

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2010 N°

**APPROCHE DE LA VISION DES FEMMES SUR LE SUIVI
GYNÉCOLOGIQUE SYSTÉMATIQUE ET LES DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES
POUR LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN**

THESE

présentée à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le 20 septembre 2010

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Ariane GAMBIEZ-JOUMARD
Née le 27 janvier 1981
à NOUMÉA (Nouvelle Calédonie)

REMERCIEMENTS

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Franck CHAUVIN,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité, votre cordialité et pour toute l'attention que vous avez portée à ce travail.

A nos membres du jury,

Monsieur le Professeur Pascal CATHEBRAS,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse, soyez assuré de ma gratitude et de toute ma considération pour votre implication dans notre formation.

Monsieur le Professeur Christophe BOIS,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail dont le sujet concerne pleinement votre spécialité. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus grand respect pour votre implication auprès des internes de médecine générale notamment.

Madame le Docteur Josette VALLEE,

Vous m'avez guidée précieusement tout au long de l'élaboration de ce travail. Je tiens à vous témoigner ici toute ma gratitude pour vos conseils avisés, votre très grande disponibilité, votre gentillesse et votre investissement dans notre formation de médecins généralistes. Soyez assurée de ma plus profonde estime.

A nos maîtres de stage et aînés,

Messieurs les Docteurs René BESSON, Abbas KHENNOUF, Jean FEUILLET, Jean BAUDRY pour leur enseignement et leur implication dans notre formation, et Messieurs les Docteurs Jean-Louis MERLIN et Gilbert PIERETTI pour m'avoir en plus donné l'envie d'exercer en milieu rural et fait découvrir la Haute-Loire, merci.

A Christian,

Merci pour ton amour et ton soutien au quotidien, ton humour, ton ouverture d'esprit, tes petits plats... Merci pour les moments merveilleux déjà passés avec toi et tous ceux à venir ! Je suis heureuse d'être ta femme et te redis tout mon amour.

A mes parents,

Merci pour m'avoir guidée dans la vie et dans mes choix avec amour, et pour votre confiance et vos encouragements.

A mes frères, à Raphaël pour ton aide précieuse et indéfectible en informatique et dans la vie, à Noël et Sébastien pour votre humour et pour nos agréables rassemblements malheureusement trop espacés... merci.

A Marylène, ma belle-soeur que j'apprécie beaucoup et qui fait preuve de tant de courage. Merci pour notre amitié.

A ma petite soeur France, qui nous prouve tous les jours que la différence peut aussi être une force et qui est un exemple de volonté, de persévérance et souvent de bonne humeur ! Je t'aime très fort ma Nénette.

A toute ma famille et belle-famille, merci de votre soutien, de votre amitié, et pour les moments de détente et de gaieté que je peux passer avec vous.

A mes futurs collaborateurs et amis du cabinet de Montfaucon en Velay, Hélène, Karen, Jo, Josiane et Dominique. Merci pour votre accueil et que rien ne change, sauf les locaux du cabinet pour qu'on ait plus de place !

A mes amis, fidèles, drôles, et choisis ! Merci à Isabelle, Marc, Sanaa, Sylviane, Claire, Marie-Laure, Olivier, Isabelle, Jean, Anne-So, Romain, Maud, Marielle, Damien, Stef, Catherine, Alex, Valou, Fredo, Gaëlle, Romain, Virginie... et à tous ceux avec qui je partage des moments de joie ou qui sont toujours là pour me soutenir.

Aux 14 femmes qui ont acceptées de répondre à mes questions et dont les témoignages sont l'essence même de ce travail. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour votre confiance.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE Mme GAMBIEZ-JOUMARD Ariane

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr Franck CHAUVIN	Faculté : Jacques Lisfranc
Assesseurs :	Pr Pascal CATHEBRAS	Faculté : Jacques Lisfranc
	Pr Christophe BOIS	Faculté : Jacques Lisfranc
	Dr Josette VALLEE	Faculté : Jacques Lisfranc

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH 2C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 2C
Anatomie et cytologie pathologiques	Mme le Dr Anne GENTIL PERRET	MCU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	Mme le Dr ML CHAMBONNIERE	MCU-PH 2C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH C except
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATARD	MCU-PH1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Dr Thomas BOURLET	MCU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH2C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr. Jacques BORG	PU-PH 2C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Hélène PROUST	PU-PH2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Pr. Francis DUBOIS	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH 1C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Thierry SCHMITT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Cancérologie)	M. le Pr. Yacine MERROUCHE	PU-PH 2C
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH 1C
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 2C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 2C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 2C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH 2C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 2C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PUPH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Xavier BARRAL	PU-PH C except
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH 1C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH 1C
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	PU-PH 1C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	PU-PH 1C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	Mme le Dr Béatrice TROMBERT	MCU-PH 1C
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH 1C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Pr. Pierre SEFFERT	PU-PH 1C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Dr Gautier CHENE	MCUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 2C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 2C
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH 2C
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 2C
Immunologie	M. le Pr. Christian GENIN	PU-PH 2C
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 2C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	MCU-PH 1C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH 1C
Médecine et santé au Travail	M. le Dr. Dominique FAUCON	MCU-PH HC
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 2C
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 2C
Médecine interne	M. le Dr Martial KOENIG	MCUPH 2C
Médecine Légale	M. le Pr. Michel DEBOUT	PU-PH C except
Médecine Légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 2C

Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Néphrologie	M. le Pr. F. BERTHOUX (en surn U)	PU-PH C except.
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH 1C
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 2C
Neurochirurgie	M. le Pr. Jacques BRUNON	Pr émérite
Neurochirurgie	M. le Pr. Christophe NUTI	PU-PH 2C
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH 1C
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH 1C
Nutrition	M le Pr Daniel MICHEL	Pr émérite*
Ophtalmologie	M. le Dr. Christian PERIER	MCU-PH HC
Ophtalmologie	M. le Pr. Jean MAUGERY	Pr émérite
Ophtalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 2C
Oto - Rhino - Laryngologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 2C
Parasitologie et mycologie	M. le Pr. Christian MARTIN	PU-PH C except
Parasitologie et mycologie	M. le Pr. Roger TRAN MANH SUNG	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Dr Pierre FLORI	MCU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. JL STEPHAN	PU-PH 2C
Pharmacologie Clinique	M. le Pr. Georges TEYSSIER	PU-PH 1C
Pharmacologie Clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PH2C
Pharmacologie Fondamentale	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr. Michel OLLAGNIER	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr. André GEYSSANT	Pr émérite
Physiologie	M. le Pr. Christian DENIS	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude BARTHELEMY	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH1C
Physiologie	M. le Dr Frédéric ROCHE	MCU-PH 1C
Pneumologie	M. le Dr Léonard FEASSON	MCU-PH 2C
Pneumologie	M. le Pr. André EMONOT (en surn U)	PU-PH 2C
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 2C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	PU-PH 1C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Jacques PELLET	Pr émérite*
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Charles VEYRET	PU-PH1C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH1C
Réanimation Médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH2C
Réanimation Médicale	M. le Pr. Jean-Claude BERTRAND	PU-PH C except
Réanimation médicale	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH1C
Rhumatologie	M. le Dr. Yves PAGE	MCU-PH1C
Rhumatologie	M. le Pr. Christian ALEXANDRE	PU-PH C except
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH2C
Thérapeutique	M. le Pr. Pierre SEGUIN	PU-PH1C
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	PU-PH C except
Thérapeutique	M. le Pr Patrice QUENEAU	Pr émérite*
Urologie	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 2C
	M. le Pr. Jacques TOSTAIN	PU-PH 1C

Légende :

PU-PH :	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
MCU-PH :	Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
1C	1ère classe
2C	2ème classe
C. excep.	Classe exceptionnelle
HC	Hors classe

Mise à jour : 1^{er} septembre 2009

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les

entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses: que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

SOMMAIRE

Lexique.....	8
Résumés.....	9
Résumé.....	9
Abstract.....	9
Contexte.....	10
Matériel et Méthode	
Résultats	
<i>Vision globale du suivi gynécologique systématique</i>	
<i>Connaissances et représentations sur le FCU</i>	
<i>Critères de choix de la spécialité du médecin</i>	
<i>Genre du médecin choisi</i>	
<i>Difficultés liées au médecin</i>	
<i>Obstacles et appréhensions pour le dépistage par FCU</i>	
<i>Améliorations évoquées</i>	
Discussion	
<i>Besoin d'information</i>	
<i>Acteurs de la prévention</i>	
<i>Dépistage organisé plébiscité</i>	
<i>Perspectives</i>	
Conclusions	
Bibliographie	
Annexe 1 : Caractéristique des femmes interrogées	
Annexe 2 : Guide d'entretien	
Annexe 3 : Transcription des entretiens	

LEXIQUE

FCU : frottis cervico-utérin

INCa : Institut national du cancer

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVS : Institut de veille sanitaire

IST : infection sexuellement transmissible

MG : médecin généraliste

PMI : Protection maternelle et infantile

RÉSUMÉS

Résumé :

Contexte : Le suivi gynécologique systématique des femmes représente un enjeu de santé publique puisqu'il inclut le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce aux frottis cervico-utérins. En France, plusieurs facteurs concourent à une couverture insuffisante de la population pour cet examen : l'insuffisance d'offre de soins, mais aussi des facteurs individuels influant sur le comportement des femmes.

Objectif : Explorer les difficultés ressenties par les femmes pour ce suivi gynécologique et les déterminants qui guident leurs choix dans ce domaine.

Méthode : Enquête qualitative par analyse d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 14 femmes recrutées dans des patientèles de médecine générale.

Résultats : Les femmes interrogées semblaient mal connaître le rôle et les modalités du frottis cervico-utérin et s'estimaient mal informées à ce sujet. Certaines ignoraient qu'un généraliste pouvait réaliser cet examen. Les difficultés les plus souvent citées au regard des recommandations actuelles ont été la négligence, la difficulté d'accès aux gynécologues, la gêne liée à un aspect tabou de l'examen ou à la perception d'une relation trop familière avec leur généraliste. Le genre du médecin ne semblait pas systématiquement déterminant. L'incitation par leur généraliste et par des campagnes organisées étaient désignées comme les meilleurs stimulants pour participer à ce suivi, plutôt sous forme de consultations qui lui seraient dédiées.

Conclusion : Cette enquête semble montrer que les femmes seraient plutôt favorables à plus d'informations et plus d'implication de la part de leur généraliste dans leur suivi gynécologique, en tant que superviseur ou acteur, dans le cadre de campagne organisées les incitant au suivi.

Abstract : An approach on women's perspectives on routine gynecology and difficulties experienced with cervical smear.

Background : Women's routine gynecological care is a public health issue because it includes screening of cervical cancer of the uterus by cervical Pap smears. In France, several factors contribute to poor coverage of the population for this exam: lack of provision, but also individual factors influencing women's behavior.

Objective : To explore the difficulties experienced by women toward this gynecologic monitoring and the dynamics that guide their choices in this area.

Method: Qualitative survey through the analysis of semi-structured interviews conducted with 14 women recruited from general practice patient base.

Results : The women interviewed seemed unfamiliar with the Hows and Whys of cervical smear and considered that they were poorly informed about it. Some were unaware that a general practitioner (GP) could perform the exam. The difficulties most often mentioned in regards to the current recommendations were the lack of care, the lack of access to gynecologist practices, the discomfort towards a taboo within part of how the exam is conducted or the perception of too personal a relationship with their GP. The doctor's gender did not appear necessarily decisive. Incitement by their GP and organised campaigns were identified as the best incentive to partake in this monitoring, rather in the form of consultations dedicated to it.

Conclusion : This survey suggests that women would tend to favor more information and more involvement from their GP in their gynecological care, as a supervisor or performer, within the context of organised campaigns recommending monitoring.

CONTEXTE

Les femmes devraient bénéficier d'un suivi gynécologique de type préventif à différentes étapes de leur vie. Ce suivi inclut notamment le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce au frottis cervico-utérin (FCU), examen non invasif qui a prouvé son efficacité. En France, ce cancer est le 9ème chez la femme par sa fréquence, avec près de 3000 nouveaux cas et 1000 décès estimés chaque année (1). Son dépistage ne fait pas l'objet d'un programme organisé malgré les recommandations du Conseil de l'Union Européenne, hormis quelques expériences pilotes touchant 5% de la population.

Depuis la Conférence de consensus de Lille de 1990, il est recommandé de réaliser un FCU tous les 3 ans pour toutes les femmes de 25 à 65 ans (2,3). Or les données épidémiologiques montrent que cet examen est sous-réalisé : le taux de couverture national sur la période de 2003 à 2005 a été évalué à 58%. De plus, il existe une grande hétérogénéité de pratique : sur-dépistage de certaines femmes, absence pour d'autres ; ainsi 34% n'auront pas fait de frottis en 6 ans (1,4).

Les études menées jusqu'alors ont identifié certains facteurs intervenant dans ce résultat :

- Premièrement, l'insuffisance d'offre de soins, que l'on peut attribuer d'une part à la baisse du nombre des gynécologues médicaux et à leur inégalité de répartition sur le territoire, d'autre part à la faible implication des médecins généralistes (MG) : ils réalisent moins de 10% des FCU (1). L'amélioration de ce dépistage en France, qu'il reste individuel ou devienne organisé, nécessiterait une redistribution du suivi gynécologique systématique vers les MG, souvent seuls interlocuteurs médicaux en soins primaires des populations féminines les plus à risque (5,6).
- Deuxièmement, certains déterminants individuels semblent limiter la participation des femmes au dépistage : faible niveau d'études, classe socio-économique défavorisée, jeune âge, post-ménopause, célibat (7,8,9,10).

Toutefois, les comportements féminins face au suivi gynécologique paraissent aussi influencés par des facteurs plus personnels liés au vécu et aux représentations (10,11,12,13).

Nous avons voulu explorer à l'aide d'une étude qualitative les facteurs individuels pouvant influencer sur ce dépistage : les obstacles et difficultés ressenties par les femmes pour leur suivi gynécologique systématique, et les déterminants qui guident leurs choix pour la réalisation des FCU.

MATERIEL ET METHODE

La population visée était celle des femmes de 20 à 65 ans n'ayant pas d'antécédent les excluant du dépistage primaire du cancer du col de l'utérus.

Un échantillonnage raisonné a été effectué en recherche de variation maximale selon les variables suivantes : âge, milieu de vie (rural, semi-rural, urbain), profession, situation maritale, choix du spécialiste faisant les FCU. Les caractéristiques des femmes de l'échantillon sont présentées dans un tableau en annexe 1.

Les femmes ont été sélectionnées dans les patientèles de 3 cabinets de médecine générale (Loire et Haute-Loire), et ont été recrutées par téléphone par le chercheur.

Les entretiens ont eu lieu au domicile de l'interviewée en face à face.

Les entretiens étaient semi-dirigés (24), c'est à dire structurés par un questionnaire à réponses ouvertes abordant les thèmes suivants (annexe 2) :

- vision globale du suivi gynécologique systématique
- connaissances et vécu du FCU
- difficultés qu'elles ou d'autres femmes peuvent rencontrer
- déterminants pour le choix du spécialiste qui réalise les FCU
- améliorations qu'elles conçoivent pour favoriser la participation des femmes.

Le questionnaire a été ajusté après les 3 premiers entretiens afin d'améliorer la productivité des discours.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone numérique après autorisation et sous couvert d'anonymat. Les données ont été intégralement retranscrites sous Word avec l'aide du logiciel Dragon Naturally Speaking (annexe 3). Une grille d'analyse thématique a été construite, dans laquelle ont été classés les verbatims de chaque entretien grâce au logiciel QSR N Vivo 8.

Les entretiens et l'analyse ont été faits par le même chercheur.

RESULTATS

Les entretiens se sont déroulés entre mars et juin 2010. 32 femmes ont été sélectionnées. Pour atteindre la saturation des données, 14 entretiens ont été nécessaires. 2 femmes n'ont pas donné suite à la demande d'entretien. Les entretiens ont duré entre 16 et 28 minutes.

Vision globale du suivi gynécologique systématique

Pour les femmes interrogées, le suivi systématique comporte fréquemment le FCU, (« frottis »), toutefois les examens des seins sont nommés en priorité par les femmes plus âgées (palpation, mammographie, échographie). Elles citent parfois l'examen du col, des organes génitaux, le toucher vaginal, les prises de sang et le dépistage de l'ostéoporose.

Quant au rôle de ce suivi, si le versant préventif est souvent évoqué (« contrôle, surveillance de santé »), il s'agit plus pour certaines d'un suivi de pathologie : P1 « *suivi des maladies [...] si on a des problèmes gynécologiques* », ou de contraception : « *voir si on prend bien les moyens de contraception* », « *contrôler le stérilet* ». D'autres y voient l'occasion d'aborder la sexualité ou d'améliorer la connaissance de leur corps : P1 « *Ca fait partie de la vie. Pour se connaître soi-même...* »

Ce suivi est réalisé à diverses occasions. Il est souvent lié à la contraception : P2 « *Je l'ai fait du temps où je prenais une contraception.* » Le souhait de grossesse peut entraîner un suivi plus rapproché : P11 « *J'ai eu un suivi plus précis quand j'ai voulu avoir des enfants.* » Certaines ne l'envisagent qu'au moment des grossesses : P8 « *j'ai été voir mon gynécologue que quand j'étais enceinte...* » Parfois, c'est un symptôme ou une inquiétude qui conduiront à la réalisation de l'examen : P8 « *j'avais énormément mal en bas du ventre, c'est tout, sinon c'est vrai je pense pas forcément...* » ; P5 « *j'y allais quand j'allais prendre peur quelque part* ». D'autres apprécient cependant une consultation dédiée au suivi systématique : P10 « *Elle fait toujours en sorte Mme X (MG), qu'il y ait une consultation pour ça, si jamais il y a des problèmes, qu'on puisse discuter à ce moment-là.* »

Connaissances et représentations sur le FCU

La plupart des femmes interviewées ignorent le rôle du FCU : P1 « *Je dis que c'est bien de le faire pour voir si tout va bien, mais après au niveau médical, je sais pas vraiment ce que ça peut déceler* ». La recherche d'un cancer génital est souvent avancée, le site étant mal différencié : col, utérus, ovaires. L'idée de recherche d'infection est omniprésente : « MST, germes, bactéries, mycose, microbes, virus ».

Elles s'accordent pour dire que toutes les femmes devraient se sentir concernées par les FCU. Plus qu'un âge précis, elles perçoivent un moment clé de la vie féminine comme déclencheur du suivi : premiers rapports sexuels, premier enfant, début de la contraception ou des cycles menstruels : P13 « *Au début, quand on prend la première contraception, donc après ça dépend à quel âge* » ; P1 « *Les règles quand même, parce que du moment qu'on rentre dans un cycle de femme, on a besoin peut-être d'être suivie au niveau gynécologique.* »

Divers facteurs de risque sont évoqués : l'âge (être plus jeune ou plus âgée), les antécédents familiaux, les femmes à « partenaires multiples » ou la fréquence des rapports sexuels : P12 « *S'il y a peut-être plus de rapports il faut peut-être mieux se faire plus surveiller...* »

Le suivi des femmes vaccinées contre le papillomavirus pose question : P1 « *Les filles qui sont vaccinées, elles auront pas besoin de faire le frottis ?* »

Une partie des femmes envisage les FCU « à vie ». Beaucoup s'interrogent : P2 « *Est-ce qu'à 80 ans on doit encore faire des frottis, j'en sais rien.* » ; P1 « *Le frottis en fait, on peut avoir des cellules cancéreuses à n'importe quel âge ? Même si on n'a pas de facteurs de risque ?* »

Ne plus avoir de rapports sexuels est énoncé comme pouvant mettre fin au suivi. La ménopause également, soit parce qu'elle met fin aux « perturbations » liées au cycle ovarien : P11 « *je lie ça au cycle, parce que je pensais qu'après la ménopause, les maladies étaient moins là.* », soit parce que d'autres examens viennent selon elles se substituer au FCU : P13 « *Peut-être jusqu'à la ménopause [...] parce que... il y a plus de tests après, autres.* »

Critères de choix de la spécialité du médecin

Les critères les plus souvent cités pour le choix d'un gynécologue sont sa compétence et sa spécialisation : avec les notions de « savoir-faire », « pratique ». P3 « *Quand je me suis fait poser mon stérilet par un gynécologue, j'ai trouvé qu'ils étaient mieux... je pense, que c'était mieux leur travail que les généralistes.* » Ces qualités sont garantes pour elles de la maîtrise de l'examen gynécologique : P11 « *Je pense qu'il a étudié, et qu'il est plus à même de faire ça régulièrement, tous les jours. Déjà, l'examen est moins douloureux avec la pratique, [...] au toucher il doit être plus sensible à ce qui se passe.* »

Cette spécialisation semble placer le gynécologue comme un interlocuteur privilégié pour parler de sujets délicats comme la procréation ou la sexualité : P9 « *D'accord, un généraliste est certainement capable de faire un frottis, mais c'est bien d'autres choses un spécialiste. C'est vraiment un domaine, pour moi oui, un gynécologue, on peut lui parler, c'est l'occasion aussi de... une jeune peut lui parler de sexualité, de sa sexualité comme elle en parlerait pas avec papa et maman.* »

Il peut exister un attachement singulier, presque affectif avec le gynécologue, souvent lié à un passé marqué de moments difficiles : P8 « *Il y a tellement eu des choses fortes avec mon gyné. [...], mes grossesses se sont toujours assez mal passées, donc j'ai énormément confiance en mon gyné.* »

D'autres femmes, après avoir rencontré un gynécologue pour être « plus rassurée », estiment finalement le MG assez compétent pour faire ce suivi : P5 « *Je me suis aperçue que... c'était pas plus... détaillé. Donc je suis retournée chez mon médecin.* »

Pour certaines, le gynécologue permet de « séparer » le suivi gynécologique du suivi médical général : P9 « *Moi je mélange pas les deux [...] je vais chez mon gynécologue, j'ai pas besoin que mon médecin en plus me tâte les seins, c'est pas la peine.* » Elles pensent trop connaître leur MG, qu'il n'est plus assez neutre pour ce suivi : P3 « *Le généraliste donc, on le connaît mieux, on est mieux mal à l'aise.* » ; P6 « *Avec mon médecin généraliste, il y aurait plus de gêne quand même, je le connais depuis petite, il voit mes enfants...* »

A l'inverse, d'autres femmes apprécient ce sentiment de familiarité avec leur MG. Elles le trouvent plus accessible et se sentent « à l'aise » pour aborder ce suivi délicat : P13 « *L'avantage c'est que je connais bien Mme X (MG) donc y a pas d'appréhension du tout.* » ; P12 « *Puis elle vous parle bien comme il faut parler aux gens, c'est vrai, moi je suis pas trop calée alors... .* »

Elles apprécient que ce suivi soit intégré à leur suivi médical général. La notion de « médecin de famille » qui connaît bien les antécédents personnels et familiaux les sécurise : « *il a tout le dossier* » ; P14 « *Le médecin traitant, c'est beaucoup mieux. Parce que c'est quand même délicat le suivi*

gynécologique, moi je pense qu'il faut quand même être connue par le médecin [...] Par rapport aussi aux antécédents familiaux, je veux dire [...]. Moi Mme X (MG) elle suit ma mère, ma soeur... »

Enfin, certaines femmes se dirigent vers un gynécologue à défaut de proposition par leur MG, ou parce qu'elles ignorent qu'il peut faire ce suivi : P5 « *Ben parce que le médecin m'a jamais proposé de le faire ! [...] Si le Dr Y (MG) me disait : "Allez, aujourd'hui, on fait le frottis", je dirais : "Allons-y !" Tant mieux, ce serait fait* » ; P11 « *D'eux mêmes, ils ne m'ont jamais proposé : « vous en êtes où avec vos frottis ? » Jamais. [...] Avant ce questionnaire je me disais que le généraliste faisait pas ça.* » Elles se trouvent dans la position de devoir questionner elles-mêmes, et n'osent pas toujours : P4 « *Moi, je le demande au Dr Y (MG). Parce que lui, il est assez... il demande pas trop d'examens.* » ; P5 « *Je sais pas s'il les fait systématiquement, peut-être si je lui demandais, il le ferait...* »

Concernant le MG, la commodité et la proximité sont des arguments récurrents, que le milieu soit rural ou urbain : P1 « *Je trouve que c'est pratique, en allant chercher sa pilule, de faire son examen. Ca évite un rendez-vous à S..., faire garder les enfants... c'est une organisation !* »

Elles apprécient qu'en les voyant à diverses occasions, il puisse régulièrement les « rappeler à l'ordre » concernant leur suivi gynécologique.

Une urgence gynécologique peut être une raison de consulter le MG avant le gynécologue, ainsi que le coût moindre de la consultation.

Genre du médecin choisi

Certaines femmes choisissent d'être suivie par une femme : P9 « *Quand on est jeune fille, [...] devant un bel homme on peut être plus gênée. Devant une femme, on est entre femmes.* »

D'autres préfèrent un homme : P11 « *Je préfère avoir un homme en face qu'une femme gynécologue. [...] Parce que c'est plus... naturel pour moi... que ce soient des mains d'hommes qui me touchent à ce niveau-là que des mains de femmes.* »

Parfois, elles supposent une gêne venant du médecin : P1 « *Le Dr Z, je sais pas, peut-être qu'il est embêté si c'est une femme. [...] Après, moi je comprends peut-être, si c'est un médecin homme, si c'est un peu dérangement.* »

Difficultés liées au médecin

Certaines femmes sont réticentes à consulter un médecin de façon générale : P12 « *Moi je suis pas bien docteur hein. Ah oui, moi faut me pousser !* »

L'inaccessibilité des gynécologues du fait de l'éloignement ou du délai des rendez-vous est souvent mise en avant : P8 « *Quand il s'agit de prendre des rendez-vous à long terme comme ça, je préfère laisser tomber que..., après il faut que je demande au travail, poser un jour de repos...* »

D'autres femmes trouvent qu'il ne leur accorde pas assez de temps : P14 « *Il y a pas mal d'attente je trouve, et puis elle prend moins le temps, [...] c'est plus carré !* »

Un manque de délicatesse du praticien, dans la conduite de l'examen gynécologique ou dans des paroles teintées d'un quelconque jugement, peut être déterminant pour la suite. Une femme parle d'un risque de « blocage » : P2 « *Si tu as un premier examen assez traumatisant, t'as pas tendance peut-être à y revenir trop souvent.* » ; P9 « *C'est lui qui m'a trouvé le papillomavirus, il m'a dit quelques bêtises d'ailleurs... Il m'avait dit à l'époque : « Ou la la, ben vous devriez vous inquiéter de votre mari ! » Je venais de me marier quand même, j'avais 35 ans, et c'était pas très malin de me dire ça !* »

Obstacles et appréhensions pour le dépistage par FCU

Certaines femmes n'envisagent pas de consulter en l'absence de symptôme, de « problème » : « *Je vais bien, pourquoi j'irais ?* » ; P12 « *J'attends toujours d'avoir quelque chose pour y aller !* » Les raisons avancées sont contrastées selon les générations. Les plus âgées évoquent une habitude éducationnelle : P5 « *D'abord avant on n'allait jamais chez le médecin sauf si on était mourant, donc ça, n'en parlons pas.* » Les plus jeunes sont considérées insouciantes : P9 « *Il y en a c'est pas leur souci : "Je suis jeune, rien ne peut arriver" »*

La carence d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus est souvent rapportée, qualifiée de « dramatique » en comparaison à des thèmes plus médiatisés tels que « le SIDA », « le préservatif », ou le « cancer du sein » : P7 « *Les frottis, on n'est pas assez informées. Pour les mammos, il y en a beaucoup plus alors pourquoi pas les frottis ?* »

Une partie des femmes exprime son appréhension pour le FCU : « *on peut pas dire que ce soit agréable* », « *on n'y va pas par plaisir* » ; P2 « *C'est vrai qu'on est toujours un peu angoissée quand on y*

va. » Si la douleur est parfois évoquée, ce sont surtout la gêne et la pudeur qui semblent en être responsables. Gêne d'une part pour aborder le sujet avec le médecin : P11 « *Demander à un gynécologue qu'il vous fasse un frottis, ça me paraît être un peu... oui, c'est très gênant. Je suis très pudique !* » ; P2 « *Si c'est le médecin qui me le proposait, je disais oui, mais en même temps, s'il ne me l'avait pas proposé, je faisais filer un an de plus...* »

Gêne d'autre part pour l'examen clinique, suscitée par la nudité (« se déshabiller »), le vieillissement du corps, « la position » et l'idée d'intrusion : P1 citant une amie enceinte : « *Elle m'a dit : "J'ai l'impression que je suis une autoroute en ce moment. Tout le monde rentre dans mon corps !"* » ; P7 « *Je suis quand même pas non plus à l'aise, parce qu'il y a le corps hein : le corps se dégrade [...] Je prends l'exemple de ma maman qui n'y allait plus parce qu'elle avait honte.* »

Pour d'autres, l'appréhension résulte de la peur d'un mauvais résultat, les faisant parfois reculer : P7 « *J'ai discuté avec des gens et : "Oh la la, si on me découvre quelque chose, je préfère pas savoir !"* » Cette attitude est parfois inhérente à des antécédents dans l'entourage : P4 « *C'est la peur, parce qu'elle a eu plusieurs copines qui ont eu le cancer du sein.* » Mais cela peut aussi les sensibiliser au problème : P2 « *Après ça fait réfléchir. On sait, mais quand on le voit de près comme ça...* »

Enfin, pour beaucoup de femmes, les difficultés viennent des « contraintes » du dépistage et de la négligence, comme le suggèrent les mots « oubli », « laxiste », « fainéantise ». P14 « *Il y en a qui sont dans l'impression qu'elles ont pas le temps, qu'elles ont plein de choses à faire, et que ça ça passe en dernier.* »

Améliorations évoquées

La demande d'information est majoritaire, et quelques propositions sont faites : « faire de la pub », des « réunions d'information », « en parler à l'école », utiliser des affiches : P11 « *On voit souvent des affiches chez le médecin [...]. Donc une simple affiche comme ça, peut-être que déjà, pourrait réveiller celles qui ont oublié.* »

Par cette information, rappeler le rôle des FCU : P8 « *être plus informées, parce que même moi à mon âge, je sais même pas exactement pourquoi il faut le faire.* » Faire savoir que les MG peuvent les faire : P11 « *Pour les femmes qui n'ont aucune peine, je pense que ce serait bien de savoir qu'elles peuvent aller chez un médecin (MG).* » Et rassurer : « *dire que c'est pas douloureux* », « *que c'est pas un truc insurmontable* »

Ces messages permettraient selon les répondantes une meilleure communication « entre femmes » sur ce sujet jugé « tabou » du fait des valeurs qui lui sont parfois associées : P9 « *Le frottis, le*

papillomavirus, ça a souvent une connotation rapports sexuels, alors on le dit pas trop. [...] c'est vrai que c'est peut-être un sujet tabou. » ; P14 « de pouvoir en parler librement, qu'il y ait moins de retenue, ça serait bien. »

En parler entre mères et filles semble aussi primordial : P2 *« Je sais que ma fille, quand elle sera adulte, je la ferai suivre, je la pousserai à le faire. » ; P14 « C'est peut-être nos médecins qui nous apprennent ça mais, nos parents ils ont quand même un petit devoir derrière de le rappeler quoi. Notre mère je pense. »*

Les incitations proposées pour favoriser la participation au dépistage sont différentes selon l'âge des femmes. Les plus âgées font allusion à un dépistage organisé, comparant avec ceux du cancer du sein ou colo-rectal : *« envoyer systématiquement un test de dépistage tous les trois ans », « faire des rappels »*. P3 parlant de la mammographie : *« Je l'ai fait régulièrement grâce à l'association Vivre, parce qu'ils me renvoient, euh... à force de me harceler si je puis dire, j'ai fini par dire... il faut que je le fasse. Ces associations sont très utiles. »*

Pour les plus jeunes, l'« obligation », le fait d'être très encadrée par le praticien semblent plus stimulant : P13 *« le système... rien que pour les renouvellements de pilule : ben pas la renouveler tout de suite et être obligée de le faire (le FCU), je pense que ça aide beaucoup » ; P6 « Si je n'étais pas obligée d'y aller pour la pilule tous les ans, je ne ferais pas d'examen gynéco... »*

Beaucoup de femmes ont mentionné l'importance du rôle qu'elles accordent au MG pour aborder le sujet systématiquement et guider ses patientes : P2 *« Les médecins généralistes devraient beaucoup plus suivre le dossier gynéco chez les femmes. Voilà, leur poser des questions, et... éventuellement leur donner des noms s'ils le font pas eux-même » ; P3 « En parler quand on y va, même par exemple pour une simple grippe. Le proposer, ça... C'est plus facile quand c'est le docteur qui le propose... »*

Par ailleurs, une partie des femmes a jugé tardif l'âge préconisé par les recommandations pour commencer les FCU, le trouvant discordant avec celui des premiers rapports sexuels : P10 *« Et pourquoi 25 ans ? Parce que maintenant les jeunes elles ont des rapports bon 15,14... »* Commencer plus tôt permettrait aussi selon elles d'« habituer » les jeunes filles, *« qu'elles prennent le rythme tous les 3 ans »*.

DISCUSSION

Notre mode de recrutement parmi des patientèles de MG ne nous a pas permis d'interviewer des femmes éloignées du système médical et du dépistage en général. Toutefois parmi les femmes interviewées, la fréquence de réalisation des FCU n'était pas toujours celle recommandée.

La position du chercheur, présenté comme soignant, n'était pas neutre et cela a pu influencer le discours des femmes. Cependant, elles ont évoqué facilement les attitudes et points de vue de leur entourage féminin, ce qui leur permettait peut-être d'exprimer plus facilement certaines idées.

Malgré ces limites, plusieurs éléments concernant le FCU sont ressortis des entretiens :

- Les femmes ont estimé dans l'ensemble être mal informées sur le FCU : ses modalités de réalisation, les maladies qu'il dépiste et les professionnels pouvant le réaliser.
- Les principaux obstacles cités ont été : une gêne liée à une image taboue, la difficulté d'accès à certains professionnels de santé et la négligence. Un ressenti de familiarité avec le médecin a aussi été évoqué comme difficulté.
- Il est souhaité une sollicitation régulière, que ce soit par les médias, par un dépistage organisé, ou individuellement par les MG.

Besoin d'information

L'objectif des FCU n'était pas clairement connu par beaucoup des femmes interrogées, quel que soit leur niveau d'études ou leurs habitudes de recours à cet examen. Dans une étude menée par enquête téléphonique en 1998, les femmes plus jeunes (25 à 29 ans) avaient moins de connaissances et plus de 2/3 d'entre elles semblaient ne pas considérer le FCU comme un examen de dépistage. Leur niveau de connaissance influait sur leur comportement (10). Il semble que l'absence de perception de l'intérêt préventif d'un examen conduise à une absence de consultation en absence de symptôme, notamment pour les populations plus jeunes (9).

Dans notre étude, les femmes ont évoqué des facteurs de risques de cancer du col de l'utérus qui peuvent paraître pertinents comme la multiplicité des partenaires, mais on peut se demander si certaines ne se servent pas de ces arguments pour se dédouaner du suivi. Dans une étude hollandaise en

médecine générale, les femmes qui ne participaient pas au dépistage étaient persuadées qu'elles avaient moins de risque de cancer du col, notion aussi retrouvée dans un travail sur le dépistage du cancer du sein (5,15).

Beaucoup de femmes ont jugé tardif l'âge préconisé de début des FCU par rapport à l'âge des premiers rapports sexuels (âge médian de 17,6 ans pour les femmes en France selon l'INED). Cependant, la recommandation de pratiquer le premier FCU à 25 ans (ou au plus tard 8 ans après le premier rapport) a été confirmée par les études les plus récentes qui montrent que plus tôt, les cancers invasifs du col de l'utérus sont très rares alors que les modifications des cellules sont fréquentes. Selon les NHS (services nationaux de santé britanniques) : « Les lésions potentiellement évolutives sont encore dépistables à 25 ans, et celles qui sont destinées à guérir spontanément ne seront plus source d'angoisse. Les femmes les plus jeunes n'ont ainsi pas besoin de subir des investigations et des traitements inutiles. » (16)

Plusieurs femmes de notre échantillon ont apprécié des consultations dédiées au FCU et intégrées au suivi de leur contraception, afin d'avoir le temps si besoin d'aborder des sujets liés à la gynécologie, quelle que soit la spécialité du médecin consulté. Cette représentation explique peut être pourquoi certaines femmes ménopausées se sentaient moins concernées.

Acteurs de la prévention

Dans la thèse de Mme Ora réalisée en milieu urbain, seules 34% des femmes se disaient questionnées par leur MG sur leur suivi gynécologique et 84% le jugeaient non équipé pour le faire. Par contre, le fait que le MG aborde le sujet confortait leur opinion sur sa compétence en gynécologie (17). Dans notre travail, les femmes ont insisté sur le rôle primordial qu'elles reconnaissent au médecin traitant pour les inciter au dépistage. Il en est de même dans une enquête auprès de la population féminine liégeoise dans laquelle l'invitation d'un médecin était considérée par plus de la moitié comme l'incitant optimal pour une femme n'ayant jamais fait de FCU (18). Or, parmi nos répondantes, certaines femmes ignoraient qu'un MG pouvait pratiquer cet examen. Parallèlement, il convient de noter que la qualité des FCU faits par les MG apparaît très satisfaisante (19).

Plusieurs études montrent que les femmes à convaincre pour ce dépistage sont celles qui n'ont pas de demande et ne rencontrent pas de gynécologue. Ces femmes peuvent par contre être amenées à

rencontrer des MG pour diverses raisons. Ceux-ci, par leur proximité et leur accessibilité comme l'ont souligné les femmes de notre échantillon, semblent être bien placés pour saisir ces occasions pour parler de FCU. Dans de nombreux pays européens, les MG sont d'ailleurs les principaux acteurs du dépistage du cancer du col utérin.

Malgré tout, le MG est considéré par certaines femmes interviewées comme trop familier pour pouvoir assurer ce suivi, indépendamment de sa compétence. Compte tenu de la carence en gynécologues médicaux en France, il conviendrait peut-être que ces femmes puissent recourir à d'autres professionnels. L'autorisation donnée aux sages-femmes de pratiquer depuis juillet 2009 le suivi gynécologique de prévention chez les femmes va dans ce sens. Les femmes pourraient également se tourner vers les centres de Plannings Familiaux ou de PMI, même si actuellement leur part dans la réalisation des FCU reste marginale.

Quant au genre du médecin, il n'est pas ressorti comme un obstacle majeur dans nos entretiens alors que plusieurs études, dont le Baromètre Santé médecins généralistes de l'INPES montrent que les MG pratiquant des FCU sont plus souvent des femmes (20,21).

Dépistage organisé plébiscité

Dans notre étude, les femmes notamment les plus âgées étaient demandeuses d'un dépistage organisé pour le cancer du col de l'utérus, à l'instar des cancers du sein et colo-rectal. Celles qui étaient le plus en retard pour le FCU étaient ménopausées (facteur de risque de non-suivi) mais avaient un niveau d'études universitaire, ce qui ne correspond pas à la caractéristique habituelle de bas niveau socio-économique d'un défaut de dépistage (8). Les raisons invoquées étaient l'oubli et la négligence, retrouvés aussi majoritairement dans l'Enquête baromètre cancer 2005 (9). Il semble que les invitations systématiques permettraient de minimiser cet obstacle.

D'autre part, le FCU est actuellement pris en charge à 70% par la Sécurité Sociale dans le cadre du dépistage individuel. Une évaluation a montré que la réallocation des ressources financières déjà utilisées pour ce type de dépistage en France suffirait en théorie à couvrir toute la population cible, par une meilleure répartition des FCU en fréquence et en population (7).

Jusqu'à ce jour, seuls 4 départements pilotes avaient choisi d'organiser ce dépistage. L'évaluation épidémiologique a montré que malgré une participation assez faible, la couverture y est plus élevée

qu'au niveau national (22). Avec le lancement de la première campagne nationale de mobilisation contre le cancer du col utérin le 10 juin 2010, se sont mises en place 6 nouvelles structures de gestion du dépistage organisé sous l'égide de la Direction Générale de la Santé. La Haute-Loire (terrain de notre étude) en fait partie et devrait lancer ses invitations sous peu. La stratégie choisie, présentant le meilleur rapport coût/efficacité dans un contexte de forte prévalence du dépistage individuel, est l'invitation/relance des femmes n'ayant pas eu de FCU depuis 3 ans (1).

Perspectives

L'augmentation de la participation au dépistage sur l'ensemble du territoire national ne pourra s'effectuer que par l'action conjointe de l'amélioration de l'accès au FCU et l'incitation de la population au dépistage.

Au vu de notre étude, il semble qu'il y ait pour cela plusieurs obstacles à franchir :

- Vaincre l'aspect tabou de cet examen lié aux représentations qui lui sont associées : sexualité, IST, cancer, mais aussi le regard du médecin sur le corps et l'intimité qui renvoie parfois la femme à une image vécue comme déplaisante, ou honteuse, ce que souligne Mme Bancon dans sa thèse (23).
- Lutter contre l'oubli par l'information grâce au dépistage organisé et par une meilleure implication des MG dans l'incitation à réaliser ou faire réaliser le FCU.
- Améliorer l'accessibilité aux FCU en élargissant l'offre de soins par la diversification des professionnels pouvant le pratiquer et prévoir des consultations dédiées au suivi gynécologique.
- Permettre un dépistage gratuit qui favoriserait la participation des populations socialement défavorisées (7,9), même si les femmes de notre étude ont très peu abordé le côté financier du dépistage probablement parce qu'elles avaient une couverture sociale complémentaire.

CONCLUSIONS

Appréhender la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et en particulier le frottis cervico-utérin était l'objet de notre étude. Elle nous a permis de mieux cerner les difficultés rencontrées et les déterminants qui guident le choix des intéressées.

Les femmes interrogées s'estimaient dans l'ensemble mal informées sur le frottis-cervico-utérin et rencontraient différents obstacles, plutôt d'ordre pratique : contraintes, oubli, manque d'accessibilité des médecins, mais aussi une gêne liée à l'examen, aux valeurs taboues qui lui sont associées et à une certaine familiarité ressentie avec leur médecin traitant.

Une meilleure implication des médecins généralistes permettrait certainement d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, comme l'ont évoqué les femmes de notre étude, puisque quel que soit le praticien choisi pour réaliser cet acte de prévention, elles conféraient à leur généraliste le rôle de guide dans ce domaine.

En dehors des incitations individuelles par le médecin généraliste, les femmes interrogées ont plébiscité la mise en place d'invitations régulières par courrier dans le cadre d'un dépistage organisé, comme le recommande le Conseil de l'Union Européenne.

Notre enquête mettant en lumière le rôle que devraient jouer les généralistes dans le suivi gynécologique et le dépistage d'après certaines femmes, nous attendons avec intérêt les résultats d'un travail en cours réalisé auprès de médecins généralistes et qui nous permettra de mieux comprendre leur implication dans ce suivi.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Collection synthèses et rapports 2007
- 2- Renaud R. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin. *J. Gynecol. Obstet. Reprod* 1990 ; 19 : 7-16
- 3- ANAES. Evaluation de l'intérêt de la recherche des HPV dans le dépistage des lésion précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Mai 2004 www.HAS-sante.fr
- 4- Rousseau A, Boyet P, Merlière J, Treppoz H, Heules-Bernin B, Ancelle-Park R. Évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. *Bull Epidemio Hebd* 2002 ; 19 : 81-83
- 5- Tacken M, Braspenning J, Hermens R, Spreuwenberg P, van den Hoogen M, de Bakker D, et al. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J of Public Health* 2007 ; 17 : 178-85
- 6- Bergeron C, Cohet C, Bouée S, Lorans C, Rémy V. Coût de la prise en charge des frottis anormaux et des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus en France. *Bull Epidemio Hebd* 2007 ; 1 : 4-6
- 7- Grillot F, Cadot E, Parizot I, Chauvin P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2008 ; 56 (6S) : 357
- 8- Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. Institut national de la statistique et des études économiques, ed. Données sociales , *La société française*. Paris : INSEE, 2006 ; p. 561-75
- 9- Duport N, Gautier A, Guilbert P. Enquête Baromètre cancer 2005 : quelles femmes font actuellement un dépistage du cancer du col de l'utérus ? InVS, Saint-Maurice. 2005
- 10- Blanc D, Sartori V, Hedelin G, Schaffer P. Influence des connaissances relatives au cancer sur les comportements de prévention dans la population du Bas-Rhin. *Bull Cancer* 1998 ; 85 : 569-77
- 11- Lustman M, Vega A, Le Noc Y, Vallée JP. Cancer du col de l'utérus. Regards croisés sur le dépistage. Première partie : quels sont les problèmes ? *Médecine* 2009 ; 5 (3) : 137-41
- 12- Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ Psychosomatique* 2002/3 ; 27 : 81-92
- 13- Vallée JP, Gallois P. Dépistage du cancer du col : affaire de généralistes ? *Médecine* 2007 ; 3 (5) 221-3
- 14- David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut d'études, de marchés et d'opinions BVA, novembre 2008
- 15- Pélissier-Fall A. Dépistage organisé du cancer du sein : participer ou non ? *Médecine* 2007 ; 3 (4)
- 16- Winckler M. Avant l'âge de 25 ans, un frottis de dépistage du cancer du col est le plus souvent

inutile et la recherche de HPV également !!! Article du 16/03/2008 visible sur le site :

http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=795

17- Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivation des femmes pour leur prise en charge gynécologique de première intention. Thèse Med Paris Créteil, 2007

18- Escoyez B, Mairiaux P. Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : attitudes et comportements de la population féminine liégeoise. *Rev Med Liege* 2003 ; 58 (5) : 319-26

19- Flori M, Le Goaziou MF, Figon S. Evaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus pratiqués par les médecins généralistes. *Exercer* 2005 ; 73 : 44-47

20- INPES. Baromètre santé Médecins généralistes 1998-1999 :

<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/00/dp000119.pdf>

21- Mignotte H, Perol D, Fontanière BF, Nachury LP, Blanc-Jouvand A et al. Le dépistage de masse du cancer du col utérin peut-il atteindre une population à risque ? Résultats d'un programme pilote de dépistage de masse du cancer du col utérin dans trois communes de l'agglomération lyonnaise. *Bull cancer* 1999 ; 86 (6) : 573-9

22- Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Evaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes ». InVS, 12 juin 2007: 32 p

23- Bancon S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. Thèse Med Lyon 1, 2008

24- Gauthier B. Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données. Presse de l'Université de Québec. Québec, 2000

Annexe 1

	Age	Situation	Nb enfants	Profession /Niveau d'études	Lieu de vie	Contraception ou THM	Praticien suivi gynéco	Généraliste		Gynéco		Dernier frottis	Durée entretien	Date entretien
								Distance	Sexe	Distance	Sexe			
P1	39	En couple	2	Restauratrice /CAP	Rural	Pilule	MG	3 km	H	47 km	H	2009	20:52	18/03/10
P2	56	Mariée	5	Psychologue /Bac+4	Semi-rural	THM	Gynéco, veut changer pr MG	3 km	F	12 km	H	2003	19:33	28/03/10
P3	42	En couple	2	Chômage /CAP	Rural	Stérilet	Gynéco	6 km	H	30 km	H	2009	21:21	16/04/10
P4	60	Mariée	3	Retraitée poste /Bac	Semi-rural	0	MG	2 km	H	9 km	F	2008	19:20	05/05/10
P5	63	Mariée	2	Femme au foyer /Bac+2	Semi-rural	0	Gynéco	1 km	H	8 km	H	2005	18:50	06/05/10
P6	27	Mariée	2	Comptable /Bac+2	Rural	Pilule	Gynéco	13 km	H	20 km	H	2010	15:33	07/05/10
P7	64	Mariée	2	Retraitée secrétaire /Bac	Semi-rural	0	Gynéco	1 km	H	8 km	H	2009	19:44	10/05/10
P8	44	Mariée	3	Caissière /CAP	Semi-rural	0	Gynéco	2 km	H	8 km	H	2009, précédent 2001	15:49	19/05/10
P9	50	Mariée	1	Femme au foyer /Bac+2	Semi-rural	0	Gynéco	2 km	H	9 km	H	2010	27:28	24/05/10
P10	40	Mariée	4	Employée mairie /CAP	Urbain	Stérilet	MG	800 m	F	X	X	2010	19:46	03/06/10
P11	39	Mariée	2	Congé parental-Pasteur /Bac+4	Urbain	0	Gynéco	2 km	F	X	H	2009	25:36	03/06/10
P12	59	Veuve	1	Cantine municipale/CAP	Urbain	0	MG	200 m	F	X	X	2010, précédent 2004	26:17	11/06/10
P13	28	En couple	2	Caissière /BEP	Urbain	Pilule	MG	400 m	F	4 km	H	2008	15:20	14/06/10
P14	22	Célibataire	0	Secrétaire med / Bac+2	Urbain	Pilule	MG	600 m	F	4 km	F	2009	25:28	18/06/10

Moy. 45,21

20:47

Annexe 2 : Guide d'entretien

Je m'appelle Ariane Gambiez. Je vous remercie d'accepter de participer à cette étude pour la réalisation de ma thèse de Docteur en médecine.

Mon objectif est de mieux comprendre le vécu et les difficultés éventuelles que rencontrent les femmes concernant leur suivi gynécologique systématique, en dehors de la grossesse ou d'une maladie.

L'entretien va durer environ 30 minutes, et si vous êtes d'accord, il sera enregistré.

Dans tous les cas, ces entretiens restent anonymes, et je suis tenue au secret professionnel. Vous pouvez donc vous sentir complètement libre. D'autre part, je pourrai vous transmettre les résultats de cette étude si vous le désirez.

Tout d'abord, pouvez-vous me donner quelques renseignements :

- votre âge :
- votre situation (mariée, en couple, veuve, divorcée, célibataire) :
- enfants et leur âge :
- votre profession :
- votre niveau d'études :
- votre lieu de résidence (rurale ou urbaine) :
- Utilisez vous une contraception ?

1/ Selon vous, en quoi consiste le suivi gynécologique systématique ou habituel ?

2/ Ecrivez-vous des difficultés ou des appréhensions avec ce suivi ?

3/ Plus précisément sur le frottis :

Savez-vous à quoi sert le frottis du col de l'utérus ?

En avez-vous déjà eu un ou plusieurs ? Depuis quel âge ?

A quelle(s) occasion(s) en bénéficiez-vous ?

Qu'est-ce qui vous fait penser à le faire ?

Avez-vous des appréhensions sur cet examen en particulier ?

D'après vous, qui sont les femmes concernées ?

D'après vous, quelle est la fréquence recommandée pour la réalisation des frottis ?

4/ Qui réalise votre suivi gynécologique systématique, notamment les frottis ?

Quelles sont les raisons de ce choix ?

Avez-vous toujours été suivie par ce médecin (pour le suivi gynécologique systématique) ?

Si vous avez changé de médecin pour ce suivi : depuis quand ? Pour quelles raisons ?

Votre médecin généraliste vous a t-il proposé de faire ce suivi ? Si non, vous en a t-il parlé ?

Savez-vous s'il le pratique lui-même ?

Si votre suivi est partagé entre généraliste et gynécologue, qui fait quoi ?

Quelques précisions :

- Votre médecin généraliste : - distance par rapport à chez vous :
 - sexe :
 - depuis quand vous suit-il :
- Votre gynécologue (s'il y a) : - distance par rapport à chez vous :
 - obstétricien ou non :
 - sexe :
 - depuis quand vous suit-il :

5/ En France, il est recommandé de faire réaliser un frottis de dépistage tous les 3 ans pour les femmes de 25 ans à 65 ans.

Pensez-vous que ce soit réalisable ? Si non, pourquoi ?

Les enquêtes sur les frottis montrent que plus d'1/3 des femmes ne sont pas suffisamment suivies. Pourquoi à votre avis ?

Qu'est-ce qui pourrait favoriser votre participation, ou celle des femmes en général ?

Merci du temps que vous avez bien voulu m'accorder.

Annexe 3 : Transcription des entretiens

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : GAMBIEZ-JOUMARD Ariane

N° DE THESE : 2010-

TITRE DE LA THESE :

APPROCHE DE LA VISION DES FEMMES SUR LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE SYSTÉMATIQUE ET LES DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES POUR LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN

RESUME :

Contexte : Le suivi gynécologique systématique des femmes représente un enjeu de santé publique puisqu'il inclut le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce aux frottis cervico-utérins. En France, plusieurs facteurs concourent à une couverture insuffisante de la population pour cet examen : l'insuffisance d'offre de soins, mais aussi des facteurs individuels influant sur le comportement des femmes.

Objectif : Explorer les difficultés ressenties par les femmes pour ce suivi gynécologique et les déterminants qui guident leurs choix dans ce domaine.

Méthode : Enquête qualitative par analyse d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 14 femmes recrutées dans des patientèles de médecine générale.

Résultats : Les femmes interrogées semblaient mal connaître le rôle et les modalités du frottis cervico-utérin et s'estimaient mal informées à ce sujet. Certaines ignoraient qu'un généraliste pouvait réaliser cet examen. Les difficultés les plus souvent citées au regard des recommandations actuelles ont été la négligence, la difficulté d'accès aux gynécologues, la gêne liée à un aspect tabou de l'examen ou à la perception d'une relation trop familière avec leur généraliste. Le genre du médecin ne semblait pas systématiquement déterminant. L'incitation par leur généraliste et par des campagnes organisées étaient désignées comme les meilleurs stimulants pour participer à ce suivi, plutôt sous forme de consultations qui lui seraient dédiées.

Conclusion : Cette enquête semble montrer que les femmes seraient plutôt favorables à plus d'informations et plus d'implication de la part de leur généraliste dans leur suivi gynécologique, en tant que superviseur ou acteur, dans le cadre de campagnes organisées les incitant au suivi.

MOTS CLES : Frottis cervico-utérin - Suivi gynécologique - Enquête qualitative - Médecine générale

JURY :

Président : Pr Franck CHAUVIN

Faculté de Saint-Etienne

Assesseurs : Pr Pascal CATHEBRAS

Faculté de Saint-Etienne

Pr Christophe BOIS

Faculté de Saint-Etienne

Dr Josette VALLEE

Faculté de Saint-Etienne

DATE DE SOUTENANCE : 20 septembre 2010

ADRESSE DE L'AUTEUR : 2 allée des Ablets 43330 PONT SALOMON