entretiens n'ont pas été retournées aux participants pour vérification, ce qui aurait permis de garantir la précision de la transcription.

L'envoi d'un document d'information aux patientes, expliquant le sujet et les objectifs de la recherche, a pu introduire un biais de désirabilité. L'IP, novice en recherche, a conduit une analyse qualitative impliquant une part d'interprétation.

2. Forces de l'étude

Les participants présentaient des caractéristiques sociodémographiques variées. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Leur durée proche d'une heure pour les patientes, laisse supposer une dynamique favorable à l'expression et au développement des idées. Ces éléments ont permis de dégager des thèmes variés et communs.

Un guide d'entretien évolutif a permis d'explorer des aspects inattendus et d'affiner la recherche en fonction des réponses obtenues. Ce guide avait été testé au préalable.

L'étude s'intéressait aux ressentis des patientes depuis la mise en place du DO et les a comparés à ceux des MG. Ces aspects avaient été peu étudiés jusqu'à présent. L'analyse a été renforcée par une triangulation des données, augmentant ainsi la scientificité des résultats. L'étude a été évaluée selon les critères de rigueur scientifique de la grille COREQ (Annexe 4).

V. CONCLUSION

Bien que le DO ait permis d'augmenter la participation, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

Cette étude met en lumière des freins au dépistage, tels que des difficultés d'accès aux soins, un manque d'information, la gêne liée à l'examen gynécologique ou encore les peurs et les croyances des patientes. Les MG, malgré leur rôle central, rencontraient des difficultés pour changer les points de vue des patientes. Les courriers envoyés par le CRCDC, jugés utiles comme rappel, étaient fréquemment ignorés.

Pour améliorer la couverture du dépistage, il paraît essentiel de faciliter l'accès aux soins en diversifiant les lieux de dépistage et en simplifiant la prise de rendez-vous. Un axe important réside dans l'amélioration de l'information. L'optimisation des courriers d'invitation et la diversification des outils de communication pourraient encourager une participation plus large. Une meilleure sensibilisation avec une communication plus ciblée pourrait renforcer l'adhésion au dépistage. Améliorer les conditions d'examen gynécologique est un point essentiel pour renforcer le bien-être des patientes et réduire les réticences au dépistage. L'APV pourrait être une alternative prometteuse.

Une approche individualisée respectant les choix des patientes et renforçant l'information est indispensable pour améliorer la couverture du dépistage et, à terme, la santé des femmes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
2. Institut National du Cancer. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/>
3. Organisation mondiale de la Santé. Papillomavirus humain et cancer [Internet]. 2024 [cité 2 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
4. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. Sect. Texte n° 13 mai 4, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
5. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. 2020 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
6. INCa. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique, collection Outils pour la pratique [Internet]. 2022 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-pratique>
7. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(84):142-5.
8. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader S, Mercier A, Lustman M, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé- Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire [Internet]. CNGE Production et GMSanté. 2021 [cité 12 nov 2024]. 192 p. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/librairie/produits/produit/90#description>
9. Santé Publique France. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Définition des indicateurs de performance et format des données pour l'évaluation du programme national [Internet]. 2022 oct [cité 12 nov 2024] p. 102. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-definition-des-indicateurs-de-performance-et-format-des-donnees-pour-l-evaluation-du-programme-nat>
10. Santé Publique France. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=depistage_ccu.couverture_s_tand&s=2020-2022&t=a01&view=map2

11. Audiger C, Plaine J. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Période 2014-2023. [Internet]. Saint Maurice: Santé Publique France; 2024 juill [cité 12 nov 2024] p. 11. (Bulletin. Édition nationale). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-periode-2014-2023>
12. Sasieni P, Adams J. Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. *BMJ* [Internet]. 8 mai 1999 [cité 12 nov 2024];318(7193):1244-5. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/318/7193/1244>
13. Tranberg M, Bech BH, Blaakær J, Jensen JS, Svanholm H, Andersen B. HPV self-sampling in cervical cancer screening: the effect of different invitation strategies in various socioeconomic groups - a randomized controlled trial. *Clin Epidemiol*. 2018;10:1027-36.
14. Hortlund M, Elfström KM, Sparén P, Almstedt P, Strander B, Dillner J. Cervical cancer screening in Sweden 2014-2016. *PloS One*. 2018;13(12):e0209003.
15. Anttila A, Pukkala E, Söderman B, Kallio M, Nieminen P, Hakama M. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963–1995: Recent increase in cervical cancer incidence. *Int J Cancer* [Internet]. 1999 [cité 12 nov 2024];83(1):59-65. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291097-0215%2819990924%2983%3A1%3C59%3A%3AAID-IJC12%3E3.0.CO%3B2-N>
16. Assurance maladie. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/depistage-organise-cancer-col-uterus>
17. Tinmouth J, Ritvo P, McGregor SE, Claus D, Pasut G, Myers RE, et al. A qualitative evaluation of strategies to increase colorectal cancer screening uptake. *Can Fam Physician* [Internet]. 1 janv 2011 [cité 12 nov 2024];57(1):7-15. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/57/1/e7>
18. Podmore C, Selby K, Jensen CD, Zhao WK, Weiss NS, Levin TR, et al. Colorectal Cancer Screening After Sequential Outreach Components in a Demographically Diverse Cohort. *JAMA Netw Open* [Internet]. 16 avr 2024 [cité 12 nov 2024];7(4):e245295. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.5295>
19. Haguenoer K, Boyard J, Vierron, Houdard, Monmousseau, Chartier, et al. Essai randomisé multicentrique évaluant l'efficacité et le rapport coût-efficacité de l'utilisation des SMS dans la stratégie d'invitation au dépistage organisé du cancer du sein. Tours, France: CRCDC Centre-Val de Loire, Inca;

20. Assurance maladie. LIAM La plateforme collaborative de l'assurance maladie. [cité 12 nov 2024]. Paroles de dépistés. Disponible sur: <https://liam.assurance-maladie.fr/?action=publicPage&uri=intranetOnePage/1731755>
21. Oussaid N, Lutringer-Magnin D, Barone G, Haesebaert J, Lasset C. Factors associated with Pap smear screening among French women visiting a general practitioner in the Rhône-Alpes region. *Rev Epidemiol Sante Publique*. oct 2013;61(5):437-45.
22. Touzani R, Hamers F, Protard L. Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer [Internet]. *Santé Publique France*; 2023 janv [cité 12 nov 2024] p. 306. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
23. Calle EE, Flanders WD, Thun MJ, Martin LM. Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women. *Am J Public Health*. janv 1993;83(1):53-60.
24. Chan Chee C, Begassat M, Kovess V. Factors associated with cervical cancer screening in women covered by national health insurance. *Rev Epidemiol Sante Publique*. févr 2005;53(1):69-75.
25. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Solidarités et de la santé. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
26. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des médecins; 2024 oct [cité 15 nov 2024] p. 164. (L'atlas de la démographie médicale 2024). Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
27. Assemblée nationale. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Sect. Texte n° 1 juill 21, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_86
28. De Chefdebien M, Janczewski A. Dépistage du cancer du col de l'utérus en Flandre : influence de la pratique des frottis cervico-utérins par les médecins généralistes. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2016;27(124):10-1.
29. Institut national du cancer, Assurance maladie. Je fais mon dépistage. [cité 12 nov 2024]. Je fais mon dépistage - Institut national du cancer. Disponible sur: <https://jefaismondepistage.e-cancer.fr/>
30. Black E, Hyslop F, Richmond R. Barriers and facilitators to uptake of cervical cancer screening among women in Uganda: a systematic review. *BMC Womens Health*. 9 août 2019;19(1):108.

31. Lau J, Shrestha P, Shaina Ng J, Jianlin Wong G, Legido-Quigley H, Tan KK. Qualitative factors influencing breast and cervical cancer screening in women: A scoping review. *Prev Med Rep.* juin 2022;27:101816.
32. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. Éducation thérapeutique du patient: guide introductif [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/376404>
33. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques [Internet]. 2018 nov [cité 12 nov 2024]. (Guide méthodologique). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques
34. Correia JC, Waqas A, Golay A, Pataky Z. Evolution and effectiveness of therapeutic patient education for obesity and diabetes. *Rev Med Suisse* [Internet]. 1 mars 2022 [cité 12 nov 2024];18(774):512-5. Disponible sur: <https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.774.512>
35. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Mon Bilan Prévention pour les professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/espace-professionnels/article/mon-bilan-prevention-pour-les-professionnels-de-sante>
36. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Lancement d'un programme pilote du dispositif Mon bilan prévention dans les Hauts-de-France [Internet]. 2023 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/lancement-d-un-programme-pilote-du-dispositif-mon-bilan-prevention-dans-les>
37. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, Kiwanuka-Tondo J, Fleming-Milici F, Proctor D. A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. *J Health Commun.* 2004;9 Suppl 1:71-96.
38. Wakefield, Hornik, Loken. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 10 sept 2010 [cité 12 nov 2024];376(9748). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20933263/>
39. Inca. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
40. Coactis Santé. SantéBD [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://santebd.org/>
41. Assurance Maladie. Podcasts [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/podcasts>

42. Berkhout C, Willefert-Bouche A, Chazard E, Zgorska-Maynard-Moussa S, Favre J, Peremans L, et al. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms. *PloS One*. 2018;13(2):e0192155.
43. Berkhout C, Zgorska-Meynard-Moussa S, Willefert-Bouche A, Favre J, Peremans L, Van Royen P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. *Eur J Gen Pract [Internet]*. déc 2018;24(1):202-10. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30132369/>
44. Comité Consultatif National d'Ethique. Avis 142 du CCNE « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité ». 29 mars 2023 [cité 12 nov 2024]; Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-142-du-ccne-consentement-et-respect-de-la-personne-dans-la-pratique-des-examens>
45. Deffieux X, Rousset-Jablonski C, Gantois A, Brillac T, Maruani J, Maitrot-Mantelet L, et al. Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie [Internet]*. juin 2023 [cité 12 nov 2024];51(6):297-330. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718923000806>
46. Yeh PT, Kennedy CE, Vuyst H de, Narasimhan M. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health [Internet]*. 1 mai 2019 [cité 12 nov 2024];4(3):e001351. Disponible sur: <https://gh.bmj.com/content/4/3/e001351>
47. Colonetti T, Rodrigues Uggioni ML, Meller Dos Santos AL, Michels Uggioni N, Uggioni Elibio L, Balbinot EL, et al. Self-sampling for HPV testing in cervical cancer screening: A scoping review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. mai 2024;296:20-51.
48. Nishimura H, Yeh PT, Oguntade H, Kennedy CE, Narasimhan M. HPV self-sampling for cervical cancer screening: a systematic review of values and preferences. *BMJ Glob Health*. mai 2021;6(5):e003743.
49. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P, Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *BMJ*. 5 déc 2018;363:k4823.
50. Sancho-Garnier H, Tamalet C, Halfon P, Leandri FX, Le Retraite L, Djoufelkit K, et al. HPV self-sampling or the Pap-smear: a randomized study among cervical screening nonattenders from lower socioeconomic groups in France. *Int J Cancer*. 1 déc 2013;133(11):2681-7.
51. Tranberg M, Bech BH, Blaaekær J, Jensen JS, Svanholm H, Andersen B. Preventing cervical cancer using HPV self-sampling: direct mailing of test-kits increases screening participation more than timely opt-in procedures - a randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 9 mars 2018;18(1):273.

52. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. Bull Épidémiologique Hebd [Internet]. 24 janv 2017 [cité 12 nov 2024];(2-3):59-65. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html
53. Serrano B, Ibáñez R, Robles C, Peremiquel-Trillas P, de Sanjosé S, Bruni L. Worldwide use of HPV self-sampling for cervical cancer screening. Prev Med. janv 2022;154:106900.
54. Conseil National de l'Ordre des médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#c=home>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Courrier d'invitation

Madame

Vous êtes invitée à participer à une étude, dans le cadre du travail de thèse de Mme Mathilde CAULIER en vue de l'obtention de son Diplôme d'État de Docteur en Médecine.

Ce travail de thèse, effectué en partenariat avec le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) des Hauts de France et sous la supervision du Dr Ludovic WILLEMS, porte sur le ressenti des femmes n'ayant pas réalisé le dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'objectif est de donner aux médecins généralistes des éléments permettant d'inciter les femmes à participer au dépistage et ainsi améliorer leur santé.

Voici quelques informations importantes :

- Votre participation à cette étude consiste à accepter un entretien individuel et confidentiel (*en présentiel ou par téléphone*) avec Madame Caulier qui vous posera des questions sur votre ressenti par rapport au dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Le résultat de votre entretien sera anonymisé.
- Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser et de vous retirer de l'expérimentation à tout moment.

Si vous acceptez de participer à ce projet et d'être contactée par Madame Caulier, nous vous invitons à répondre via le coupon réponse ci-dessous avec l'enveloppe T jointe.

Vous pouvez obtenir plus de précisions en contactant directement Madame Caulier mathilde.caulier2.etu@univ-lille.fr ou par téléphone : 06 23 69 41 10.

Je vous remercie de l'attention portée à ce projet et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

DR ML Forzy
Médecin coordinateur régional
CRCDC HDF

.....
Nom : Prénom :

Numéro de téléphone :

Courriel :@.....

Je souhaite participer à l'étude

Conformément à la loi « informatique et libertés » et le RGPD, en remplissant ce formulaire, j'accepte que mes données à caractère personnel soient collectées et utilisées par Mme CAULIER uniquement pour la réalisation de sa thèse.

ANNEXE 2 : Affiche de recrutement

Le dépistage du cancer du col de l'utérus



90 % des
cancers de
l'utérus
peuvent être
évités

Vous n'avez pas réalisé le frottis de dépistage,
votre avis m'intéresse!

SCAN ME



Besoin de plus d'informations ?



06.23.69.41.10



mathildecaulier.these@gmail.com

ANNEXE 3 : Guide d'entretiens

GUIDE D'ENTRETIEN patiente

Informations générales :

- Caractéristiques
 - Age
 - Catégorie socio professionnelle
 - Situation personnelle
 - Nombre d'enfants
- Environnement
 - Lieu d'habitation (rural, urbain)
 - Proximité des lieux de santé
- Suivi médical
 - Médecin généraliste traitant
 - Suivi gynécologique antérieur

Entretien : (premier guide)

1. Que représente pour vous le dépistage du cancer du col de l'utérus ?
2. Quelle a été votre réaction à la réception du courrier de relance ?
3. Pourquoi ne réalisez-vous pas le dépistage ?
4. Comment améliorer selon vous l'adhésion des femmes au dépistage ?
5. Quelles mesures devraient être prises ?
6. Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ?

Entretien : (dernier guide)

1. Que représente pour vous le frottis ?
2. Pourquoi ne réalisez-vous pas le dépistage par frottis ?
3. Quelle a été votre réaction à la réception des courriers ?
4. Comment améliorer selon vous l'adhésion des femmes au dépistage ?
5. Que pensez-vous de l'auto-prélèvement ?
6. En résumé, quelles mesures devraient être prises ?
7. Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ?

GUIDE D'ENTRETIEN médecin généraliste

Informations générales :

- Caractéristiques
 - Sexe
 - Age
- Activité et patientèle
 - Durée d'exercice
 - Lieu d'exercice (rural, urbain)
 - Proximité des lieux de santé
 - Pratique du PCU

Entretien (premier guide)

1. Que pensez-vous du dépistage du cancer du col de l'utérus ?
2. Quelle est votre pratique professionnelle concernant ce dépistage ?
3. Quelle a été votre réaction à la mise en place du dépistage organisé et notamment du courrier de relance ?
4. Quel est votre ressenti concernant les patientes ne réalisant pas le dépistage malgré la relance par courrier ?
5. Pourquoi les femmes ne réalisent-elles le frottis selon vous ?
6. Comment améliorer selon vous l'adhésion des femmes au dépistage ?
7. En résumé, quelles mesures devraient être prises ?
8. Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ?

Entretien (dernier guide)

1. Que pensez-vous du dépistage du cancer du col de l'utérus ?
2. Quelle est votre pratique professionnelle concernant ce dépistage ?
3. Pourquoi les femmes ne réalisent-elles le frottis selon vous ?
4. Quelle a été votre réaction à la mise en place du dépistage organisé ?
5. Quel est votre ressenti concernant les patientes ne réalisant pas le dépistage malgré la relance par courrier ?
6. Comment améliorer selon vous l'adhésion des femmes au dépistage ?
7. Que pensez-vous de l'auto-prélèvement ?
8. En résumé, quelles mesures devraient être prises ?
9. Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ?

ANNEXE 4 : Grille COREQ, traduction française

Numéro de l'élément	Réponse	Question/description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Mathilde Caulier.	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?
2. Titres académiques	Validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales.	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Activité	Médecin généraliste remplaçant.	Quelle était son activité au moment de l'étude ?
4. Genre	Femme.	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Expérience et formation	Validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales.	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Patientes : non. Médecins : deux d'entre eux.	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Sujet de l'étude. Document d'information et de consentement remis au préalable.	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Motivations pour le sujet de recherche : donner aux médecins généralistes des éléments permettant d'inciter les femmes à participer au dépistage et ainsi améliorer leur santé.	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Entretiens semi- dirigés. Analyse inspirée de la théorisation ancrée.	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Sélection des participants		
10. Echantillonnage	Échantillonnage théorique non réalisable.	Comment ont été sélectionnés les participants ?
11. Prise de contact	Courriers envoyés par le CRCDC, téléphone ou courriel.	Comment ont été contactés les participants ?
12. Taille de l'échantillon	Douze	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Non-participation	Aucun participant inclus n'a abandonné. Une patiente (P7) a été exclue de l'étude car elle ne répondait pas aux critères de sélection. Plusieurs participants n'ont pas répondu aux prises de contact.	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Dix entretiens ont été réalisés par visioconférence, un par téléphone, un en présentiel. Domicile de la patiente, domicile ou cabinet du MG.	Où les données ont-elles été recueillies ?
15. Présence de non-participants	Les entretiens ont parfois été sujets à des interruptions, telles que l'intervention de tierces personnes ou des sonneries téléphoniques.	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Description de l'échantillon	Patientes : âge, profession, situation personnelle, nombre d'enfants, lieu d'habitation, proximité des lieux de santé, suivi médical et gynécologique antérieur. MG : sexe, âge, type de cabinet, durée d'exercice, lieu d'exercice, proximité des lieux de santé, pratique du frottis.	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Non. Guide préalablement testé.	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Entretiens répétés	Non.	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio par dictaphone.	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Cahier de terrain	Oui.	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?
21. Durée	La durée moyenne des entretiens était de 59 minutes pour les patientes et de 40 minutes et 19 pour les MG.	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?
22. Seuil de saturation	Oui.	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Retour des retranscriptions	Non.	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	2.	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Description de l'arbre de codage	Oui.	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

26. Détermination des thèmes	Les thèmes ont été déterminés à partir des données.	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Logiciel	NVivo 14.	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Vérification par les participants	Non.	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Citations présentées	Oui.	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?
30. Cohérence des données et des résultats	Oui.	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Clarté des thèmes principaux	Oui.	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Clarté des thèmes secondaires	Oui.	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

ANNEXE 5 : Document d'information et de consentement

Bonjour, je suis Mathilde Caulier, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude, en partenariat avec le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) des Hauts de France et sous la supervision du Dr Ludovic WILLEMS.

OBJECTIFS et MÉTHODES

Objectifs de l'étude

Je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le ressenti de patientes n'ayant pas répondu favorablement au courrier de relance. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Pour y répondre, vous devez être une femme âgée de 25 à 65 ans, n'ayant pas réalisé le prélèvement cervico-utérin dans l'année suivant la relance par courrier, dans le cadre du dépistage organisé du CCU, ayant déclaré un médecin généraliste référent et résidant dans le Département du Nord.

Déroulement de l'étude :

Un entretien d'environ 30 minutes sera réalisé avec enregistrement audio. Il pourra se dérouler par visioconférence ou par téléphone selon votre convenance. L'enregistrement audio sera ensuite retranscrit puis analysé. Toutes les données personnelles seront anonymisées.

DROIT de RETRAIT

Votre participation à l'étude est facultative et volontaire

Vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment, sans avoir à en préciser la raison et ceci même après avoir signé le formulaire de consentement. Il vous suffit d'informer le chercheur par écrit, tous les documents qui vous lient à l'étude (consentement, enregistrement audio, ...) seront supprimés.

RISQUES POTENTIELS DE L'ETUDE

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES OU PERSONNELLES

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-144 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Pour obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles ou accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse mathilde.caulier2.etu@univ-lille.fr.

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicitée pour participer au projet de recherche en santé.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude.

J'ai été prévenue que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence.

Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informée que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informée de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom et Prénom :

Lieu et date :

Signature :

ANNEXE 6 : Déclaration au registre des activités de traitement de l'université de Lille



**RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

<i>Intitulé</i> : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : ressenti de patientes n'ayant pas répondu favorablement au courrier de relance et suivies en médecine générale par étude qualitative
Référence Registre DPO : 2023-144
Responsable scientifique : M.Ludovic WILLEMS Interlocuteur : Mme Mathilde CAULIER

Fait à Lille,

Le 21 septembre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

ANNEXE 7 : Thématiques communes lors de l'abord des raisons de non-réalisation du dépistage

Thème	Médecin	Patiente
Manque d'informations		
<u>Information publique insuffisante</u>	<i>Et je pense pas qu'il soit tellement promu par les autorités de santé. (M4)</i> <i>Par contre, le frottis est un peu laissé de côté dans ces campagnes-là. (M4)</i>	<i>On en parle pas, c'est ça en fait. (P3)</i> <i>On a parlé d'octobre rose mais on a pas parlé du tout de ce cancer là en fait. (P3)</i>
<u>Manque de rappel et d'information du PS</u>	<i>Même si j'ai l'impression de le faire régulièrement, il y a forcément des personnes qui passent un petit peu à travers. (M1)</i> <i>Bon après, c'est un problème d'information ouais. (M3)</i>	<i>Moi on m'alerte pas, donc forcément, je, je vais pas y aller quoi. (P3)</i> <i>J'avoue que mon autre médecin traitant m'a jamais posé la question en fait. (P5)</i>
<u>Méconnaissances du dépistage du CCU</u>	<i>Parce que pour les femmes le cancer du col de l'utérus au final c'est pas très concret quoi. (M1)</i>	<i>Pour moi, pour moi, le frottis, c'est pour dépister si on n'a pas des microbes, voilà une infection, mais pas un cancer, pas d'autres maladies. (P2)</i>
<u>Méconnaissances des lieux de réalisation du PCU</u>	<i>Et ils savent pas que les sage-femmes ou les médecins généralistes peuvent faire des frottis. (M3)</i>	<i>Oui parce que moi j'étais même pas au courant qu'il pouvait le faire déjà. (P5)</i>
Désintérêt des patientes		
<u>Depuis la ménopause</u>	<i>Après les personnes âgées, fin un peu plus âgées, un peu plus de 50 ans, après la ménopause. Il y en a qui oublient pas mal ce côté-là à surveiller. (M3)</i>	<i>J'ai suivi parce que j'avais encore mes règles. Mais une fois que j'étais ménopausée, bon. (P6)</i>
<u>En l'absence de grossesse</u>	<i>Elles sont souvent étonnées qu'il faille encore faire un suivi gynécologique alors que elles ont eu leurs enfants et que pour elles c'est quelque chose qui est à peu près réglé quoi. (M1)</i>	<i>Moi, je l'ai toujours fait quand j'étais enceinte donc je pensais que c'était que pour les femmes enceintes. (P2)</i>
<u>En l'absence de vie sexuelle</u>	<i>Euh par contre, ce qui peut être amené comme élément, c'est : « Bah j'ai plus de relation sexuelle donc j'ai plus besoin de me faire suivre au niveau du frottis ». Ça c'est des réactions que j'ai pu avoir par moment. (M4)</i>	<i>Je crois que je consulterais si j'avais besoin, par rapport à des rapports ou à des choses comme ça. (P6)</i>
<u>Influence du vieillissement</u>	<i>Alors parfois il y a : « Non ça m'intéresse pas, ça m'intéresse plus, pour moi c'est fini ». Notamment pour les femmes un peu plus âgées, oui. (M1)</i>	<i>Et puis en vieillissant on a moins envie déjà (P6)</i>
Conditions d'examen difficiles		
<u>Examen gynécologique désagréable</u>	<i>Faire un examen gynécologique c'est pas évident pour tout le monde. (M3)</i>	<i>C'est quand même un examen qui est désagréable (P9)</i>

<u>Gène ressentie en cas d'examen par un homme</u>	<i>Les nouvelles patientes s'orientent un peu naturellement vers une femme, vers une femme jeune. Elle se sentent plus à l'aise. (M1)</i>	<i>Je sais que moi mes gynécos, en général je choisis souvent des femmes (P3)</i>
<u>Examen antérieur difficile</u>	<i>J'ai déjà entendu aussi des gens qui avaient déjà fait un frottis avec un autre médecin et voilà, ça s'était mal passé quoi. (M3)</i>	<i>C'est ma première fois, j'ai été au planning familial sur (...), et je l'ai ressenti vraiment comme on était des bétails (P9)</i>
<u>Pudeur</u>	<i>Elles avaient peut-être pas envie qu'on touche à leur corps (M3)</i>	<i>C'est vraiment la nudité le problème (P9)</i>
Peurs et craintes		
<u>Peur de l'examen</u>	<i>Donc la peur de l'examen, ça peut être la peur de la douleur, s'il y a un vécu antérieur d'un examen douloureux. (M4)</i>	<i>Bah, moi c'est une peur pour ma pudeur en fait. Je vais savoir baisser mon pantalon, mais baisser plus je vais pas savoir. (P8)</i>
<u>Peur des médecins</u>	<i>Elles aiment pas les docteurs (M3)</i>	<i>Même le médecin, j'ai peur du médecin (P4)</i>
<u>Peur du résultats</u>	<i>Deuxièmement, il est possible qu'il y ait la crainte justement qu'un résultat soit positif. Donc le célèbre syndrome de l'Australie. (M2)</i>	<i>S'il arrive, bah s'il y a un souci, la peur de le savoir. Si on ne sait pas, pour nous il y a rien, vous voyez ? (P9)</i>
<u>Peur des traitements</u>	<i>Peut-être qu'il a des femmes qui ont justement une prise en charge un peu lourde et que, elles se projettent là-dessus et elles ont pas envie de vivre ça. Et du coup elles préfèrent ne pas le faire et ne pas savoir quoi. (M4)</i>	<i>Au début de la maladie, mais c'est déjà un cancer. Donc ça sera déjà de la chimiothérapie. Ce sera déjà de la radiothérapie. (P2)</i>
Sentiment de bonne santé		
<u>Absence de symptôme</u>	<i>Peut-être qu'elles ne cernent pas très bien l'enjeu ou ne se sentent pas concernées car n'ont pas de symptômes (M1)</i>	<i>Je me dis que tant que je n'ai pas de symptômes, je vois pourquoi je le ferai. (P2)</i>
Influence de l'entourage		
<u>Absence d'antécédent de CCU dans l'entourage</u>	<i>Euh, on a quand même moins de chances d'avoir dans l'entourage une connaissance qui a un cancer du col de l'utérus que un cancer du sein ou un cancer du côlon. Donc du coup c'est peut-être un peu moins dans l'actualité pour les patientes. (M1)</i>	<i>Alors c'est aussi, je pense aussi, euh, le fait que il y a pas autour de moi de cancer de l'utérus en fait. Donc ça me motive pas plus que ça. (P5)</i>
<u>Influence de l'éducation</u>	<i>Peut-être qu'à 25 ans on sait pas encore. S'il y a pas les parents pour dire : « Il faut que tu fasses le frottis » ou des choses comme ça. Si le médecin il en parle pas. Bah ça peut passer à la trappe (M3)</i>	<i>Je pense que si ma mère me dit : « Tu sais ma fille, un frottis tous les ans c'est bien ». Je l'aurai fait. (P2)</i>

Absence de priorisation de sa santé		
<u>Manque de temps</u>	<i>C'est dans le sens où une des explications pour certaines patientes pourrait être le temps par exemple. Mais on sait bien que le temps c'est pas un vrai. Le temps ça n'existe pas. Fin, et que, c'est que c'est pas priorité des patientes, c'est qu'elles ont pas (Temps de réflexion) compris. (M2)</i>	<i>Je fais très peu de soins médicaux, par manque de temps surtout, parce que je fais toujours passer la santé et la vie des autres avant la mienne (P2)</i>
Négligence		
<u>Reporte l'examen</u>	<i>La négligence, donc de se dire : « Bah oui, je vais le faire, il faut que je le fasse, je sais que je dois le faire ». Mais il y a toujours la procrastination donc à toujours remettre. (M4)</i>	<i>Mais bizarrement, comme je vous dis, quand on n'a pas le temps, on se dit : « Bof, c'est tout, je verrai quand j'aurai le temps ». (P1)</i>
Méfiance		
<u>Conséquences psychologiques négatives du dépistage</u>	<i>Après on génère une inquiétude pour un papilloma virus qui peut s'éliminer de lui-même (M1)</i>	<i>Et pendant 1 mois et demi, elle a stressé, qu'elle aurait pu avoir le cancer (P9)</i>
Refus des traitements		
	<i>Non faire des examens, c'est trouver des choses et du coup c'est entrer un engrenage. Donc bah ils veulent pas entrer dans l'engrenage. (M3)</i>	<i>Je suis pas convaincue que la chimiothérapie ou autre soit la meilleure des choses. (P6)</i>
Choix des patientes		
	<i>Et puis, après c'est un peu comme les autres dépistages, que ce soit le test HémoCult ou les mammographies, il y a des gens qui restent imperméables aux relances par courrier, aux conseils qu'on peut donner aussi. (M1)</i> <i>Les gens ont le droit de ne, de ne pas faire le dépistage. (M2)</i>	<i>Mais comme ça revient toujours à la même question dès le début. C'est que j'ai pas envie de savoir si j'ai quelque chose ou pas (P9)</i> <i>C'est pas une histoire d'influencer, mais il respectait, voilà, il respectait mon choix. (P6)</i>

ANNEXE 8 : Divergences lors de l'abord des raisons de non-réalisation du dépistage

Thème	Médecin	Patiente
Absence de suivi		
	<i>Non évoqué</i>	<i>Je sais, bah, c'est surtout parce que je vois pas l'utilité de voir un gynécologue en fait. (P5)</i>
Difficultés d'accès aux soins		
	<i>Ouais c'est une spécialité qui reste largement accessible et pour laquelle il y a pas trop de problématique. (M4)</i>	<i>Et puis c'est compliqué maintenant de trouver un gynécologue qui accepte des nouvelles patientes. (P3)</i>
Manque d'information		
<u>Sentiment de ne pas avoir été informée</u>	<i>L'examen gynécologique c'est quand même connu comme l'examen pédiatrique ou autre. (M4)</i>	<i>On m'en a jamais vraiment parlé en fait (P2)</i>
Désintérêt des patientes		
<u>Influence de l'âge</u>	<i>Non évoqué</i>	<i>Que pour moi à 30 ans, j'ai le temps venir. (P9)</i>
Conditions d'examen difficiles		
<u>Examen vécu comme une contrainte</u>	<i>C'est pas un examen qui est pas non plus horrible à faire (M3)</i>	<i>Plus une contrainte qu'autre chose on va dire (P5)</i>
<u>Examen gynécologique considéré comme douloureux</u>	<i>c'est un examen qui globalement ne doit pas être douloureux. (M4)</i>	<i>« Ah c'est juste gênant, ça fait pas mal ». Bah non, ça fait mal. Ok c'est gênant, ok c'est pas douloureux à être torturée. (P9)</i>
Peur et craintes		
<u>Déni</u>	<i>Il y a des patientes qui sont un peu cancérophobiques, qui ont pu être confrontées par exemple, à un dépistage antérieur de papillomavirus, (Temps de réflexion). Et qui veulent un peu l'occulter, qui veulent pas, fin qui mettent ça dans un coin en disant : « Je m'en occupe plus » (M4)</i>	<i>Non évoqué</i>
Méfiance		
<u>Méfiance du dépistage et des soins médicaux</u>	<i>Non évoqué</i>	<i>C'est peut-être en faisant un examen tous les ans, que vous allez vous développer quelque chose. (P9)</i>

ANNEXE 9 : Thématiques communes lors de l'abord des solutions pour améliorer le dépistage

Thème	Médecin	Patiente
Amélioration de l'accès aux soins		
<u>Diminuer les délais de rendez-vous</u>	<i>Je donne un rendez-vous tout de suite. (M1)</i>	<i>Si on pouvait faire des dépistages plus faciles, plus près de chez soi, plus rapides. (P6)</i>
<u>Diversifier les lieux de réalisation du PCU</u> MG réalisant le frottis	<i>Enfin je pense que le MG peut se proposer comme étant une solution pour cet accès au soin là. (M1)</i>	<i>Euh moi je préférerais le faire avec mon généraliste, oui je vous l'avoue. (P8)</i>
Confrère réalisant le frottis	<i>J'ai souhaité être associé avec une femme qui fait de la gynéco pour justement répondre à la demande. (M1)</i>	
Amélioration de l'information et de la communication		
<u>Majorer la communication</u>	<i>Tu verras d'après mon expérience, la médecine générale, c'est 90 % de communication. (...) Mais bon c'est la communication qui est la base de tout. (M2)</i>	<i>Pour expliquer l'importance du dépistage et puis vraiment comment ça se passe, comme ce qu'on apprend par un dépistage. (P2)</i>
<u>Instaurer une relation de confiance</u>	<i>C'est de leur donner l'information, une information loyale et claire. Et non orientée. C'est-à-dire que ça reste leur choix et leur libre arbitre. (M4)</i>	<i>Le fait d'instaurer une relation de confiance avec mon MG, en parler avec elle, ça pourrait faire beaucoup. (P8)</i>
<u>Acteurs de l'information</u> MG	<i>C'est au médecin généraliste, enfin c'est au médecin qu'elle consulte pour de la gynéco, bah de lui expliquer un peu mieux les choses. (M3)</i>	<i>Je pense que le médecin c'est la première personne qui est capable d'échanger avec son patient. Et bien le conseiller. (P6)</i>
Médias	<i>Bah au niveau des médias, je pense qu'il manque pas de possibilités, oui. C'est un appui intéressant. (M1)</i>	<i>C'est ça en fait, ça a pas le même impact que si on en parle à la télé (P5)</i>
Mois dédié	<i>Mais je pense effectivement qu'un mois dédié avec du coup ce mois-là un peu de communication par les grands médias, ça peut être quelque chose qui peut appuyer le propos, qui va faire venir les gens au cabinet. (M1)</i>	<i>Moi je pense que ce qui a plus d'impact, c'est comme là, les journées pour le diabète, les octobres roses, euh toutes ces choses qui sont faits autour, autour même du cancer du poumon. (P5)</i>
<u>Public visé</u>	<i>A l'école, franchement pour les collégiens, les collégiens ils sont assez grands pour entendre qu'il y a des dépistages. (M3)</i>	<i>Moi spécialement, on m'en a pas assez parlé quand j'étais jeune et du coup, je ne vois pas. (Temps de réflexion) Je ne vois pas l'intérêt de réellement le faire en fait. (P2)</i>
Amélioration des conditions d'examen		
<u>Allonger la durée de consultation</u>	<i>Faire le rendez-vous pour frottis, 15 minutes. Même pour le faire, bah en fait c'est court quoi. (M3)</i>	<i>Mais quand on le fait, bah on le fait pas à la chaîne, voilà. On prend le temps avec la patiente. (P9)</i>

<u>Respect de l'intimité</u>	<i>Moi j'aime quand je fais un frottis, j'essaie de mettre à l'aise les patientes. Je leur donne toujours un petit bout de papier pour qu'elles puissent se cacher. (...) Gentiment et respecter la pudeur du patient et voilà. (M3)</i>	<i>Peut-être avoir quelque chose au-dessus de moi. Pour pas me rendre compte que en dessous je suis nue quoi. (P8)</i>
<u>Offrir la possibilité d'un examen par une femme</u>	<i>Je leur dis : « Bah voilà, il faudrait peut-être faire le suivi gynécologique. Que moi je peux le réaliser avec vous. Mais vous avez aussi ma collègue si vous préférez une dame jeune. Libre à vous de prendre rendez-vous avec elle ou avec moi. Comme vous voulez. » (M1)</i>	<i>Alors d'être sûre que ça soit une femme en face de moi, qui me fasse l'examen. Déjà ça ça ferait beaucoup. (P8)</i>
Amélioration des courriers		
<u>Simplifier les courriers</u>	<i>Et je pense qu'il faut garder une information assez précise sur quelque chose d'assez allégé. Il faut pas que le courrier soit trop lourd. C'est des messages clés qu'il faut réussir à passer. (M4)</i>	<i>Si les informations sont déjà données en amont, qu'on a vraiment expliqué aux gens, à quoi ça servait et tout. Juste de marquer qu'il était, qu'il est temps de faire. (P2)</i>
<u>Poursuivre l'envoi</u>	<i>Et au final, leur refaire un rappel trois cinq après quand même disant : « Bah ça existe toujours ». Peut-être qu'il y avait des femmes elles étaient pas ouvertes à ça, alors que là elles vont être plus réceptives quoi. (M1)</i>	<i>Moi je pense qu'il faut quand même continuer parce que même si on n'y pense pas en tant que femme comme moi et qu'on, et qu'on ne se voit pas forcément dans cette situation-là. Bah ça, ça donne un petit rappel (Blanc) et c'est pas mal non plus quand même. (P1)</i>
<u>Arrêt des courriers en l'absence de réponse</u>	<i>Et j'ai le sentiment que si la personne reçoit un courrier, qu'elle reçoit une relance un an après et qu'elle ne fait pas le truc, on aura beau lui envoyer 250, ça va rien changer. (M2)</i>	<i>Il faut pas persévérer à donner un courrier si les gens ne le font pas. (P6)</i>
Respecter le choix et le refus des patientes		
	<i>C'est-à-dire que ça reste leur choix et leur libre arbitre. (M4)</i>	<i>il a bien entendu que moi je faisais pas les suivis. Donc il m'a expliqué et il respecte mon choix, voilà. (P6)</i>

ANNEXE 10 : Divergences lors de l'abord des solutions pour améliorer le dépistage

Thème	Médecin	Patiente
Amélioration de l'information et de la communication		
<u>Explorer les obstacles au dépistage par l'entretien motivationnel et l'ETP</u>	<i>C'est plutôt des consultations d'informations où je leur délivre de l'informations. Ça aussi, c'est un peu la formation à l'entretien motivationnel qui fait que si jamais le patient n'est pas persuadé, j'essaye plutôt de l'amener à ce qu'il réfléchisse sur la situation. (M4)</i>	<i>Non évoqué</i>
<u>Outils de communication</u> Affiches	<i>Des fois elles sont là en décor. Des fois les gens les voient sans les voir. C'est vrai que c'est pas forcément (Rires). Encore une fois, ce sont toujours les mêmes qui les regardent, qui posent des questions. (M1)</i>	<i>Les affiches en général c'est bien fait, parce qu'il faut qu'on comprenne tout de suite rien qu'au visuel, donc voilà. (P6)</i>
Campagnes de prévention	<i>Et ceux qui vont pas le faire, c'est pas une campagne grand public qui va changer quoi que ce soit, à mon avis. (M2)</i>	<i>Je pense que les les publicités choc qu'ils ont fait par rapport à l'alcool a touché beaucoup plus de personnes. (P2)</i>
Médias	<i>Euh, je suis vraiment pas certain que les messages pas de télé, mais les messages à la télé ou à la radio, des trucs comme ça, aient le moindre impact. (M2)</i>	<i>Et puis en passant par les médias, vous allez toucher plus de monde. Parce que les informations sont importantes de nos jours. (P8)</i>
<u>Envoi systématique des résultats du PCU au MG</u>	<i>Et, je pense qu'on gagnerait beaucoup à avoir un retour systématique des gynécologues et des sage-femmes quand il y a un prélèvement qui est fait. Ou à minima du laboratoire, qui quand on est identifié comme médecin traitant, devrait systématiquement nous envoyer un double du résultat. Pour qu'on puisse être un peu plus pertinent dans la proposition. (M2)</i>	<i>Non évoqué</i>
Amélioration des courriers		
<u>Courrier personnalisé par le MG</u>	<i>Personnaliser les courriers ça pourrait peut-être être intéressant. (...) En disant que c'est envoyé du médecin traitant, pour faire le dépistage (M2)</i>	<i>Non évoqué</i>
<u>Inviter à consulter en cas de refus de réalisation</u>	<i>Inviter au moins les patientes qui ne souhaitent pas réaliser le dépistage à en discuter, des avantages, des inconvénients, avec le professionnel de santé avec lequel ils ont confiance. (M2)</i>	<i>Non évoqué</i>

Améliorer la liste envoyée par la CPAM		
	<i>Bah en fait cette liste serait en relation avec mon logiciel médical pour me générer la même chose. Mais sur chaque patient en fait. Sinon le temps de regarder la liste. Quand il y a le patient devant, on la regarde pas quoi. (M3)</i>	Non évoqué
Augmenter la prévention en médecine générale		
<u>Consultation prévention</u>	<i>Pour améliorer le dépistage, euh, il faut des consultations prévention. (...) Donc pour faire des consultations efficaces, il faut avoir plus qu'un quart d'heure ou vingt minutes et donc il faudrait des consultations, quel que soit l'âge du patient, pour permettre d'améliorer la prévention. (M2)</i>	<i>Alors que c'est vrai que dans le médical, on est plutôt dans la prévention. Mais je sais pas si cette prévention elle est réelle ou pas. Pour moi, elle est pas forcément réelle. (P6)</i>
<u>Consultation obligatoire remboursée à 25 ans</u>	<i>Je pense qu'il faut vraiment viser juste avant 25 ans pour qu'elles y pensent. Alors comment ? Compliqué. Chez le médecin généraliste, limite une consultation obligatoire. (M3)</i>	Non évoqué
<u>Décharger des tâches administratives</u>	<i>Laisser aux professionnels de santé le temps de soigner leur patient plutôt que de régler des problèmes administratifs redondants. (M1)</i>	Non évoqué
<u>Développer des outils de prévention</u>	<i>Il y a un outil qui s'appelle medprev. (...) C'est vraiment un sujet de prévention qui permet aux patients de remplir des auto-questionnaires. (...) Et qui permet après une consultation de synthèse pendant au moins une demi-heure. Et c'est le patient qui choisit de quoi il a envie de parler. (M2)</i>	Non évoqué

ANNEXE 11 : Thématiques communes lors de l'abord de l'APV

Thème	Médecin	Patiente
Avantages de l'APV		
<u>Solution en cas de peur de l'examen</u>	<i>C'est peut-être plutôt les patientes justement qui ont un côté pudique. (M4)</i>	<i>Ah oui ça, là il y aurait pas de peur et je le fais sans problème quoi. (P8)</i>
<u>Réduit les obstacles matériels</u>	<i>Le fait de ne pas devoir se déplacer en cabinet, ne pas prendre rendez-vous, des choses comme ça. (M4)</i>	<i>On a le kit à la maison, on n'est pas embêtée pour prendre un rendez-vous. (P3)</i>
<u>Influence sur la réalisation du dépistage</u>	<i>Les APV avec la recherche d'HPV faciliteront certainement le dépistage parce qu'il y aura plus forcément passage par l'examen gynéco avec le frottis, le spéculum qui est certainement un frein pour certaines femmes. (M1)</i>	<i>Je pense que je l'aurai su, le test il aurait déjà été fait depuis un petit moment. (P8)</i>
Inconvénients de l'APV		
<u>Non influent</u>	<i>Comme toute solution, probablement que ça convient pas à toutes les patientes. (M2)</i>	<i>Mais je pense que de toute façon, même si je pouvais le faire moi-même, si j'en éprouve pas la nécessité, parce que j'ai pas peur, parce que j'ai pas de symptômes, je vais pas le faire. Inutilement. (P6)</i>
<u>Possibilité de geste mal réalisé</u>	<i>Il y a certaines patientes qui sont, alors c'est pas discriminant qui sont même pas très à l'aise avec l'anatomie féminine quoi. (M4)</i>	<i>Non, c'est une bonne idée mais est-ce qu'au final il sera bien fait ? Ça aussi, ça a un impact je pense. Ce geste peut être quand même fait par un médecin et que ça soit bien fait (P3)</i>
<u>Patientes préférant le PCU</u>	<i>Il y a des patientes qui vont pas avoir envie de le faire et qui préfèrent que ça soit un professionnel. (M2)</i>	<i>je me dis si je le fais moi-même, bah j'aurai encore une fois pas de consultation (P5)</i>
<u>Méfiance ou questionnement sur l'efficacité et la fiabilité</u>	<i>Enfin je comprends pas comment c'est possible. Mais après je suis pas assez renseignée quoi. (M3)</i>	<i>Parce que si c'est pour mettre ça et que c'est comme si on ne faisait rien, bon c'est pas la peine. (P6)</i>
Modalités d'information et d'invitation		
<u>Par le MG</u>	<i>Pourvoir les kits dans les cabinets. (...) Ce qui permet, ce qui permet de valider. Le fait de la remise de l'enveloppe Hémocult ça valide la bonne destination pour le bon patient. (M1)</i>	<i>Je préférerais l'avoir chez mon médecin personnellement. (P8)</i>
<u>Par courrier</u>	<i>Ah ça ça serait une bonne idée dans le courrier de relance par exemple. (M2)</i>	<i>Mais si tous les 10 ans, on a un petit courrier pour faire un petit rappel. (...) Avec le kit à l'intérieur. (P9)</i>
Population cible		
<u>Pour toutes les femmes</u>	<i>Je pense qu'on peut le proposer systématiquement oui. (M1)</i>	<i>Je pense, à toutes les femmes. Laisser le choix à toutes les femmes. (P9)</i>

AUTEURE : Nom : CAULIER

Prénom : Mathilde

Date de soutenance : 20/12/2024

Titre de la thèse : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : étude qualitative du ressenti des patientes n'ayant pas répondu favorablement aux invitations par courriers et de leurs médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : DES de Médecine générale

Mots-clés : médecine préventive, tumeurs du col de l'utérus, femmes, dépistage de masse, médecins généralistes

Résumé :

Contexte : Le cancer du col de l'utérus est responsable d'environ 1 100 décès par an malgré l'existence d'un dépistage. Depuis l'arrêté du 4 mai 2018, ce dépistage s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé. L'objectif principal de cette étude était de recueillir le ressenti des patientes n'ayant pas réalisé ce dépistage dans l'année suivant la relance par courrier. L'objectif secondaire était d'explorer le ressenti des médecins généralistes afin de le comparer à celui des patientes.

Matériel et méthode : Une approche qualitative, basée sur le recueil de données par entretiens semi-dirigés, a été choisie. La population-cible comprenait des femmes âgées de 25 à 65 ans, n'ayant pas réalisé de prélèvement cervico-utérin dans l'année suivant la relance par courrier, déclarant un médecin généraliste référent et résidant dans le département du Nord. L'analyse des données s'est inspirée de la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Huit patientes et quatre médecins ont participé à cette étude. Les freins identifiés au dépistage étaient un manque d'information, les difficultés d'accès aux soins, la gêne liée à l'examen, les peurs et les croyances des patientes. Les courriers envoyés par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, jugés utiles comme rappels, étaient fréquemment ignorés. Diversifier les lieux de dépistage, améliorer l'information, optimiser les courriers et les outils de communication, promouvoir l'auto-prélèvement pourraient réduire les réticences.

Conclusion : Bien que le dépistage organisé ait augmenté la participation, des efforts restent nécessaires pour atteindre les objectifs visés. Une approche individualisée, respectant les choix des patientes, renforçant l'information est essentielle pour améliorer la participation et contribuer à la santé des femmes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

**Asseseurs : Madame le Docteur Marie-Laure FORZY
Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS