

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2016

N° 096

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Aurore SCHMITT

née le 11/07/1985 à SCHILTIGHEIM

---

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2016

---

**FREINS AU DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS CHEZ  
LES FEMMES DE 50 A 65 ANS :  
ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES  
EN LOIRE-ATLANTIQUE**

---

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directrices de thèse : Docteur Céline BOUTON  
Docteur Maud JOURDAIN

Membre du jury : Docteur Edouard VAUCEL

## REMERCIEMENTS

---

### **A Monsieur le Professeur Norbert Winer.**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour l'attention portée à ce travail.

### **A Monsieur le Dr Edouard Vaucel.**

Vous avez accepté d'être membre de ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité.

### **A Madame le Dr Céline Bouton et Madame le Dr Maud Jourdain.**

Merci d'avoir accepté de diriger ensemble ce travail de thèse. Ces séances de travail à trois m'ont permis de réaliser une thèse dont je suis fière, d'expérimenter une méthode de recherche qualitative pour laquelle j'étais novice, en corrigeant mes erreurs de débutante. Merci pour tout le temps que vous y avez passé, pour vos conseils judicieux et pour vos encouragements.

Aux médecins qui m'ont formée, accompagnée tout au long de mes études. Une pensée spéciale au Docteur Lionel Goronflot et au Dr Jérôme Libot, votre vision humaine de la médecine et votre implication dans la transmission de votre savoir et de vos compétences ont eu beaucoup de sens pour moi.

A mes parents, ma sœur, mon frère. Parce qu'il fait bon grandir dans une famille unie comme les cinq doigts de la main (que nous sommes). Parce que vous êtes une force qui me poussera toujours vers l'avant.

A mes grands-parents, que j'ai connus ou pas, j'aurais aimé pouvoir vous présenter ce travail.

A Jérémy, valeur ajoutée de notre club des cinq.

A la famille Cuvier qui m'a accueillie les bras ouverts.

Aux amis qui font la vie plus belle.

A Thomas, pour ton amour, ton soutien, à nos projets réalisés ou à venir.

"Réfléchir, c'est déranger ses pensées"

Jean Rostand

# I. TABLE DES MATIERES

---

II.	Introduction.....	1
III.	Méthode.....	4
IV.	Résultats.....	8
	A. Description des patientes interrogées et de leurs attitudes face à la santé et aux dépistages.....	9
	1. Patiente 1 .....	9
	2. Patiente 2 .....	10
	3. Patiente 3 .....	12
	4. Patiente 4 .....	13
	5. Patiente 5 .....	15
	6. Patiente 6 .....	16
	7. Patiente 7 .....	18
	8. Patiente 8 .....	20
	9. Patiente 9 .....	21
	10. Patiente 10.....	23
	11. Patiente 11.....	25
	12. Patiente 12.....	26
	B. Analyse des données .....	28
	1. Les freins mis en évidence .....	29
	a) L'éloignement de la consultation médicale.....	29
	b) Le désinvestissement du suivi gynécologique .....	31
	c) La passivité vis à vis du dépistage du cancer du col.....	35
	de l'utérus.....	35
	d) L'appréhension du dépistage.....	36
	e) Le dépistage du cancer du col de l'utérus : un dépistage secondaire.....	38
	2. Les facteurs favorisant la réalisation du frottis .....	43
	a) La bonne acceptation du frottis .....	43
	b) La routine gynécologique .....	45
V.	Discussion.....	47
	A. Forces et faiblesses de l'étude.....	47
	1. Points forts de l'étude.....	47
	2. Points faibles de l'étude .....	47
	B. Discussion des principaux résultats .....	48
	C. Perspectives.....	52
VI.	Conclusion .....	58
VII.	Bibliographie .....	60
VIII.	Annexe. Guide d'entretien.....	63

## II. INTRODUCTION

---

Le cancer du col de l'utérus est actuellement le dixième cancer chez la femme en France (1), avec 3028 nouveaux cas par an et 1102 décès par an en 2012, selon les chiffres de l'Institut National du Cancer (2).

S'il reste un cancer rare, il est également un cancer dont l'évolution lente permet un dépistage précoce des lésions, avec un intérêt majeur pour la survie, le taux de survie dépendant grandement du stade du cancer au moment du dépistage : le taux de survie à 5 ans est de 84 à 93% si le diagnostic est fait au stade 1 de la classification de FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique), contre seulement 35% au stade 4 qui est le stade le plus avancé (1).

Actuellement en France, le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par réalisation d'un frottis cervico-utérin, sur lame ou en phase liquide. Dans la majorité des départements le dépistage n'est pas organisé comme pour les cancers du sein ou du colon, mais se fait sur un mode opportuniste. Il est recommandé à partir de l'âge de 25 ans, jusqu'à 65 ans, à la fréquence d'un frottis tous les 3 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle (1). La pratique de ce dépistage a fait la preuve de son efficacité en réduisant l'incidence des cancers du col de l'utérus de 22.4 pour 100 000 femmes en 1975 à 10.3 pour 100 000 femmes en 1995 (3), jusqu'à 6.7 pour 100 000 femmes (2) lors des dernières estimations statistiques en 2011, en permettant la découverte précoce de lésions précancéreuses et leur prise en charge avant leur évolution en cancer du col.

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus sur la population cible des femmes de 25 à 65 ans n'est déjà que de 56,7% (pour un objectif selon le Plan Cancer du gouvernement de 80%) mais chute nettement après 50 ans : 52,4% de 50 à 54 ans, 47,3% de 55 à 59 ans et 41,9% de 60 à 64 ans (2). Pourtant cette population de femmes de 50 à 65 ans n'est pas la moins à risque de développer un cancer du col utérin. En effet si le pic d'incidence de ce cancer se situe à 40 ans, l'âge médian au diagnostic est lui à 51 ans. Sur les 3028 nouveaux cas recensés par an, 884 se situent dans la tranche d'âge des 50-64 ans soit 29% des cas, et sur les 1102 décès annuels 31% ont lieu dans cette tranche d'âge (2). Des études montrent d'ailleurs que si le nombre de frottis cervico-utérins porteurs d'atypies

cellulaires ont tendance à diminuer avec l'âge, le nombre de frottis cervico-utérins évocateurs de cancer ont eux tendance à augmenter avec l'âge avec un pic net à 60-65 ans (4).

Les études déjà réalisées concernant les obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population générale retrouvent différents types de freins :

- freins liés à la consultante : méconnaissance du cancer du col de l'utérus, de son histoire naturelle, de son pronostic, des moyens de prévention (1), absence de lien entre la réalisation du frottis cervico-utérin et le dépistage du cancer (5), caractère douloureux, désagréable de l'examen (1), peur du résultat (6), honte du résultat si positif (7), tabou religieux empêchant le suivi gynécologique (7), absence de motivation vis à vis de l'examen (5), par fatalisme (8) ou du fait d'autres préoccupations, notamment maladie chronique ou grave qui « prend le dessus » sur le dépistage (9).
- freins liés au médecin : défaut d'information de la patiente, absence de rappel du rythme de dépistage, sexe masculin du médecin, faible motivation du médecin généraliste vis à vis du geste, absence de rémunération spécifique du médecin généraliste pour la réalisation du frottis, crainte de briser la relation médecin généraliste-patient en proposant un geste intrusif (9).
- freins liés à l'accès aux soins : coût de l'examen, de la consultation chez le spécialiste, difficulté d'accès au gynécologue, délai long de rendez-vous (1).
- freins liés à l'organisation du dépistage : dépistage individuel adapté surtout pour une population bien informée et de bon niveau socio-économique (8).

Au travers de ces études certains freins liés à l'âge ressortent, notamment les croyances erronées (la ménopause (1) et l'arrêt de l'activité sexuelle sont des facteurs justifiant l'arrêt du dépistage du cancer du col de l'utérus (5)), les habitudes éducationnelles différentes des femmes plus âgées (on ne consulte pas en l'absence de symptômes) (5), la douleur plus importante lors de l'examen du fait de l'atrophie génitale et la plus faible motivation du médecin vis à vis de la réalisation de l'examen (9).

Cependant peu de ces travaux de recherche s'intéressent spécifiquement à la tranche d'âge des plus de 50 ans, et notamment aux processus amenant à la réalisation (ou non) du dépistage du cancer du col de l'utérus. Une étude a donc été réalisée afin de mieux comprendre pourquoi les femmes de 50 à 65 ans sont moins bien dépistées pour le cancer du col de l'utérus, et dans un second temps afin d'identifier des pistes d'amélioration du dépistage dans cette tranche d'âge.

### III. METHODE

---

L'objectif principal de l'étude étant de comprendre quels pouvaient être les freins au dépistage dans la tranche d'âge 50-65 ans, la méthode choisie a été celle de l'analyse qualitative des données, à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de patientes de la tranche d'âge concernée.

La méthode de recherche a été élaborée après documentation bibliographique sur l'analyse qualitative, sur son vocabulaire (10), et notamment à partir d'un article de la revue canadienne *Recherches Qualitatives*, écrit par Mireille Blais et Stéphane Martineau, qui décrit de manière pratique et illustrée la méthode d'analyse inductive des données (11), ainsi que de la lecture du Manuel d'analyse qualitative écrit par Christophe Lejeune (12).

La grille d'entretien (Annexe) a été construite de manière à permettre une analyse compréhensive du phénomène de dépistage ou de non dépistage, en abordant d'abord des thématiques vastes comme la santé en général, le suivi médical, avant de s'intéresser plus spécifiquement au suivi gynécologique, aux dépistages et au cancer du col de l'utérus. La première grille d'entretien a été testée sur 2 patientes répondant aux critères d'inclusion, les données de ces 2 entretiens ont été conservées pour l'analyse qualitative. Elle a ensuite été retravaillée pour élargir encore le champ des données explorées, permettant un recueil de données plus important pour les entretiens suivants.

Les critères d'inclusion des patientes dans l'étude étaient : d'être une femme, d'être âgée de 50 à 65 ans, de consentir à participer à l'étude. Les critères d'exclusion étaient l'hystérectomie avec ablation du col de l'utérus (les patientes ne relevant plus du dépistage du cancer du col de l'utérus) ou d'avoir déjà été rencontrée en consultation par l'enquêteur en tant que médecin remplaçant (afin de ne pas complexifier l'analyse en introduisant un élément supplémentaire d'interaction enquêteur/enquêtée).

Le fait d'être à jour ou non du dépistage du cancer du col de l'utérus n'a pas été un critère pour choisir les participantes, afin de pouvoir également recueillir des données concernant la participation au dépistage, tout comme le fait d'avoir un suivi gynécologique assuré par un

gynécologue ou par le médecin traitant. Le recrutement a été fait également afin de pouvoir interroger des femmes en activité professionnelle mais aussi retraitées.

Les patientes ont été recrutées par plusieurs médecins généralistes de Loire Atlantique, par proposition en fin de consultation de participer à l'étude. Celle - ci était présentée comme une étude sur la santé des femmes et leur suivi médical après 50 ans, afin de ne pas orienter spécifiquement les réponses sur le suivi gynécologique, le dépistage ou le cancer du col de l'utérus. L'enquêteur était présenté comme étudiant en médecine réalisant son travail de thèse. En cas d'accord de la patiente, elle était recontactée par téléphone pour lui expliquer les modalités de l'étude, et fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Les médecins recruteurs étaient des connaissances de l'enquêteur, en tant que médecins remplacés ou collègues de médecins remplacés, ou médecins connus via l'entourage personnel.

Avant chaque entretien la patiente était de nouveau informée des modalités de l'étude, du critère peu directif des questions qui allaient lui être posées, de l'anonymat et de la confidentialité des entretiens.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones, puis retranscrits intégralement sur logiciel de traitement de texte Word.

Si la date du dernier frottis n'était pas connue de la patiente interrogée, elle a été recueillie dans son dossier médical après l'entretien par l'enquêteur ou par le médecin recruteur, avec l'accord de la patiente.

La méthode d'analyse s'est basée comme cité précédemment sur l'article de Mireille Blais et Stéphane Martineau sur l'analyse inductive des données (11), et à partir de la lecture du Manuel d'analyse qualitative écrit par Christophe Lejeune (12).

Dans ce livre, Christophe Lejeune détaille les différentes stratégies d'analyse de l'entretien, les caractéristiques d'une bonne "étiquette" en recherche qualitative, qui doit qualifier ce qui est dit, retranscrire le vécu de la personne interrogée, ce qu'elle dit du sujet abordé, et pas simplement le sujet en lui-même. Il propose des astuces permettant un bon étiquetage analytique et non thématique, comme la ficelle des verbes (étiqueter en utilisant un verbe permet d'introduire un processus), ou encore des astuces comme la ficelle de la première

personne (quand la personne interrogée parle des autres, elle dit quelque chose d'elle-même), permettant de s'intéresser à des informations de l'entretien qui pourraient passer inaperçues au moment de l'analyse. Cette manière d'étiqueter permet d'éviter l'écueil de l'indexation thématique, qui correspond à un cumul des thèmes abordés au cours de l'entretien sans articulation entre eux, ne permettant pas d'élaborer de théorie explicative au décours de la recherche. Il propose également une définition de ce qu'est une bonne "catégorie" en recherche qualitative, qui devrait être un concept, caractérisé par des propriétés, et permettant d'élaborer une théorie.

Chaque retranscription d'entretien a donc été relue dans son intégralité, puis partie par partie afin de l'annoter dans un premier temps de manière factuelle (de quoi parlait la patiente, les thèmes abordés) puis de l'étiqueter de manière analytique (ce qu'en disait la patiente, ce qu'elle vivait ou ressentait). Les données de chaque entretien ont ensuite été retranscrites sous forme de schéma permettant de représenter visuellement les conditions amenant à la réalisation (ou non) du dépistage du cancer du col de l'utérus par la participante, ainsi que les éléments présents dans l'entretien qui ne s'inscrivaient pas directement dans le processus de dépistage du cancer du col mais présentaient tout de même un intérêt dans l'analyse. La mise en parallèle et la relecture des différents schémas a permis de dégager au fur et à mesure de l'étude des catégories de réponses à la question de recherche, présentées également sous forme de schémas bulles afin d'en préciser les propriétés ou les conditions.

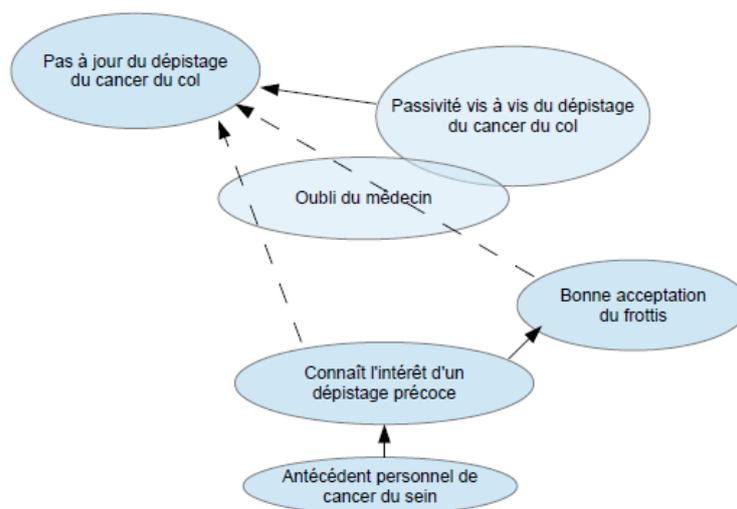
La présentation sous forme de schémas bulles est également issue de la lecture du Manuel d'Analyse Qualitative de Christophe Lejeune, elle présente l'intérêt de représenter les données de recherche de manière visuelle et synthétique et surtout correspond à l'orientation interactionniste de la recherche qui s'attache aux pratiques des acteurs et cherche à déduire les logiques sous tendues par ces pratiques.

Les règles de représentation schématique ont été les suivantes :

- chaque comportement, attitude ou propriété a été représenté au sein d'une bulle

- une flèche avec une ligne pleine représente un lien de causalité entre deux bulles, c'est l'équivalent d'un "donc"
- une flèche avec une ligne en pointillés représente un lien paradoxal entre deux bulles, c'est l'équivalent d'un "mais"
- lorsqu'une flèche reliant 2 bulles traverse une autre bulle, le contenu de celle-ci explicite le lien entre les 2 propriétés reliées, c'est l'équivalent d'un "car"
- lorsque 2 bulles se chevauchent c'est qu'il existe un renforcement des 2 propriétés lorsqu'elles coexistent

Exemple tiré de l'analyse schématique de l'entretien avec la patiente 3 :



La patiente 3 a un antécédent personnel de cancer du sein donc elle connaît l'intérêt du dépistage précoce des cancers. Elle connaît l'intérêt du dépistage précoce mais elle n'est pas à jour du dépistage du cancer du col car son médecin a oublié de lui proposer.

La patiente a une attitude passive vis-à-vis du dépistage du cancer du col qui associée à l'oubli du médecin entraîne son retard de dépistage.

La patiente connaît l'intérêt d'un dépistage précoce donc elle accepte facilement le frottis, mais n'est pas à jour car son médecin oublie de lui proposer.

## IV. RESULTATS

---

Au total 12 patientes ont été interrogées pour cette étude, entre mars 2015 et juin 2016. Deux entretiens prévus ont été annulés par les patientes, qui n'ont pas souhaité être recontactées pour fixer une nouvelle date d'entrevue.

Tous les entretiens ont été réalisés au domicile des patientes, en tête à tête, sauf pour 2 entretiens où le conjoint a été présent au domicile et a pu interrompre le fil de la discussion.

Les entretiens ont duré entre 40 et 90 minutes.

Toutes les patientes interrogées résident à Nantes ou dans une commune de la métropole nantaise. Le recrutement de patientes en zone rurale était souhaité lors de l'élaboration de la thèse mais n'a pas été obtenu, du fait de la localisation plutôt urbaine des médecins recruteurs.

Elles ont toutes un médecin généraliste référent. Sept patientes sont suivies par un gynécologue.

Sur les douze patientes interrogées, six sont à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus, six ont eu un frottis datant de plus de 3 ans, elles ont toutes déjà réalisé au moins un frottis.

Toutes les patientes ont eu ou ont encore une activité professionnelle. Les catégories socioprofessionnelles des patientes sont variées, allant de l'ouvrière à la cadre, en passant par l'employée. Aucune n'est issue d'une profession libérale. Cinq des patientes ont un lien avec le domaine de la santé ou de l'accompagnement social. Cinq d'entre elles sont retraitées.

## A. DESCRIPTION DES PATIENTES INTERROGÉES ET DE LEURS ATTITUDES FACE A LA SANTE ET AUX DEPISTAGES

---

### 1. PATIENTE 1

---

Entretien mené le 5 mars 2015

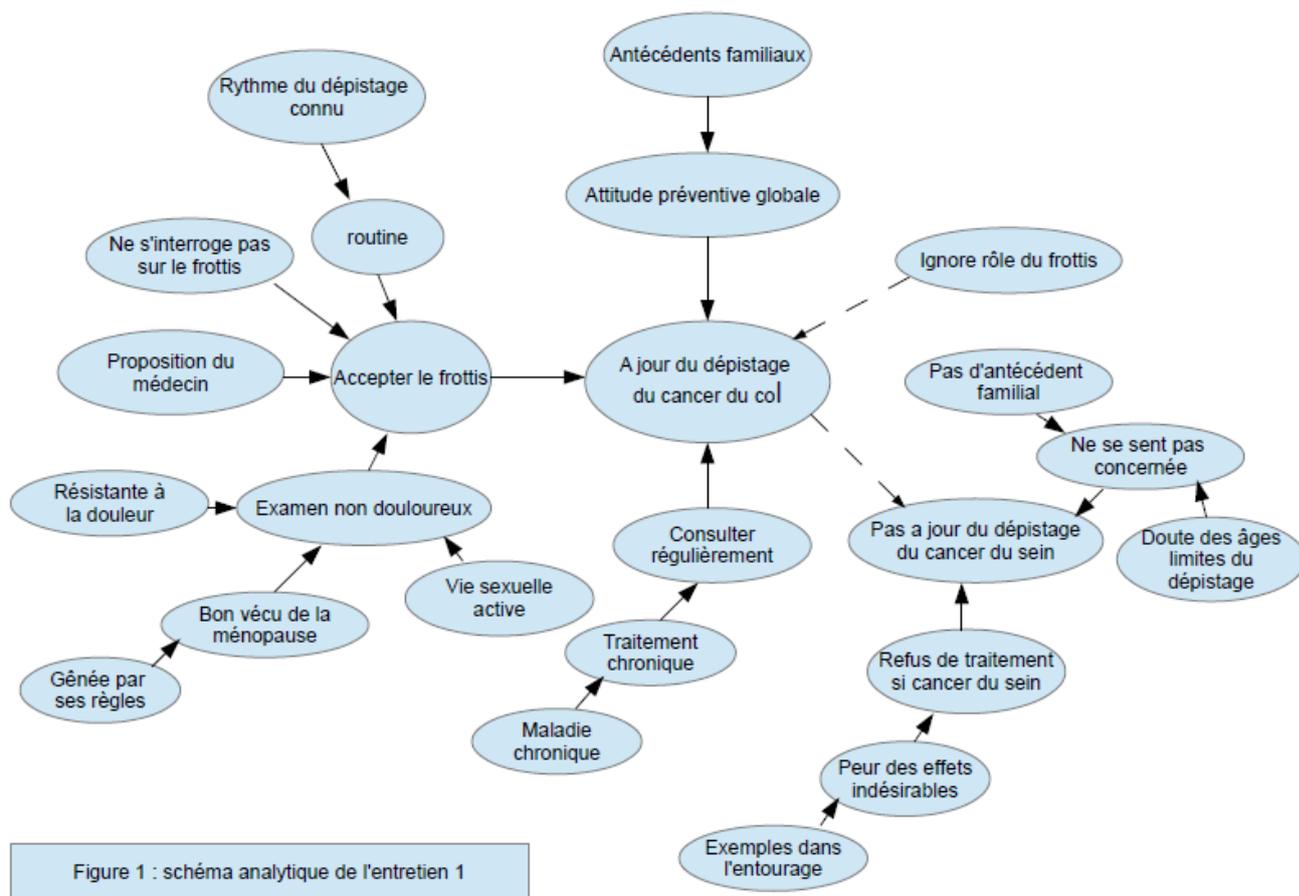
Durée de l'entretien : 55 minutes

La patiente 1 a 63 ans, elle est retraitée après avoir été ouvrière, employée au CHU (notamment dans le service de la maternité), et aide à domicile auprès de personnes âgées. Elle a eu 3 enfants. Veuve depuis environ 10 ans, elle a un nouveau compagnon avec lequel elle continue à avoir une vie sexuelle active. Elle a été ménopausée à 47 ans, n'a pas eu de traitement hormonal substitutif car sa ménopause a été bien tolérée. Son suivi gynécologique est assuré par son médecin traitant.

Elle se décrit comme étant en bonne santé, comme une femme solide et peu douillette, qui voyait peu le médecin depuis sa retraite et l'arrêt du suivi par la médecine du travail. Elle a repris un suivi régulier depuis l'âge de 57 ans et la découverte d'une hypertension artérielle, qui s'inscrit dans une histoire familiale de soucis cardiologiques. Elle consulte tous les 3 mois pour son « renouvellement d'ordonnance ». A cette occasion le médecin lui propose la réalisation du frottis qu'elle accepte sans trop se poser de questions. Elle a peu de connaissances sur le cancer du col de l'utérus, voire pas, ne sait pas ce que le frottis dépiste. Elle est à jour du dépistage pour le cancer du col de l'utérus.

Elle participe au dépistage du cancer du colon.

Elle ne participe plus au dépistage du cancer du sein car elle a peur des effets indésirables des traitements de par son expérience professionnelle auprès de personnes en fin de vie atteintes de cancer du sein.




---

## 2. PATIENTE 2

---

Entretien mené le 19 mars 2015

Durée : 40 minutes

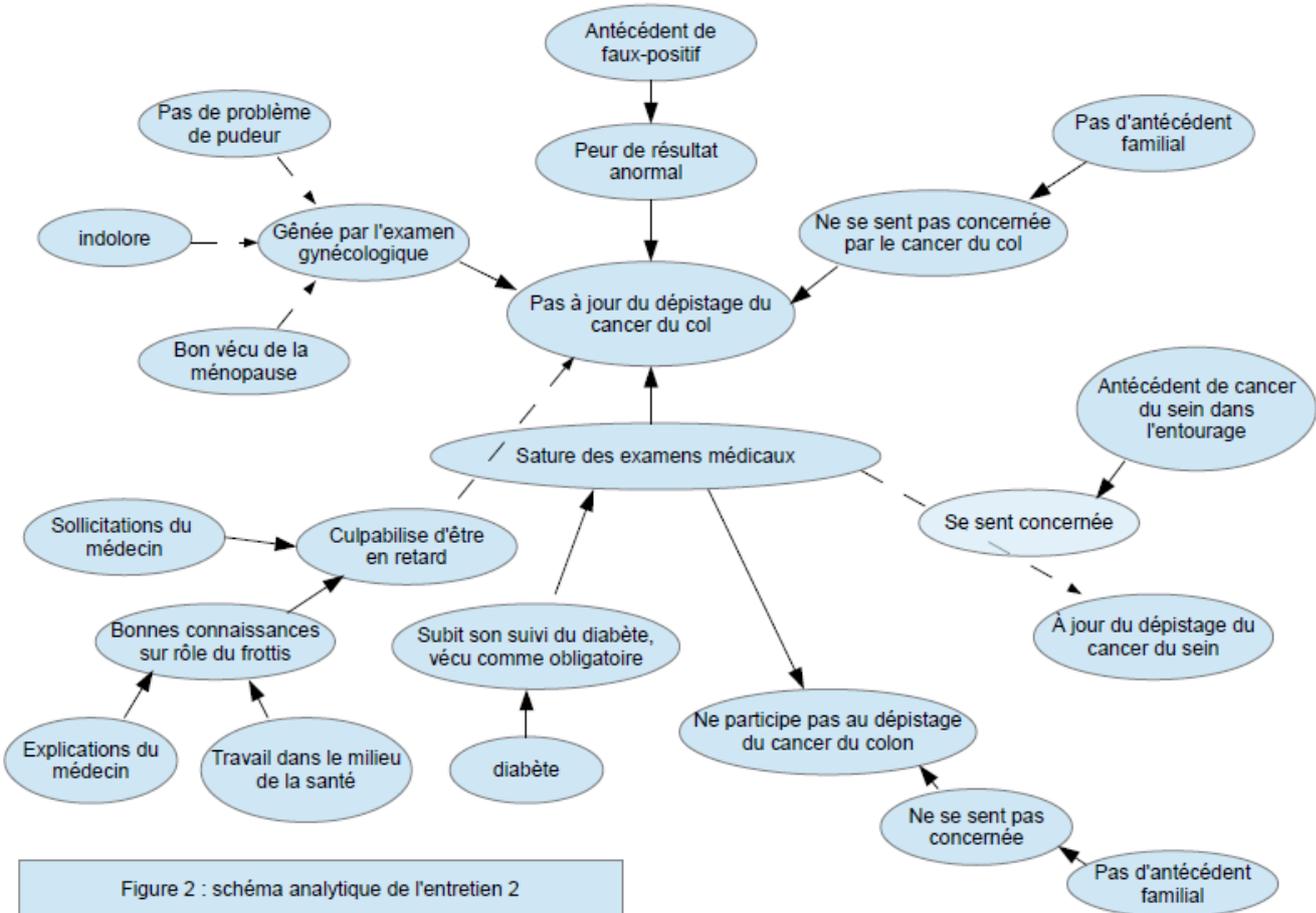
La patiente 2 a 59 ans, elle travaille comme secrétaire médicale. Elle vit en couple avec un nouveau compagnon depuis environ 20 ans, suite à un divorce. Elle a eu 3 enfants.

Elle est suivie au CHU pour un diabète insulino-dépendant depuis le départ à la retraite de son ancien médecin traitant qui auparavant gérait le traitement avec elle. Elle se sent débordée par la gestion de ce diabète, entre la gestion du traitement par insuline et les examens complémentaires pour la surveillance. Ce problème de santé occulte tous les

autres. Elle "sature" des examens médicaux, c'est comme ça qu'elle explique qu'elle ne participe pas au dépistage du cancer du colon, elle ne se trouve de plus pas à risque du fait de l'absence d'antécédents familiaux sur ce plan là, et n'a toujours pas fait son frottis malgré les rappels répétés de son médecin généraliste. Elle a eu un antécédent de faux-positif sur son dernier frottis ayant conduit à des examens spécialisés chez le gynécologue, et maintenant elle a peur du résultat du frottis.

Elle est bien informée au sujet du cancer du col et du rôle du frottis cervico-utérin, ce qui ne l'empêche pas de ne pas être à jour.

Elle est à jour de son dépistage pour le cancer du sein, elle se sent concernée car sa belle sœur est décédée d'un cancer du sein.



---

### 3. PATIENTE 3

---

Entretien mené le 21 mai 2015

Durée de l'entretien : 65 minutes

La patiente 3 a 58 ans, c'est une ancienne assistante de direction, à la retraite. Elle est mariée, a eu 2 enfants.

Elle se trouve en bonne santé, notamment parce qu'elle ne prend aucun traitement médicamenteux, elle évite car elle a peur des médicaments. Elle a eu un cancer du sein mais pris en charge très tôt grâce au dépistage organisé, ce qui lui a permis d'échapper à la chimiothérapie. Elle est très reconnaissante aux personnels de santé qui ont dépisté et traité ce cancer.

Son attention à sa santé passe par une bonne hygiène de vie, alimentaire et sportive, et une attention particulière à son physique. Le dépistage est une manière pour elle de prendre soin de sa santé, elle cite le frottis spontanément dans les examens de prévention. Elle participe aux campagnes de dépistage, cependant elle ne sait plus trop de quand date le dernier frottis.

Son suivi médical y compris gynécologique est assuré par son médecin généraliste en qui elle a toute confiance.

Elle a peu d'informations sur le cancer du col de l'utérus, on n'en parle pas dans les médias, elle ne connaît personne qui l'a eu, et c'est un cancer qui lui fait moins peur (que le cancer du sein), notamment parce qu'il n'est pas visible mais interne, donc si on enlève l'utérus ça ne se voit pas. Elle note qu'on ne reçoit pas de document pour rappeler qu'il faut faire le dépistage comme pour les autres cancers. Elle vient cependant de recevoir un courrier de la CPAM comme quoi elle n'était pas à jour de son frottis, ce qui lui a rappelé d'en parler à son médecin, mais c'est la première fois.

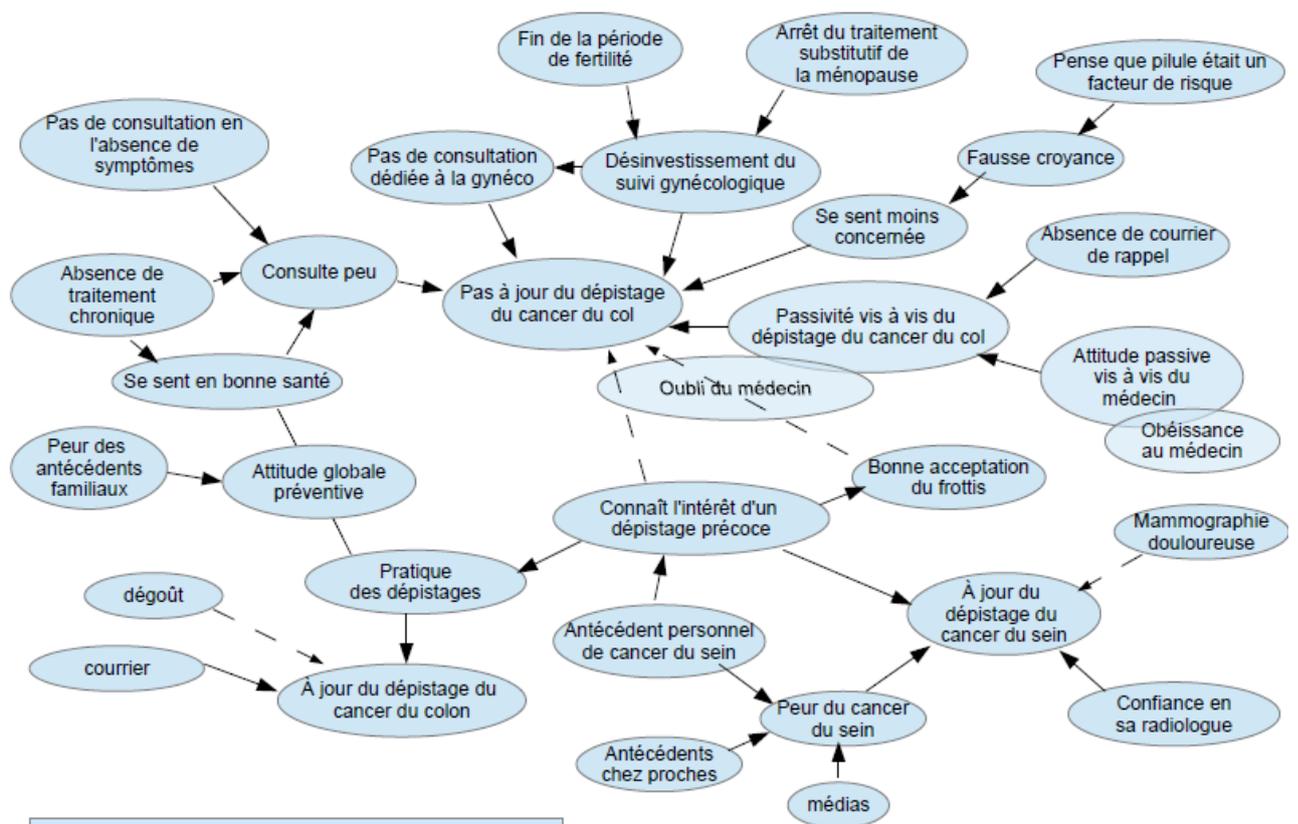


Figure 3 : schéma analytique de l'entretien 3

---

#### 4. PATIENTE 4

---

Entretien mené le 16 juillet 2015

Durée : 50 minutes

La patiente 4 a 65 ans. Elle est retraitée, elle a travaillé comme éducatrice de jeunes enfants et dans l'accompagnement social. Elle est mariée, a eu 3 enfants.

Elle se considère de santé moyenne, handicapée par des douleurs articulaires qu'elle attribue aux mauvaises positions prises pendant son activité professionnelle.

Pour elle l'attention à sa santé correspond à consulter les médecins ou les professionnels de santé comme le kinésithérapeute, lorsqu'elle a des symptômes, sinon elle évite de consulter si elle peut.

Elle participe aux dépistages du cancer du sein et du colon parce qu'elle reçoit les courriers de rappel, et qu'elle respecte le suivi organisé, qu'elle estime presque "obligatoire". Elle ne cite pas le frottis comme un dépistage, mais uniquement quand on aborde le suivi gynécologique.

Son suivi gynécologique est assuré par une gynécologue, et rythmé par la mammographie tous les 2 ans qui lui donne l'occasion de consulter pour discuter des résultats et de faire le frottis à ce moment là. Elle accepte facilement le frottis, elle ne se pose pas de questions vis à vis de l'examen, elle connaît son rôle de prévention et perçoit l'intérêt de dépister tôt un éventuel cancer, sa gynécologue lui a expliqué. Ce n'est pas un examen qui lui fait peur, à l'inverse du dépistage du cancer du sein.

Elle est à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

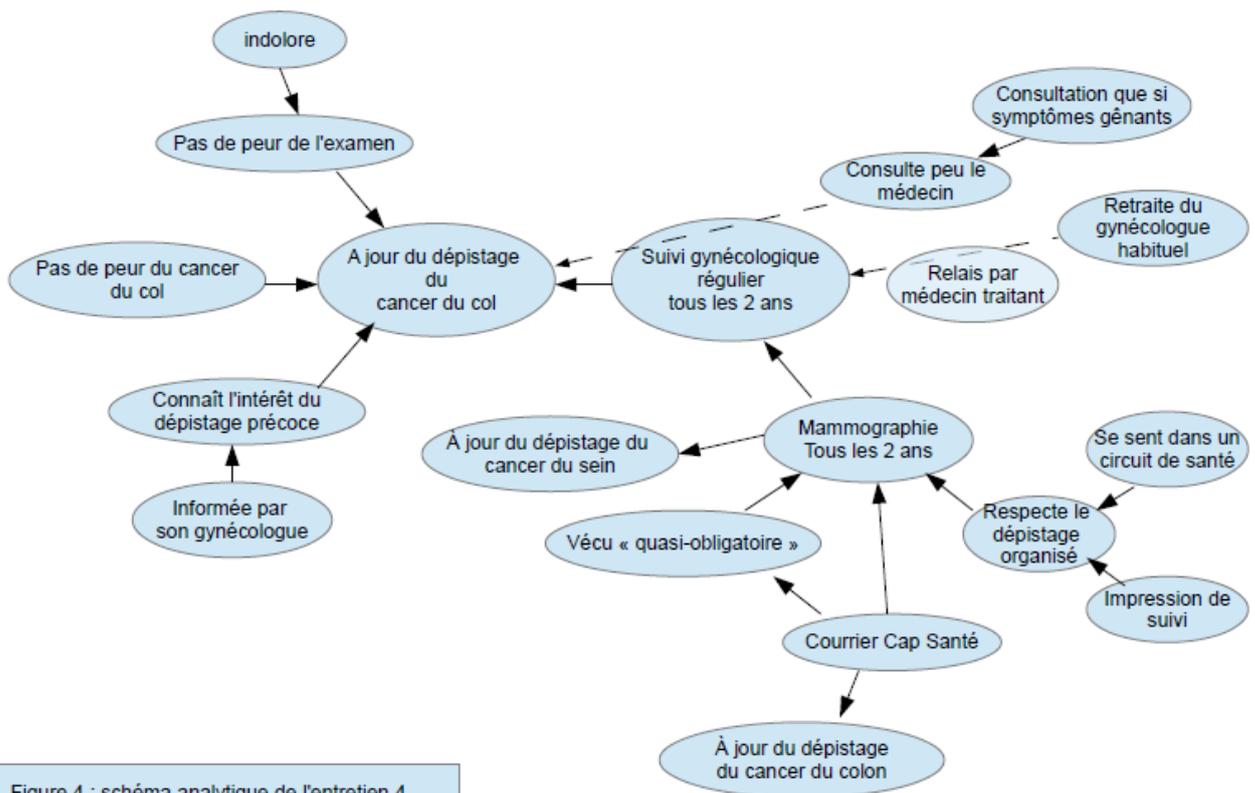


Figure 4 : schéma analytique de l'entretien 4

Entretien mené le 6 octobre 2015

Durée de l'entretien : 70 minutes

La patiente 5 a 61 ans, elle exerce comme ATSEM (agent territorial spécialisé des écoles maternelles). Elle est mariée, a eu un enfant.

Elle accepte mal de vieillir, même si elle s'estime encore en bonne santé.

L'attention à la santé consiste pour elle à essayer de prévenir les infections, par une bonne hygiène des mains ou par des traitements "préventifs" en vente libre en pharmacie, comme des vitamines. Elle essaie d'éviter au maximum de consulter le médecin et d'avoir à prendre des médicaments prescrits, elle a peur d'une perte d'efficacité si elle en prend trop.

Elle est suivie régulièrement par la médecine du travail, consulte son médecin généraliste uniquement si elle se sent malade et qu'elle n'a pas réussi à enrayer les choses par automédication, et consulte une gynécologue, mais en ressent moins le besoin depuis la ménopause et la disparition de ses troubles du cycle. Elle n'a pas vu son gynécologue (ni fait de frottis) depuis 4 ou 5 ans, elle reporte ça à sa retraite, quand son planning sera moins chargé. Elle connaît le rôle du frottis mais a peu d'informations sur le cancer du col de l'utérus, car elle n'a pas eu de cas dans son entourage et a l'impression que sa génération a eu moins d'informations sur ce cancer que les plus jeunes qui se font vacciner. C'est un examen qu'elle n'aime pas et qui est plus gênant depuis la ménopause du fait de la sécheresse vaginale. Elle trouve plus facile de discuter de problèmes gynécologiques avec un médecin femme.

Elle participe aux dépistages du cancer du colon et du sein parce qu'elle reçoit le courrier de rappel, et se sent "obligée" de faire l'examen dans ce cas, à l'inverse de la consultation gynécologique.

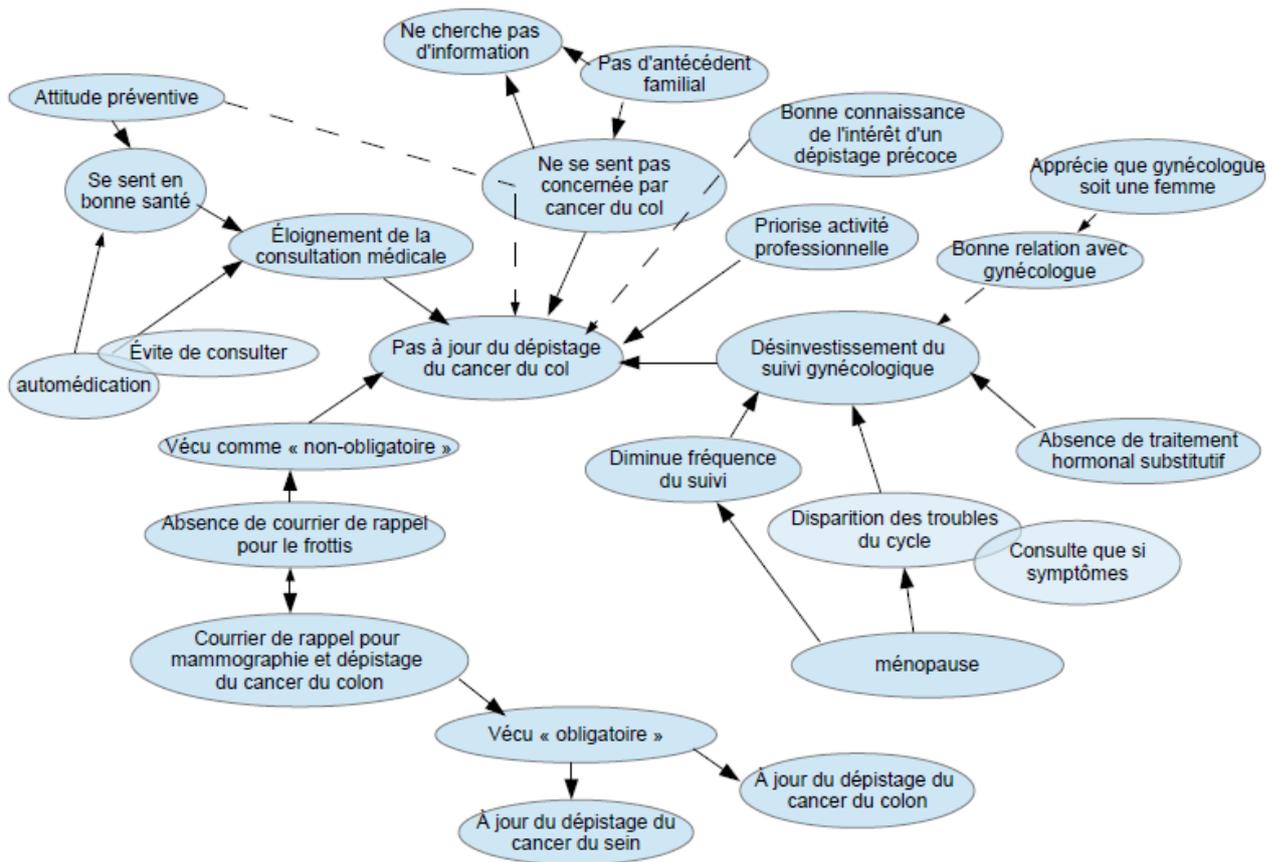


Figure 5 : schéma analytique de l'entretien 5

---

## 6. PATIENTE 6

---

Entretien mené le 8 octobre 2015

Durée de l'entretien : 60 minutes

La patiente 6 a 59 ans. Elle a travaillé comme femme de ménage dans un cabinet médical, ouvrière dans le textile et agent d'entretien à l'hôpital. Elle se décrit comme travailleuse, au point d'en être tombée malade et d'en avoir délaissé sa vie personnelle. Elle est divorcée, a eu 2 enfants. Un de ses enfants est atteint d'une maladie chronique lourde, elle s'investit beaucoup pour l'aider.

Elle s'estime en bonne santé, avec des pathologies chroniques peu invalidantes, un traitement de fond qui nécessite peu de consulter car elle s'arrange pour se faire prescrire le traitement pour de longues durées. Elle essaie d'éviter de consulter le médecin, en s'automédiquant, le plus possible par phytothérapie car elle craint les effets indésirables des médicaments allopathiques.

Elle a beaucoup de fausses croyances concernant la santé, mais se sent bien informée car elle a eu accès à des revues médicales via son travail et regarde des émissions médicales à la télévision.

Son suivi gynécologique était assuré par son médecin généraliste mais est interrompu, malgré les sollicitations régulières de son médecin. Depuis son célibat et la ménopause elle appréhende l'examen gynécologique car c'est devenu douloureux. Elle pense avoir eu un frottis il y a 5 ans réalisé par échographie car l'examen au speculum était irréalisable. Elle sait qu'elle est en retard et se sent en tort, mais justifie l'abandon de son suivi gynécologique par l'attention qu'elle a pour la santé de son enfant qui passe en priorité, et par le fait qu'elle ne se sente pas à risque n'ayant aucun antécédent familial de cancer du col de l'utérus. De plus le frottis n'est pas un examen "obligatoire" pour elle, et elle est loin d'être la seule à ne pas se faire dépister.

Elle est à jour pour les dépistages du cancer du sein et du colon, elle se sent suivie par Cap Santé, et son médecin lui a recommandé de se faire dépister. Elle attend de recevoir le courrier de rappel pour se faire dépister, mais répond toujours à cette sollicitation.

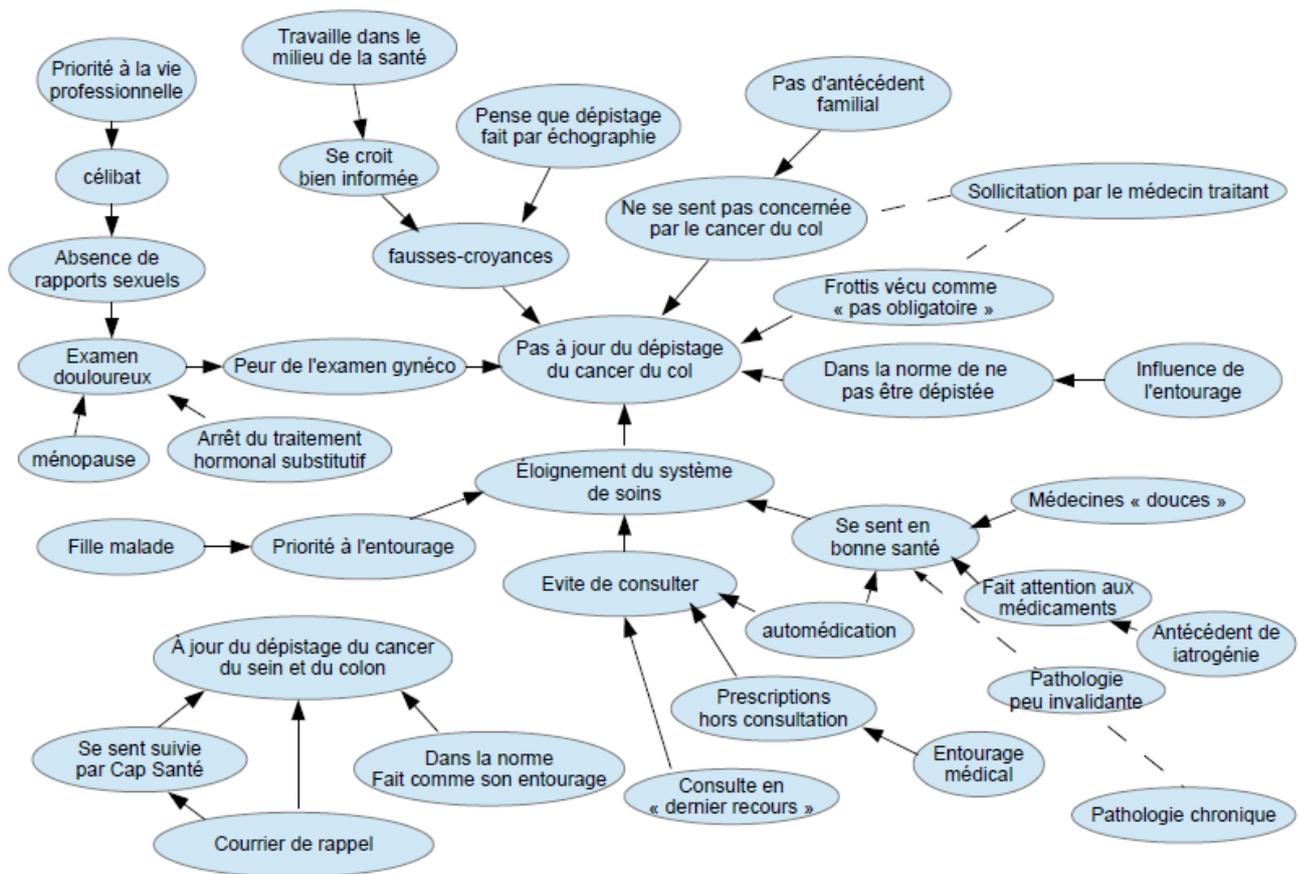


Figure 6 : schéma analytique de l'entretien 6

---

## 7. PATIENTE 7

---

Entretien mené le 1er février 2016

Durée de l'entretien : 90 minutes

La patiente 7 a 65 ans, elle a travaillé comme conseillère juridique, est actuellement retraitée. Elle est mariée, a eu 2 enfants.

Elle s'estime relativement en bonne santé, même si avec l'âge elle est devenue de plus en plus anxieuse, ce qui la limite dans ses activités. Elle est stressée par le moindre souci de santé, elle parle même d'hypocondrie.

L'attention à sa santé passe par l'activité physique, une alimentation saine, éviter de prendre des médicaments allopathiques en favorisant la phytothérapie ou l'homéopathie, mais aussi à vivre dans un secteur bien doté en médecins et notamment en spécialistes.

Sur le plan gynécologique elle est suivie par une gynécologue, mais aussi par sa généraliste en cas de problème aigu, elle préfère être suivie par un médecin femme pour ça. Elle a des soucis de douleurs pelviennes et d'infections à répétition depuis la ménopause, une baisse de libido et des douleurs lors des rapports, mais a refusé le traitement hormonal. Le frottis est douloureux pour elle. Elle n'a pas peur des résultats du frottis. Elle n'a pas vu sa gynécologue depuis quelques années car elle a du mal à fixer un rendez vous, du fait des délais longs de sa spécialiste et car elle est souvent absente (elle voyage beaucoup).

Elle participe au dépistage du cancer du sein mais n'est pas à jour. Le frottis est cité spontanément comme un dépistage, il date de plus de 3 ans. Elle ne participe pas au dépistage du cancer du colon car elle a une peur panique de la coloscopie et a peur qu'on lui découvre un cancer car elle a des troubles digestifs.

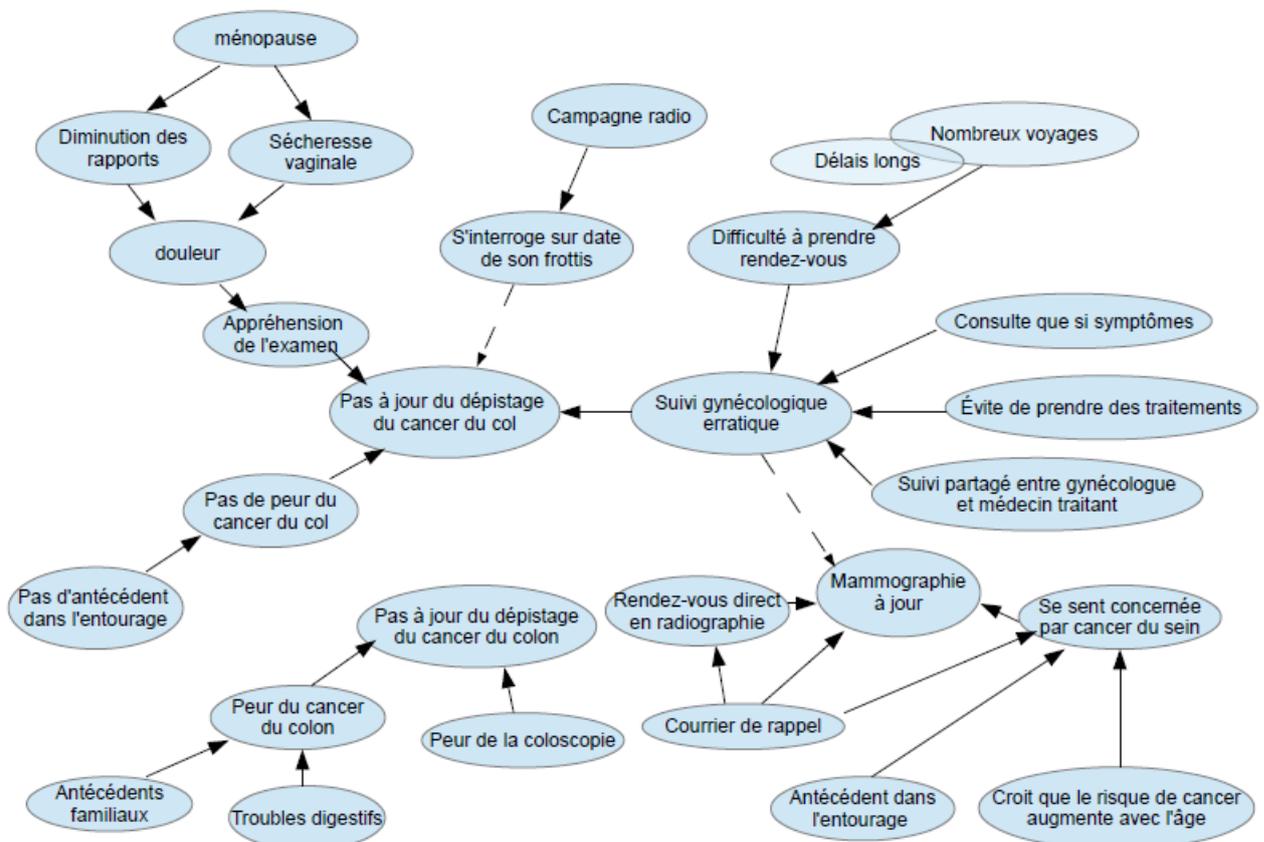


Figure 7 : schéma analytique de l'entretien 7

Entretien mené le 13 février 2016

Durée de l'entretien : 45 minutes

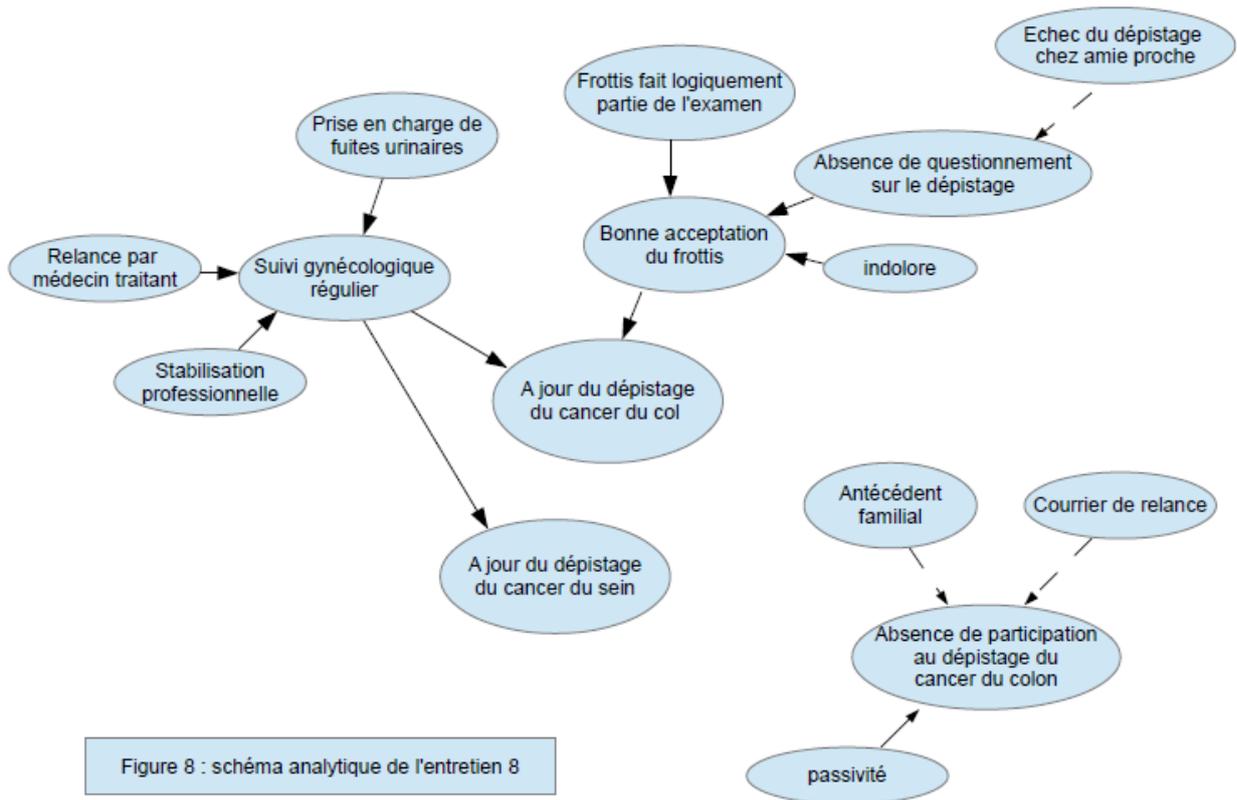
La patiente 8 a 56 ans, elle est encore en activité professionnelle. Elle a travaillé comme éducatrice spécialisée de jeunes enfants et aidante familiale. Elle est mariée, a eu 2 enfants, le plus jeune vit encore avec eux.

Elle s'estime en bonne santé sur le plan physique, mais est épuisée psychologiquement par sa position d'aidant successivement auprès de sa mère maintenant décédée, puis de son père dément. Elle commence une démarche pour prendre un peu plus soin d'elle après s'être négligée, en entamant une psychothérapie, en s'inscrivant à la sophrologie.

Son suivi gynécologique a été interrompu plusieurs années lors de la reprise de ses études et sa recherche d'emploi. Elle a repris contact avec sa gynécologue après plusieurs années sans suivi car son généraliste a insisté, elle la voit maintenant une fois par an, c'est une routine, le frottis est fait de manière logique pour elle au cours de la consultation chez le gynécologue. Ce n'est pas un examen qui la stresse, même si sa meilleure amie a eu un cancer du col de l'utérus.

Elle participe au dépistage du cancer du sein, c'est sa gynécologue qui prescrit les mammographies.

Elle ne participe pas au dépistage du cancer du colon malgré un antécédent familial (grand mère), elle reçoit le courrier mais n'a jamais fait la démarche de demander le test.




---

## 9. PATIENTE 9

---

Entretien mené le 19 avril 2016

Durée de l'entretien : 55 minutes

La patiente 9 a 63 ans, elle est retraitée après avoir travaillé comme comptable, ouvrière agricole et gestionnaire de camping. Elle est mariée et a eu 2 enfants.

Elle se trouve en bonne santé dans l'ensemble, elle fait attention à entretenir sa forme physique et psychique en ayant une hygiène de vie correcte et en arrêtant de fumer, motivée par un antécédent paternel de cancer du poumon.

Elle consulte régulièrement le médecin généraliste pour le renouvellement de son traitement pour la tension, mais elle essaie d'avoir le moins de médicaments possibles.

Depuis le départ à la retraite de son gynécologue c'est le médecin généraliste qui gère ce suivi, elle estime de toute façon en avoir moins besoin du fait de son âge et de l'absence de contraception. Elle attend qu'il lui propose le frottis, ce n'est pas à elle de s'en occuper c'est au médecin. Elle pense que de toute façon les femmes oublient toutes la date de leur frottis. Elle n'est pas à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Elle est à jour du dépistage du cancer du colon car son médecin a insisté pour qu'elle le fasse. Elle est à jour pour les mammographies car elle reçoit le courrier ce qui lui permet de ne pas oublier.

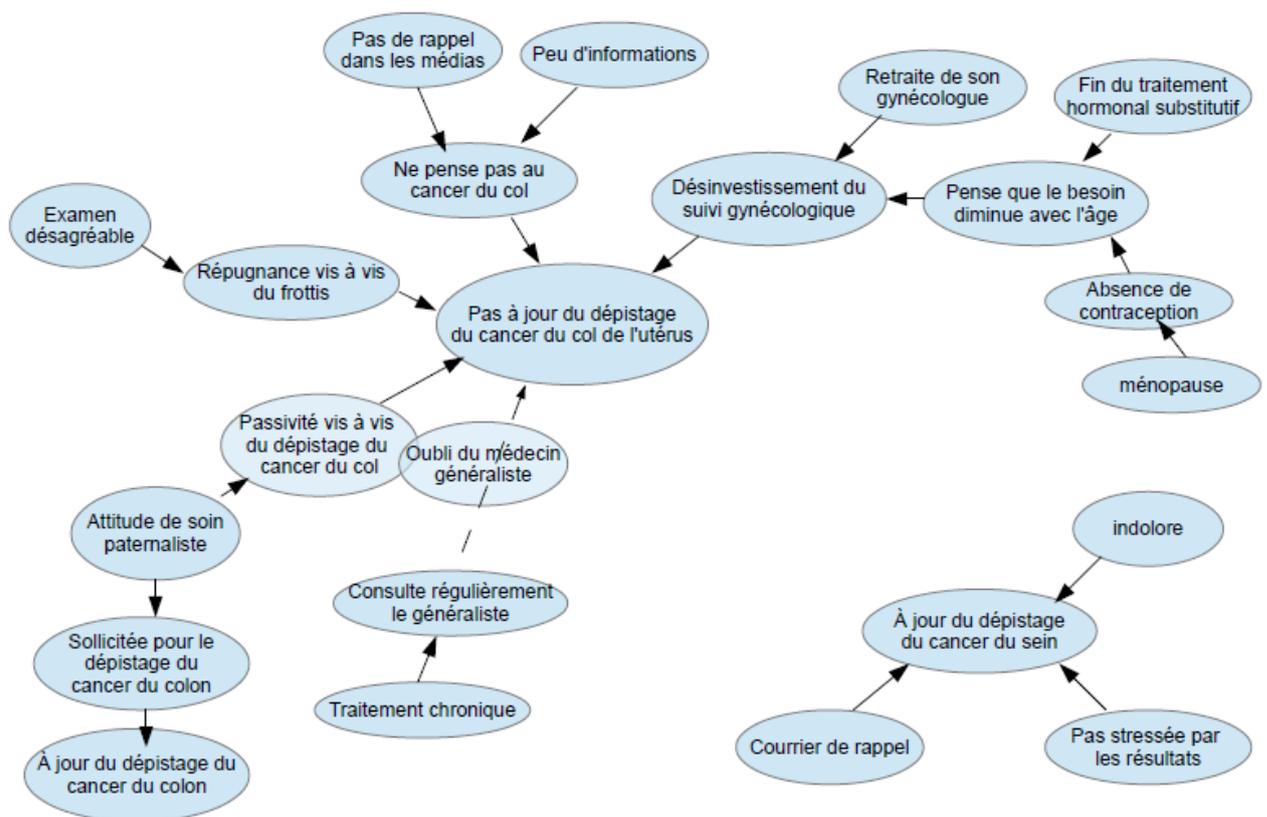


Figure 9 : schéma analytique de l'entretien 9

Entretien mené le 31 mai 2016

Durée de l'entretien : 70 minutes

La patiente 10 a 56 ans, elle travaille comme employée de banque. Elle vit seule. Elle est divorcée, a eu 2 enfants.

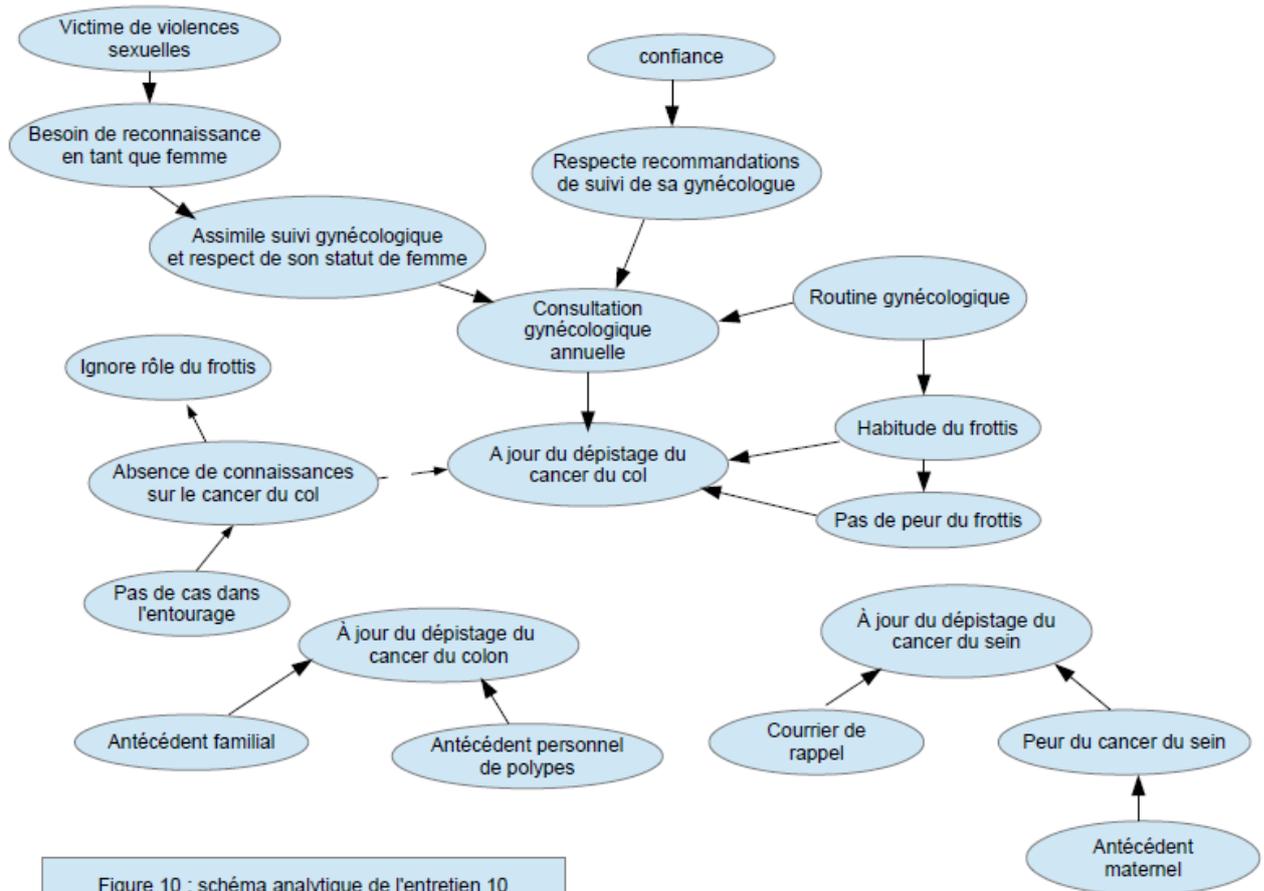
C'est une femme qui a beaucoup souffert plus jeune, moralement et physiquement, car elle a été victime de violences sexuelles. Elle attribue à ce passif de victime de violences de nombreuses douleurs physiques (scoliose, ostéoporose, douleurs dentaires) qui ont en grande partie cessé suite à un travail de psychanalyse qui lui a permis d'extérioriser son histoire et de s'apaiser. Depuis elle prend soin de sa santé physique en veillant essentiellement à son équilibre moral, en pratiquant des activités de type sophrologie, méditation, tai chi, et en évitant le recours à la médecine traditionnelle et notamment à la prise de médicaments prescrits dont elle redoute les effets secondaires, préférant le recours à l'ostéopathie, l'étéopathie et la phytothérapie. Elle se montre très méfiante vis à vis des médicaments, de l'industrie pharmaceutique, de l'évolution du système de santé en France, elle appréhende une dégradation future de la qualité de son suivi de santé.

Son suivi gynécologique est assuré annuellement par une gynécologue qui l'a accompagnée tout au long de sa vie de femme, en qui elle a confiance. Elle refuse le suivi gynécologique par un homme du fait de ses antécédents de viol. Elle s'estime chanceuse d'être bien suivie sur le plan gynécologique, elle assimile ce suivi à une reconnaissance et à un respect de son statut de femme, en opposition à ce qu'elle a vécu plus jeune.

Le frottis est réalisé par sa gynécologue de manière routinière, sans que la patiente ne sache exactement à quoi il sert ou n'ait de connaissances sur ce cancer. Ce n'est pas un examen qui lui fait peur, même s'il a pu parfois être désagréable. Elle n'a pas peur non plus du cancer du col de l'utérus, elle pense qu'il est rare vu qu'elle n'en entend jamais parler et n'a eu aucun cas dans son entourage.

Elle est à jour pour le dépistage du cancer du sein qui lui fait peur, du fait du décès de sa mère par cancer du sein. Depuis ses 50 ans elle réalise le dépistage via Cap Santé.

Elle est à jour de son dépistage pour le cancer du colon, qui est maintenant assuré par coloscopie du fait d'antécédents familiaux.



Entretien mené le 11 juin 2016

Durée de l'entretien : 40 minutes

La patiente 11 a 51 ans, elle vit seule depuis son divorce, a eu 2 enfants. Elle est employée en restauration collective.

Elle se décrit comme une femme forte et indépendante, forgée par une enfance à la ferme et un grave accident dans sa jeunesse lui ayant laissé quelques séquelles.

L'attention à sa santé passe essentiellement pour elle à l'attention à l'alimentation et à l'activité sportive, mais elle est par ailleurs une grosse fumeuse qui n'a pas pu s'empêcher d'interrompre l'entretien pour fumer une cigarette.

Sur le plan médical elle a un suivi ophtalmologique du fait des ses antécédents, et consulte un gynécologue 1 fois par an, ce qui pour elle est une norme que tout le monde devrait suivre, elle a été éduquée comme ça. Le frottis fait partie pour elle de cette norme et de cette routine, tout comme la mammographie. Le suivi gynécologique est d'autant plus rigoureux qu'elle avance en âge car elle estime que le risque de cancer augmente avec l'âge, donc ça la rassure de vérifier régulièrement.

Elle est à jour de tous ses dépistages.

Elle a peu d'informations concernant le cancer du col de l'utérus même si elle considère que le fait de le dépister tôt est de meilleur pronostic, elle ne cherche pas et ne souhaite pas être informée ou se poser trop de questions sur la santé, les maladies, car sa fille est hypocondriaque et elle sature de parler de ce sujet.



travail lorsqu'elle a eu des problèmes de santé ou alors de profiter de ses arrêts pour regrouper les soins et en limiter la durée. Elle est également en grande souffrance personnelle du fait de l'accumulation depuis 1 an de soucis de santé, notamment un cancer du sein, un syndrome du canal carpien et une hypothyroïdie, et du décès par cancer de plusieurs amies ou collègues. Elle se questionne sur l'origine de son cancer du sein du fait de l'absence d'antécédents familiaux et de son mode de vie qu'elle estime sain, elle l'impute en partie à son stress professionnel.

Elle a gardé un suivi gynécologique régulier même après la ménopause du fait d'un traitement hormonal substitutif prescrit annuellement, et est à jour de son frottis, réalisé tous les 2 à 3 ans à l'occasion du renouvellement de ce traitement hormonal par sa gynécologue. Elle trouve plus facile le suivi gynécologique avec un médecin femme.

Elle participait au dépistage du cancer du sein depuis l'âge de 50 ans.

Elle est dépistée pour le cancer du colon par coloscopie tous les 5 ans du fait d'antécédents familiaux.

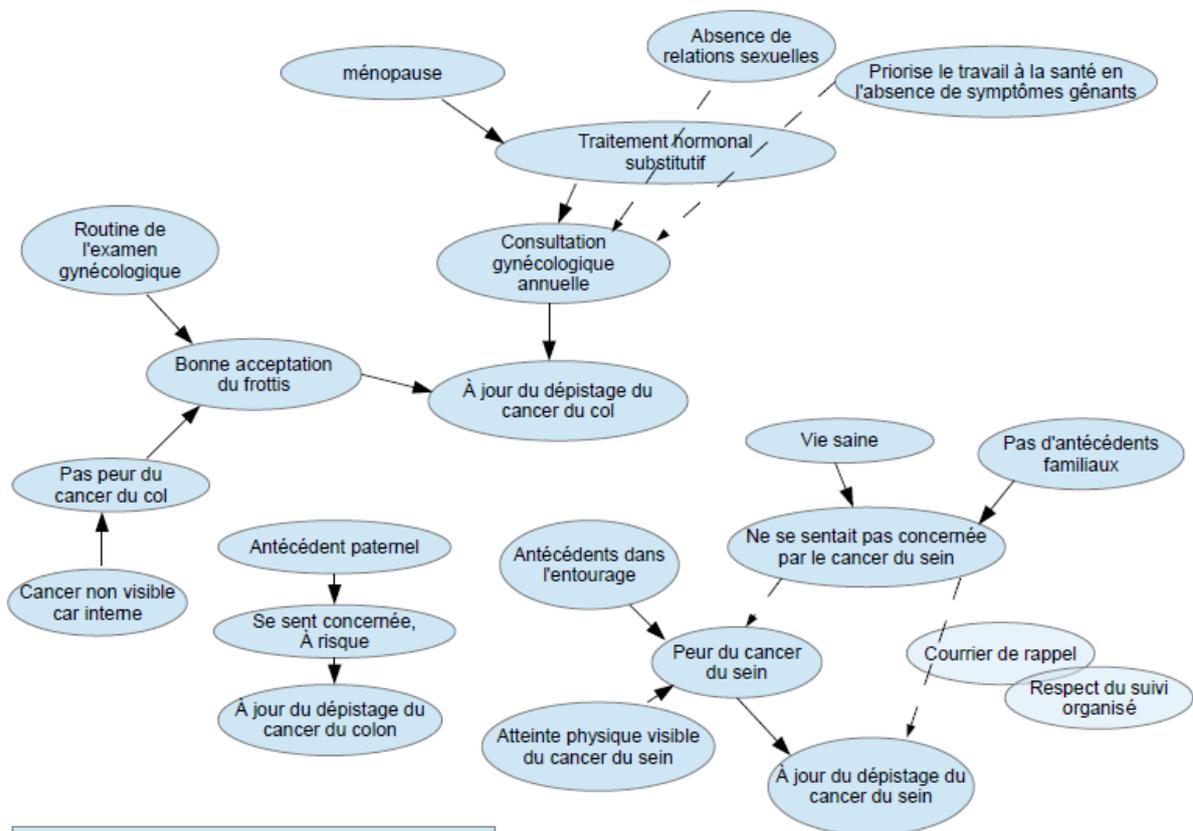


Figure 12 : schéma analytique de l'entretien 12

L'analyse des entretiens a permis de dégager quelques données générales qu'il convient de noter avant de s'intéresser aux différentes catégories de freins retrouvées.

La pratique de dépistages, et plus particulièrement du dépistage du cancer du col de l'utérus, est peu voire pas citée spontanément par les patientes interrogées comme une manière de prendre soin de leur santé. Elle est également peu citée comme faisant partie du suivi médical.

Le fait d'être à jour pour les autres dépistages (cancer du sein et du colon) n'est pas forcément associé avec le fait d'être à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus. Il n'existe pas un schéma de pratiques de dépistage univoque, chaque dépistage est inscrit dans un ensemble de logiques de pratiques relativement indépendant les uns des autres.

Le facteur médecin et organisation du système de soins et de santé publique apparaît comme ayant une part considérable vis-à-vis des pratiques de dépistages effectives des femmes. Ces pratiques ne peuvent être réduites à une question de rationalité individuelle.

L'analyse des entretiens met aussi en évidence qu'avoir de bonnes connaissances sur le cancer du col de l'utérus, le dépistage, via une bonne information n'est pas suffisant ni nécessaire pour être dépistée.

Le fait d'être sollicitée par son médecin pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ne suffit pas pour être à jour du dépistage chez toutes les femmes interrogées.

Le recours à une sage-femme ou à un laboratoire pour effectuer le frottis n'a jamais été évoqué.

L'aspect financier n'a jamais été évoqué comme frein à la consultation gynécologique ou au dépistage.

Pour les patientes suivies par un gynécologue la date du dernier frottis ou son compte rendu n'était pas forcément présents dans le dossier médical de leur généraliste.

Plusieurs participantes de l'étude évoquent spontanément le fait d'être plus à l'aise pour le suivi gynécologique avec un médecin femme, aborder plus de sujets et se sentir mieux suivie (avec le sentiment que la femme en face est plus à même de les comprendre qu'un homme). Le suivi gynécologique par un homme n'est cependant pas cité comme un frein, il est refusé par une patiente victime de violences sexuelles dans le passé mais qui s'est orientée vers une femme gynécologue.

---

## 1. LES FREINS MIS EN EVIDENCE

---

Les catégories de freins mises en évidence par cette étude sont : l'éloignement de la consultation médicale, le désinvestissement du suivi gynécologique, la passivité face au dépistage du cancer du col de l'utérus, l'appréhension du dépistage du cancer du col de l'utérus, le caractère secondaire de ce dépistage.

---

### A) L'ELOIGNEMENT DE LA CONSULTATION MEDICALE

---

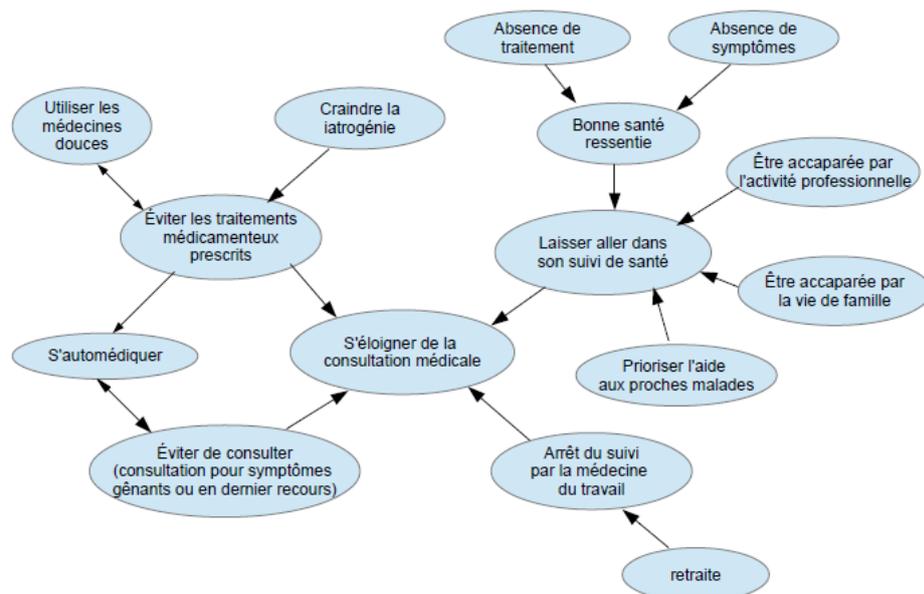


Figure 13 : schématisation analytique de l'éloignement de la consultation médicale

L'éloignement de la consultation médicale est un frein au dépistage du cancer du col de l'utérus en diminuant les opportunités de proposer ou réaliser le frottis pour le médecin.

Il peut découler d'une volonté des patientes de ne consulter le médecin qu'en dernier recours ou uniquement en présence de symptômes gênants. Ces patientes ont recours à l'automédication afin de repousser ou d'éviter la consultation, ainsi qu'aux médecines dites "douces".

*"J'essaie toujours de me soigner par moi-même au départ, comme tout le monde, on essaie de prendre quelque chose, et si on voit que ça passe pas ben on va chez le médecin, si je peux plus, s'il y a de la fièvre bien sûr, mais j'essaie toujours de prendre quelque chose pour voir si je ne peux pas enrayer ça" (Patiente 5)*

Il peut aussi être lié à une volonté d'éviter d'avoir recours à un traitement médicamenteux prescrit par un médecin, par peur de la iatrogénie.

L'éloignement de la consultation médicale peut également être en rapport avec la fin de l'activité professionnelle et la fin du suivi par la médecine du travail, qui en l'absence de soucis de santé était parfois le seul lien avec le monde médical.

*"Le médecin, avant mes 57 ans (découverte de l'hypertension artérielle) il me voyait pas beaucoup. Je suis rarement malade alors forcément on se voyait pas souvent. Je venais quand même une fois l'année quand je travaillais, mais bon..." (Patiente 1)*

L'éloignement de la consultation médicale peut aussi résulter d'un laisser-aller vis à vis de leur propre santé :

- parce que les femmes se sentent en bonne santé, de par l'absence de symptomatologie gênante ou de traitement chronique
- parce qu'elles sont accaparées par leur activité professionnelle

" Oui ça a traîné là... C'est que je ne travaille pas le mercredi donc j'essaie toujours de prendre rendez-vous le mercredi, mais bon des fois c'est pas évident on a des réunions tout ça... Là j'ai un peu traîné cette année, c'est vrai j'ai laissé courir. Et puis je me dis que bientôt je vais être en retraite alors je me disais "je ferai tout ça quand je serais en retraite""  
(Patiente 5)

- parce qu'elles sont accaparées par la vie de famille

" Tout un moment j'étais passée en phase "maman", donc je m'occupais plus du tout de ce qui pouvait se passer pour moi, c'était pas important pour moi, bon à part une grippe, un truc, mais sinon non, c'était pas important. Je ne faisais pas attention." (Patiente 8)

- parce qu'elles s'investissent prioritairement dans l'aide à un proche malade.

" Et puis le fait aussi que ma fille au eu de gros problèmes de santé ce qui fait que j'ai laissé un peu ma santé à l'abandon, je me suis plus occupée de ma fille." (Patiente 6)

## B) LE DESINVESTISSEMENT DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

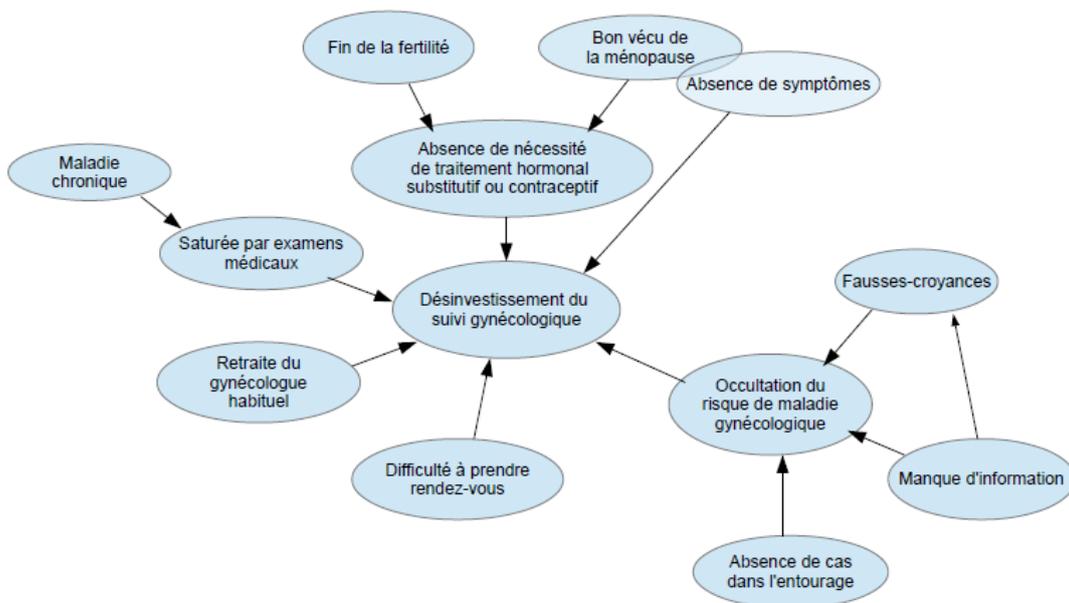


Figure 14 : schématisation analytique du désinvestissement du suivi gynécologique

L'absence de traitement hormonal (contraceptif ou substitutif de la ménopause) peut entraîner un désinvestissement ou tout du moins un relâchement dans le suivi gynécologique, par disparition de ce rendez-vous un peu obligé et bien défini dans le temps du « renouvellement » du traitement. Ce facteur est encore renforcé en cas de bon vécu de la ménopause, sans symptômes gênants amenant à consulter.

*"Bon après maintenant j'y vais un petit peu moins parce que bon je suis ménopausée, donc il y a moins besoin d'aller régulièrement, donc j'y vais tous les 2 ans à peu près [...] j'ai moins besoin d'aller tous les ans, avant j'allais tous les ans régulièrement." (Patiente 5)*

*"Après je vais quand même dire une chose, moi même si j'avais pas eu la tension moi à l'époque je prenais la pilule donc au moins je consultais 2 fois par an, donc déjà le médecin peut en parler au moins 2 fois par an au moment du renouvellement de la pilule. Après c'est vrai qu'il y a des nouveaux moyens de contraception où on n'est pas obligés d'y retourner si souvent. Par contre c'est après c'est vrai, quand on est ménopausée, après c'est le vide complet, on n'a plus besoin d'aller consulter son médecin pour la contraception... Si on n'est pas malade en plus..." (Patiente 9)*

Le sentiment d'être saturée par les examens de santé, du fait d'une maladie chronique jugée prenante peut amener au désinvestissement du suivi gynécologique.

*"C'est que j'ai déjà bien à faire avec mon diabète. [...] Après moi je me dis, s'il faut se faire dépister pour tout on ne s'en sort pas non plus." (Patiente 2)*

Le départ à la retraite du gynécologue habituel est également évoqué comme un facteur de désinvestissement du suivi gynécologique, avec un flottement dans la reprise par le médecin généraliste du suivi gynécologique. A noter tout de même que les patientes ayant évoqué le départ à la retraite du gynécologue ont toutes spontanément désigné le médecin généraliste comme relai pour le suivi gynécologique, soit parce que après la ménopause il est jugé moins nécessaire d'être suivie par un spécialiste, soit à cause de la difficulté à trouver un gynécologue.

*"Sinon est-ce que vous avez un suivi gynécologique ?*

*- Euh avec le médecin oui. J'en avais un avant avec un gynécologue, mais quand il est parti à la retraite, bon, j'avais moins besoin d'un gynéco pour un suivi... Bon disons que le médecin pour un frottis c'est bien aussi. Je ne suis pas partie à la recherche d'un autre gynécologue. Voilà donc c'est le médecin. [...] je ne sais pas si j'ai déjà fait un frottis avec le Dr R. mais j'en doute. Parce que le dernier frottis il doit dater de... avant que je sois partie...ça doit faire bien 3 ans... c'est pas bien. Non c'était fait régulièrement, même si là, bon, j'ai un petit peu... un oubli quoi." (Patiente 9)*

La difficulté à prendre rendez-vous chez le gynécologue participe au désinvestissement du suivi gynécologique, cette difficulté résultant des délais de rendez-vous assez longs parfois difficilement compatibles avec le mode de vie de la patiente, soit du fait de ses horaires professionnels, soit du fait de nombreux déplacements (voyages) après la retraite. La prise de rendez-vous est alors vécue comme une contrainte.

*"Mais c'est sûr que les délais qu'on a avec les spécialistes actuellement ça n'arrange pas les choses, parce que bon là par exemple je sais qu'il faut que je prenne un rendez-vous avec ma gynécologue. Bon nous, on n'est pas très souvent chez nous, quelque fois on part 2 mois, 3 mois à l'étranger, c'est galère pour prendre un rendez-vous, c'est pas évident." (Patiente 7)*

Le désinvestissement du suivi gynécologique peut résulter aussi d'une occultation du risque de pathologie gynécologique, expliquée par le manque d'information, l'absence d'antécédents dans l'entourage, ou encore des fausses-croyances parmi lesquelles on peut citer que le dépistage du cancer du col de l'utérus peut se faire par échographie et que l'examen radiologique est suffisant, que le fait d'être ménopausée diminue la fréquence nécessaire de suivi gynécologique ou que le besoin de suivi gynécologique diminue avec l'âge du fait de l'arrêt de la contraception, ou encore que l'absence de relations sexuelles diminue le besoin de consulter.

*" Alors si on en a fait un, ça doit faire bien 4 ans que j'ai pas été. La dernière fois on avait fait par... j'avais été voir un de mes médecins radiologues qui m'avait fait une écho pelvienne." (Patiente 6)*

*"Je ne sais plus si j'ai eu vraiment un gynécologue... de toute façon il n'y avait plus rien entre nous." (Patiente 12, en parlant d'activité sexuelle)*

Ces fausses croyances peuvent être liées à un manque d'information, celui-ci entraînant également un désinvestissement du suivi gynécologique, les femmes n'étant pas assez sensibilisées à l'intérêt de continuer à être suivies malgré la fin de la période de fertilité.

L'absence d'antécédents de maladie gynécologique dans l'entourage est également un facteur de désintérêt pour le suivi gynécologique (alors qu'à l'inverse un antécédent dans l'entourage proche favorise le recours au dépistage).

Une des conséquences du désinvestissement du suivi gynécologique est l'absence de consultation dédiée à la gynécologie dans le suivi médical, le suivi étant donc très opportuniste et soumis d'autant plus à l'investissement ou à l'attention du médecin traitant.

*" J'y vais pas "pour ça" en fait, c'est à l'occasion, s'il me dit en regardant le dossier "tiens ça fait longtemps qu'on n'a pas fait de prise de sang, ça fait longtemps qu'on n'a pas fait de frottis" (Patiente 3)*

C) LA PASSIVITE VIS A VIS DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL  
DE L'UTERUS

---

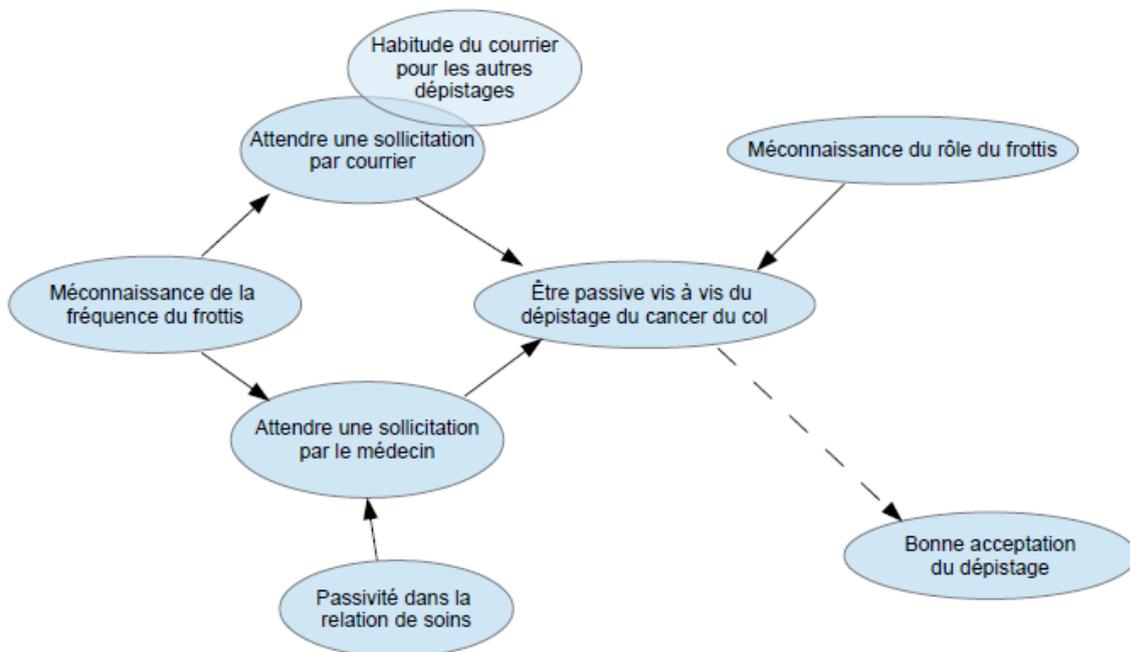


Figure 15 : schématisation analytique de la passivité vis à vis du dépistage du cancer du col de l'utérus

Les entretiens ont mis une évidence une grande passivité des patientes vis à vis du dépistage du cancer du col de l'utérus, ou encore un attentisme : elles attendent qu'on leur rappelle qu'il faut faire leur frottis, par courrier comme pour les autres dépistages, ou via leur médecin, ne prennent pas l'initiative de faire le frottis.

*" C'est le docteur qui s'en occupe. Enfin qui s'en occupe... c'est elle qui me dit quand il faut que je le fasse." (Patiente 9)*

Certaines jugent même que ce n'est pas à elles d'y penser mais bien au médecin.

*" Mais je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de femmes qui y pensent, c'est plutôt le médecin qui doit rappeler ce genre de choses." (Patiente 9)*

Cette passivité est renforcée par la méconnaissance du rôle ou simplement de la fréquence du frottis.

Cette passivité peut se traduire par une forme d'obéissance.

*" Je fais ce que me dit le docteur, c'est son métier [...]moi je suis, je fais ce qu'on me dit de faire." (Patiente 3)*

*" C'est le médecin, il a mon dossier et quand c'est le moment il le dit et je le fais" (Patiente 1)*

Cette passivité est un frein car il appartient uniquement au médecin de déclencher le dépistage, mais elle peut également être un atout dans le sens où les patientes acceptent facilement le frottis, sans se poser trop de questions, ce qui est développé plus loin dans le paragraphe sur les facteurs favorisant la réalisation du frottis).

#### D) L'APPREHENSION DU DEPISTAGE

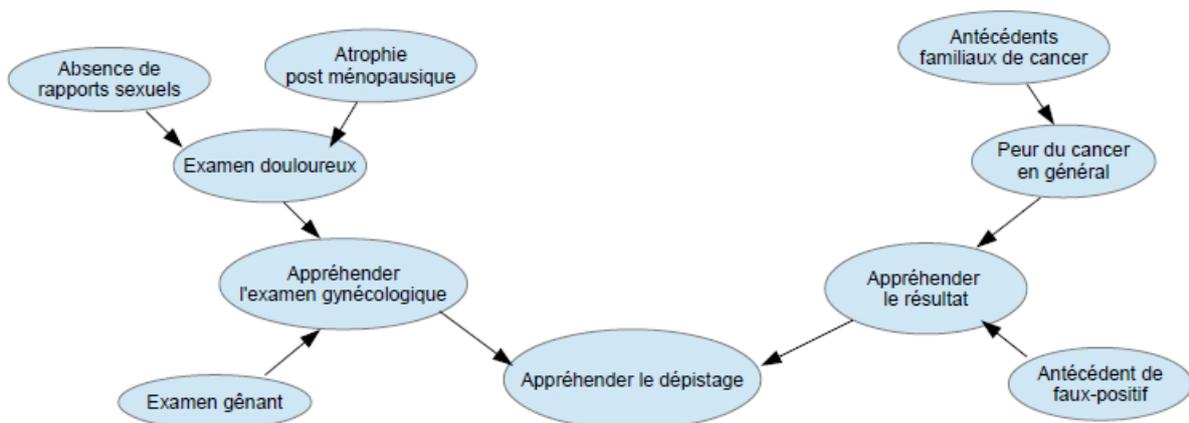


Figure 16 : schématisation analytique de l'appréhension du dépistage

Le fait d'appréhender le dépistage peut être un frein à sa réalisation.

L'appréhension peut être de deux types, soit une appréhension du geste en lui-même, soit une appréhension des résultats du frottis.

L'appréhension de l'examen gynécologique est surtout liée à la douleur ressentie lors de l'examen, qui est rapportée à l'atrophie post ménopausique ou à l'absence de relations sexuelles, ou alors à une gêne vis à vis de l'examen gynécologique.

*"Après bon il y a un moment que je suis toute seule et j'ai plus de rapports non plus, et ben du coup ça a du mal." (Patiente 6)*

*" Ca se passe... c'est vrai que c'est un examen pas marrant. Chez moi c'est assez douloureux..." (Patiente 7)*

*" Oh j'aime pas ça du tout... Comme beaucoup de femmes. Je pense qu'on n'aime pas beaucoup aller chez le gynéco. J'en connais pas qui vont avec plaisir." (Patiente 2)*

L'appréhension peut également être celle d'un résultat anormal, par peur du cancer dans un contexte d'antécédents familiaux de cancers (non gynécologiques), ou alors dans un contexte d'antécédent personnel de faux positif (cependant chez la patiente ayant évoqué ce souci de faux-positif il n'est pas évident de savoir si c'est la nécessité de devoir faire des examens supplémentaires en cas de nouveau résultat anormal qui la rebute, si c'est la peur du cancer ou la perte de confiance dans la fiabilité du frottis). A noter que si certaines patientes évoquent la peur du résultat, l'analyse des données met aussi en évidence une absence de peur du cancer du col de l'utérus, développée plus loin.

E) LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS : UN DEPISTAGE SECONDAIRE

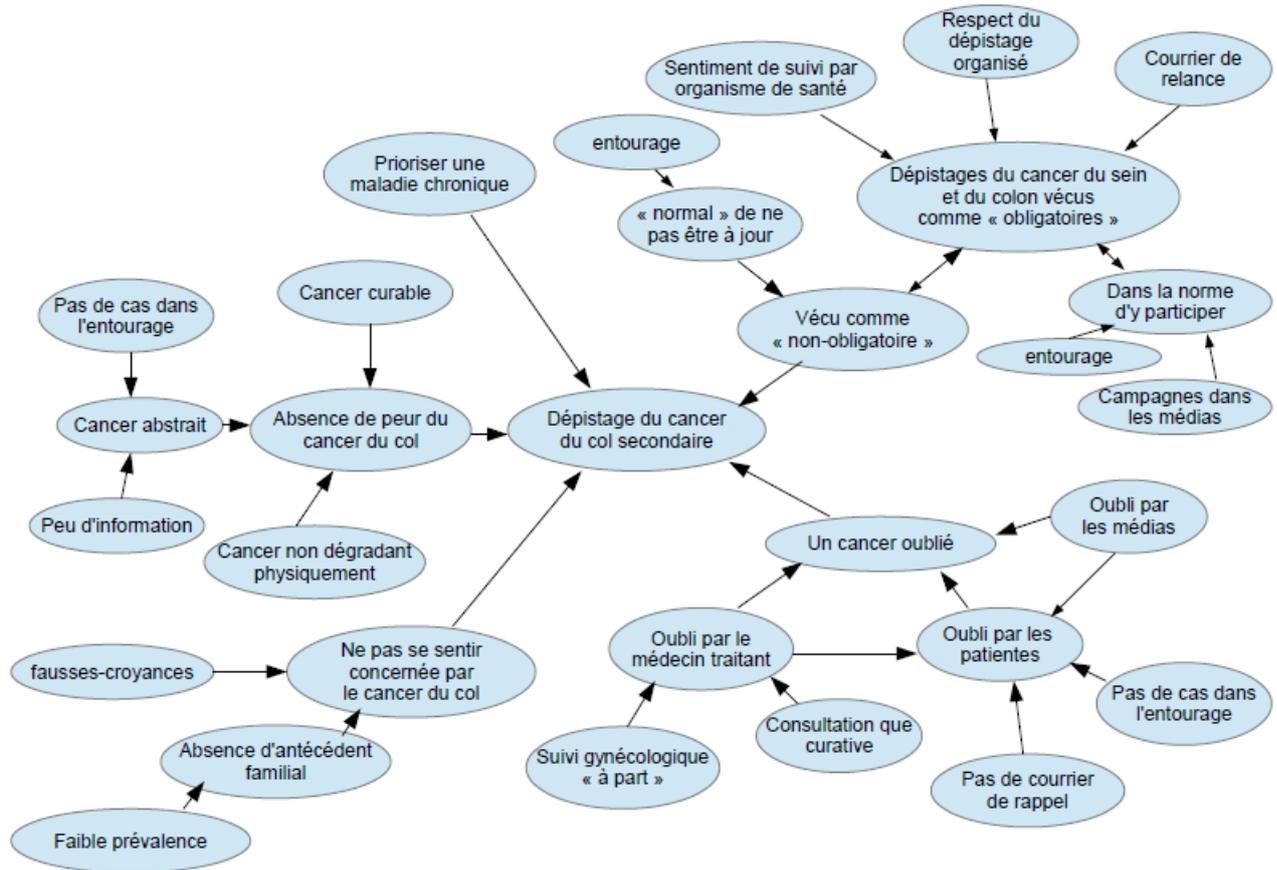


Figure 17 : schématisation analytique du caractère secondaire du dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus apparaît comme secondaire dans les pratiques de santé des femmes interrogées. Secondaire par rapport à d'autres problèmes de santé, par rapport aux autres dépistages, ou alors de moindre importance car le cancer du col de l'utérus ne fait pas peur ou ne semble pas être un risque à titre personnel, ou encore secondaire car oublié.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas prioritaire face à une maladie chronique jugée prenante par la patiente, qui se sent déjà surchargée d'examen médicaux

(ce qui rejoint le désinvestissement du suivi gynécologique du fait d'une surcharge d'examens dans le cadre d'une maladie chronique).

Il apparaît également comme secondaire par rapport aux autres dépistages que sont le dépistage du cancer du sein ou du cancer du colon, avec le ressenti "d'obligation" de certaines femmes vis à vis de ces deux dépistages organisés, en opposition à un vécu de "non-obligation" vis à vis du frottis.

*" Ces deux là [les dépistages du cancer du sein et du cancer du colon]. C'est les deux qui sont... enfin pas obligatoires mais conseillés, fortement." (Patiente 4)*

*" Ben un petit peu peut être comme la mammographie, avoir un rendez-vous un petit peu "obligé" parce que parfois on a tendance peut être à se dire "je vais prendre rendez-vous" et puis on traîne[...]. Alors que la mammographie on reçoit le papier on se dit je vais prendre le rendez-vous tout de suite. Parce que on a le papier donc on se dit c'est le moment de le faire. Autrement on a tendance un petit peu à laisser courir je pense. C'est comme pour le colon en fait, on reçoit le papier, on reçoit la pochette chez soi, donc du coup on se dit je vais le faire vu que j'ai tout chez moi ce serait dommage de ne pas le faire, je ne vais pas attendre. Ca nous oblige un peu à le faire quelque part." (Patiente 5)*

*" Les premières fois qu'il y a eu le dépistage, on en a parlé avec le médecin, est-ce que c'était obligatoire, est-ce qu'il fallait le faire ? Bon c'est ce qu'elle m'a dit, c'est pas obligatoire, moi j'ai pas dans mon entourage des gens qui sont vraiment susceptibles d'avoir ça" (Patiente 6)*

Ce vécu obligatoire des dépistages par mammographie et par test immunologique provient du fait de recevoir à domicile un courrier personnalisé, envoyé par une autorité de soins à part du suivi médical habituel (plus ou moins bien identifiée par les patientes, qui citent Cap Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le gouvernement), avec des relances en cas de non réalisation du dépistage, et est renforcé par une attitude de respect vis à vis d'un dépistage organisé et par l'impression d'être suivie, d'être entrée dans un circuit une fois qu'on a participé au dépistage une première fois.

*" J'ai reçu un courrier... Je crois bien que c'est ça. A partir de 50, ou 55 ans je ne sais plus, on doit recevoir un courrier, et puis voilà quoi, c'est ça qui déclenche. Et puis après on est dans le circuit et on reçoit des courriers de relance et voilà. Ca je respecte, voilà j'y vais. "*  
(Patiente 4)

Ce sentiment de ne pas être obligée de faire le frottis peut être renforcé par l'impression d'être dans la norme de ne pas être à jour de ce dépistage, par rapport aux autres femmes (notamment l'entourage proche). A l'inverse pour les dépistages du cancer du sein et du colon la norme est celle d'être dépistée, par l'impression dans l'entourage que la majorité des femmes sont dépistées, mais également parce que le message de dépistage est largement diffusé dans les médias.

*" Donc mon étude je la fais parce qu'on s'est rendu compte qu'en France on n'est pas très bon sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, il y a beaucoup de femmes qui ne sont pas à jour pour leur frottis.*

*- Je m'en doute ! (rires) Je ne suis pas la seule." (Patiente 6)*

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est également secondaire dans le sens où on ne lui accorde que peu d'importance, du fait de l'absence de peur du cancer du col de l'utérus ou du sentiment de ne pas être concernée par ce cancer.

En effet il ressort des entretiens que ce cancer ne fait pas peur.

L'absence de peur peut s'expliquer de différentes manières :

- par l'absence d'exemples dans l'entourage familial et proche.
- par la notion de curabilité de ce cancer, les femmes pouvant rapporter que c'est un cancer qui n'est pas grave s'il est pris à temps, et ce même si elles sont peu informées vis à vis de ce cancer (voire pas du tout).
- par le manque d'information, par les médecins mais aussi et surtout par les médias, en comparaison avec les cancers du sein et du colon, qui en fait un cancer très abstrait pour les patientes.

Cette moindre peur peut aussi être rapportée au caractère interne du cancer, qui n'entraîne pas de dégradation physique même en cas de chirurgie.

*"Cancer du sein je pense que c'est pire, c'est une dégradation physique. Cancer de l'utérus, bon, c'est interne." (Patiente 12)*

Parallèlement au fait de ne pas avoir peur de ce cancer, les patientes ne se sentent pas concernées par ce cancer à titre personnel, elles ne se jugent pas à risque de le développer, du fait de l'absence d'antécédent familial (toujours en lien avec la faible prévalence du cancer du col de l'utérus) ou du fait de fausses-croyances (déjà développées précédemment).

*"Et puis c'est pareil, j'ai aucun antécédent de cancer du col de l'utérus, donc..." (Patiente 2)*

*" Mais comme j'étais suivie avec la pilule j'ai su que c'était pour ça, parce qu'il y avait plus de risques au départ, donc je savais pourquoi je le faisais c'était pour le dépistage du cancer du col de l'utérus." ( Patiente 3)*

Le dépistage par frottis apparaît également secondaire parce que le cancer du col de l'utérus est un cancer souvent "oublié", par les patientes, par le médecin ou dans les médias.

Les patientes n'ont dans l'ensemble été au contact d'aucune campagne d'information ou de prévention pour le cancer du col de l'utérus via les médias, à l'exception d'une patiente qui cite un spot à la radio qui l'a beaucoup étonnée car elle n'en n'avait jamais entendu d'autres. C'est un sujet qui selon les patientes n'est pas abordé dans les émissions télé, alors que le cancer du sein et du colon eux le sont souvent.

En plus de l'invisibilité du cancer du col de l'utérus dans les médias, les patientes ne sont pas confrontées dans leur quotidien à ce cancer : pas de cas dans l'entourage familial

ou proche (ou alors cas qui ne sont pas visibles physiquement du fait du caractère interne du cancer).

*" On ne parle pas tellement du cancer de l'utérus. C'est un oublié parmi tous les cancers ça... Le sein, le cancer du colon, on en parle, mais le cancer de l'utérus on n'en parle pas." (Patiente 9)*

Les patientes interrogées n'ont jamais bénéficié d'un courrier de rappel vis à vis de ce dépistage, à l'exception d'une seule qui a reçu un courrier de la CPAM lui indiquant qu'elle n'avait pas réalisé de frottis depuis 3 ans, mais c'était la première fois.

Dans l'étude on retrouve aussi le fait que le dépistage par frottis a été oublié par le médecin généraliste au cours du suivi, notamment chez des femmes qui ne sont pas opposées à la réalisation du frottis mais en attente qu'on leur propose, soit dans un contexte de consultations uniquement pour des pathologies aiguës, occultant l'aspect préventif de la consultation, soit dans un contexte d'arrêt du suivi gynécologique par le spécialiste avec une période de flottement pour le relai par le médecin généraliste, ou encore d'alternance de suivi entre les deux sans réelle coordination.

*" Mais moi ça a vraiment été, comme j'avais une gynécologue j'en ai jamais parlé avec mon médecin traitant, quel qu'il soit, toute la partie gynécologique moi c'était avec ma gynéco. Et voilà quoi j'ai jamais eu de discussion avec le médecin par rapport à ça." (Patiente 4)*

## 2. LES FACTEURS FAVORISANT LA REALISATION DU FROTTIS

### A) LA BONNE ACCEPTATION DU FROTTIS

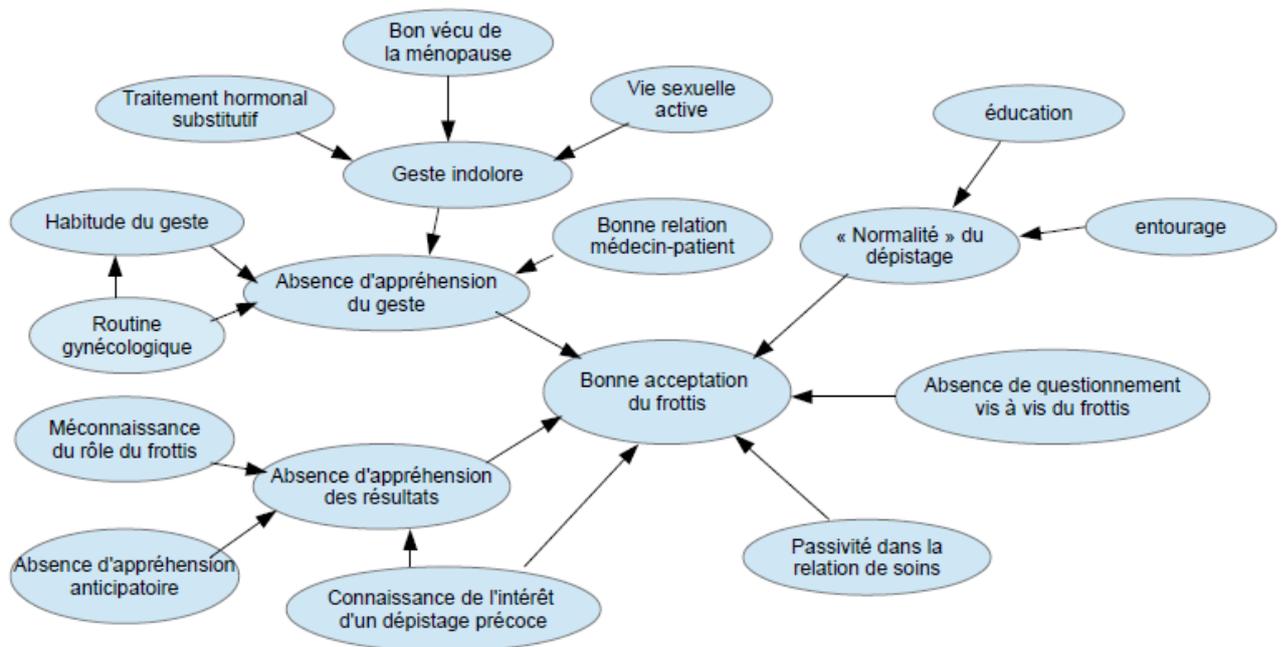


Figure 18 : schématisation analytique de la bonne acceptation du frottis

Les patientes interrogées à jour de leur frottis acceptent dans l'ensemble très facilement ce dépistage. Les facteurs amenant à cette bonne acceptation du frottis sont l'absence d'appréhension du geste, l'absence d'appréhension des résultats, la connaissance de l'intérêt d'un dépistage précoce, une relation passive vis à vis du médecin, une absence de questionnement vis à vis du frottis, le sentiment d'être dans la norme en participant au dépistage.

L'absence d'appréhension de l'examen est liée à la fois à une habitude du geste, qui fait partie intégrante de l'examen gynécologique, à l'absence de douleur lors du frottis, favorisée par une ménopause bien vécue ou la poursuite d'un traitement hormonal substitutif, ou encore à une vie sexuelle active. Elle découle également d'une bonne relation avec le médecin réalisant le geste.

*" Alors ça fait tellement d'années que je fais des frottis... Pour moi j'y vais "fingers in the nose", ça ne me dérange pas du tout." (Patiente 10)*

L'absence d'appréhension vis à vis du résultat est liée soit à une méconnaissance du rôle du frottis par la patiente, qui le réalise sans savoir qu'il dépiste un cancer, soit à l'inverse par la connaissance de l'intérêt d'un dépistage précoce et une réelle attitude préventive dans ce cas. Elle peut également découler d'une absence d'appréhension anticipée vis à vis de la maladie.

*" Ben pour moi si c'est dépisté, comme beaucoup de cancers mais surtout celui là, tôt il peut être réglé bien je pense. " (Patiente 11)*

*" Non ça ne m'inquiète pas particulièrement, je veux dire ça ne sert à rien, ce sera toujours bon le jour où il m'arrive quelque chose de m'angoisser, ça en sert à rien de se tracasser avant (rires)." (Patiente 9)*

La bonne acceptation du frottis est aussi souvent liée à une absence de questionnement vis à vis de l'examen, aucune patiente ne remet en question l'intérêt de le faire, les seuls doutes émis sont vis à vis de l'âge limite du dépistage, et ce même dans le cas d'un échec du dépistage chez une proche.

*"Alors je ne me suis jamais interrogée. Pour moi c'était un examen, ben il fallait le faire, parce que c'était quand même une sécurité, et puis c'est un examen quand même c'est quelque chose de simple, c'est pas douloureux, tout dépend sans doute du rapport qu'on a avec son médecin ou sa gynéco quoi, mais franchement moi ça m'a pas gêné. Ca ne m'a jamais questionnée plus que ça quoi." (Patiente 4)*

Cette absence de questionnement est renforcée par la passivité dans la relation avec leur médecin de certaines des patientes.

On note aussi la notion de normalité d'avoir un suivi gynécologique régulier, la norme sociale ressentie étant d'être bien suivie, ce qui peut être entretenu par la norme familiale, l'éducation qu'a reçue la patiente (et qu'elle peut transmettre à son tour).

" Voilà, donc mammographie régulièrement aussi. Frottis. C'est tout ce qui est de plus normal je pense [...] je lui ai dit après tu fais comme maman, tu vois ta gynécologue régulièrement, tu seras prévenue en temps et en heure, si tu es bien suivie." (Patiente 11)

La bonne acceptation du frottis peut également être favorisée par un processus de routine gynécologique.

## B) LA ROUTINE GYNECOLOGIQUE

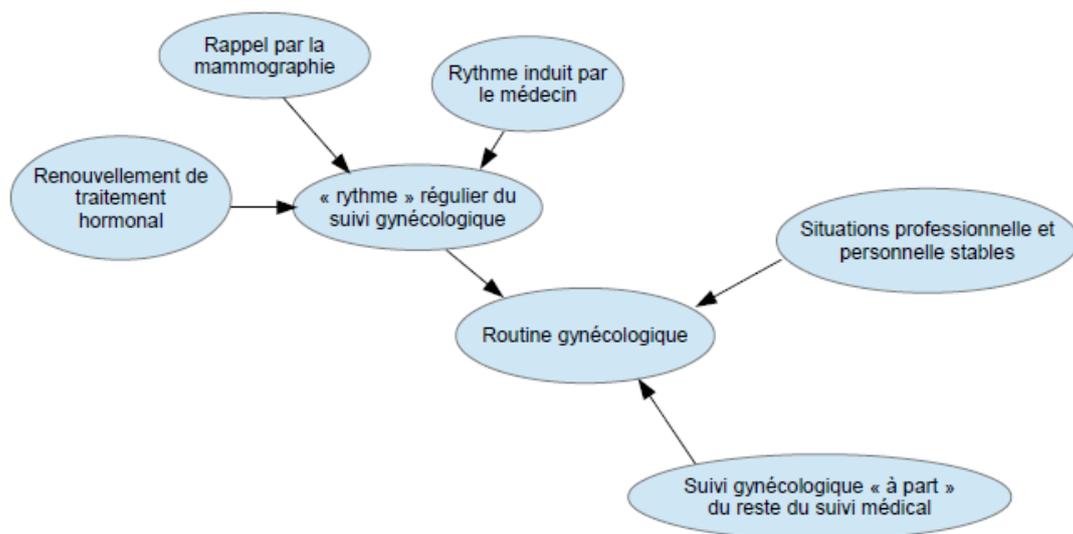


Figure 19 : schématisation analytique de la routine gynécologique

Le sentiment de routine dans le suivi gynécologique est un facteur favorisant le fait d'être à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les patientes interrogées.

Cette notion de routine gynécologique apparaît surtout pour les patientes dont le suivi gynécologique est individualisé du reste du suivi médical, et réalisé par un médecin spécialiste.

Elle est en lien avec la notion de rythme régulier des consultations, rythme dicté par le renouvellement d'un traitement ou la surveillance d'une pathologie (traitement hormonal substitutif de la ménopause, surveillance de l'ostéoporose) ou entretenu par le gynécologue à chaque consultation.

*"Mais elle me le dit à chaque fois, vous m'oubliez pas, revenez tous les ans." (Patiente 10)*

Le rythme peut également être en lien avec celui des autres dépistages, la mammographie pouvant par exemple servir de repère à la consultation gynécologique.

*" J'allais la voir avec les résultats de mammographie qu'elle recevait systématiquement, en même temps elle me faisait un frottis, voilà quoi. C'est tout ce que j'avais comme suivi gynécologique là les dernières années." (Patiente 4)*

La routine gynécologique semble aussi plus facile pour les patientes lorsque leur situation personnelle ou professionnelle est stable et leur permet d'anticiper la prise de rendez-vous.

---

---

## V. DISCUSSION

---

---

---

### A. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

---

---

#### 1. POINTS FORTS DE L'ETUDE

---

L'étude menée a permis de mettre en évidence les freins principaux au dépistage du cancer du col de l'utérus dans une population de femmes de 50 à 65 ans, pour lesquelles le taux de dépistage est le plus faible en France, population qui jusqu'à présent n'avait été que peu étudiée de manière spécifique.

La méthode qualitative retenue pour l'étude et l'orientation interactionniste du recueil de données ont permis, parmi les différentes thématiques abordées par les patientes, de ne retenir comme pertinentes pour l'analyse que les données inscrites dans le processus de dépistage, de manière empirique et sans hypothèses préconçues.

Le recueil de données par entretiens semi-dirigés, la bonne élaboration du guide d'entretien et l'attitude d'écoute de l'enquêteur ont permis un recueil vaste de données, les entretiens ayant pu durer jusqu'à 90 minutes.

Le travail de représentation schématique de toutes ces données apporte également une plus grande lisibilité aux résultats de l'étude, et permet de confirmer la validité de l'analyse des entretiens et des freins mis en évidence, par cohérence interne.

---

#### 2. POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

---

Même si l'analyse qualitative présente un grand intérêt par rapport à la question posée, le recueil des données et leur analyse n'ont été menés que par une seule personne, ce qui a pu apporter un biais de subjectivité. Par ailleurs les résultats de l'analyse n'ont pas été présentés secondairement aux patientes interrogées.

Le mode de recrutement des patientes au cours de consultations chez le médecin généraliste a limité la variété de l'échantillon, et ne favorise probablement pas l'indépendance des réponses qui s'adressent à une enquêtrice également professionnel de santé, même si présentée avant tout comme une étudiante. En outre, cela ne permet pas d'avoir accès à des patientes en rupture avec le système de santé ou simplement avec le système de dépistage.

Les patientes recrutées l'ont également toutes été dans le même secteur géographique, la métropole nantaise, soit dans un secteur de soins correctement doté en médecins généralistes et en gynécologues, ce qui a pu limiter le recueil de données, la difficulté géographique d'accès aux soins n'étant pas présente.

La saturation des données n'a pas été atteinte au terme du douzième entretien, le recueil des données a été stoppé au bout de 12 entretiens du fait d'une contrainte de temps pour mener à bien le travail d'analyse et de rédaction avant la date de soutenance de la thèse issue du travail de recherche, néanmoins la cohérence interne est obtenue pour rendre compte d'une partie du processus.

## B. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

---

L'étude menée a permis de mettre en évidence 5 grandes catégories de freins à la réalisation du frottis chez les femmes de 50 à 65 ans interrogées : l'éloignement de la consultation médicale, le désinvestissement du suivi gynécologique, la passivité face au dépistage du cancer du col de l'utérus, l'appréhension du dépistage du cancer du col de l'utérus, et le caractère secondaire de ce dépistage.

Tous cependant ne sont pas spécifiques à la tranche d'âge interrogée et ne peuvent expliquer la diminution du taux de dépistage passé 50 ans. Parmi les facteurs pouvant être rapportés à l'âge on retrouve le désinvestissement du suivi gynécologique, la douleur lors de l'examen gynécologique du fait de l'atrophie vaginale post-ménopausique, l'absence de relations sexuelles et le caractère secondaire du dépistage du cancer du col de l'utérus par rapport aux autres dépistages proposés à partir de 50 ans.

Le désinvestissement du suivi gynécologique après 50 ans est un frein spécifique de la tranche d'âge étudiée, et est déjà cité de nombreuses fois dans la littérature (13), notamment du fait du passage à la ménopause (1). L'étude met cependant en évidence que l'état de ménopause en tant que tel ne doit pas être considéré comme un frein à lui tout seul, c'est une ménopause bien vécue, sans symptômes et surtout en l'absence de traitement hormonal substitutif qui amène la femme ménopausée à délaissé le suivi gynécologique. A l'inverse le fait de suivre un traitement hormonal de la ménopause est un facteur d'adhésion au suivi gynécologique, et donc un moteur pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, élément qui est développé dans la thèse d'Aurélié Baligout qui étudie les attitudes vis à vis des consultations gynécologiques des femmes ménopausées (13). Il faut plutôt retenir que la ménopause peut être un facteur de rupture dans la routine gynécologique, qui combiné à d'autres facteurs comme la difficulté d'accès à la consultation, la douleur, les connaissances erronées peut amener à l'arrêt du dépistage pour le cancer du col de l'utérus.

L'absence de relations sexuelles peut être un frein au dépistage du cancer du col de l'utérus, soit en raison d'une fausse croyance ( leur disparition rend le suivi gynécologique moins nécessaire, comme évoqué dans le travail de recherche d'Ariane Gambiez-Joumard(5)), soit parce que l'examen est alors ressenti comme plus douloureux. Ce facteur a été très peu abordé par les patientes lors des entretiens, c'est une information qu'il a été difficile d'obtenir, probablement du fait de son caractère intime, et qui fait se poser la question de l'activité sexuelle dans la tranche d'âge.

Les résultats de l'étude CSF "Contexte de la Sexualité en France" publiée en 2007 par Nathalie Bazos de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et Michel Bozon de l'Ined (Institut National d'études démographiques) et menée auprès de 6284 femmes, montrent que 90% des femmes en couple entre 50 et 69 ans ont eu au moins un rapport sexuel dans l'année précédent l'étude, la fréquence des rapports dans cette même tranche d'âge étant de 7.3 par mois (14). L'absence de relations sexuelles semble donc plus liée au statut marital qu'à l'âge des patientes. Lors du recensement 2006 de l'Insee, environ 70% des femmes de 50 à 65 ans ont déclaré vivre en couple, soit seulement

30% de femmes célibataires (15). L'absence de relations sexuelles ne semble donc pas être prépondérante dans la tranche d'âge étudiée, et a par ailleurs été évoquée aussi par une patiente pourtant bien suivie sur le plan gynécologique et à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus, on ne peut donc la considérer comme un réel frein au dépistage du cancer du col de l'utérus, ni la considérer comme spécifique de la tranche d'âge.

La représentation secondaire du dépistage du cancer du col de l'utérus par rapport aux autres dépistages organisés après 50 ans est un frein qu'on peut juger spécifique de la tranche d'âge, les femmes plus jeunes n'étant pas concernées par ces deux dépistages du cancer du sein et du colon.

Pour rappel le taux de dépistage des femmes pour le cancer du col de l'utérus en France est de 52,4% de 50 à 54 ans, 47,3% de 55 à 59 ans et 41,9% de 60 à 64 ans (2).

Si l'on considère les chiffres de l'Institut National du cancer pour l'année 2014, 52,1% des femmes de 50 à 74 ans concernées par le dépistage organisé du cancer du sein ont bénéficié d'une mammographie (16), ce qui semble alimenter les résultats de notre étude. Par ailleurs cette préoccupation bien plus importante des femmes pour le cancer du sein par rapport aux autres est décrite dans la littérature, notamment dans l'étude menée en 2004 pour l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne par Cynthia Morgny, sociologue, et Amandine Weber, chargée d'études, à partir d'entretiens par focus group auprès de femmes de 18 à 65 ans (17). De cette étude ressortait également le fait que le cancer du col de l'utérus n'était pas une préoccupation de santé des femmes interrogées, et que le lien entre le frottis et le dépistage du cancer du col de l'utérus n'était pas fait.

En ce qui concerne le dépistage pour le cancer colorectal, les données de l'Institut National de Veille Sanitaire pour la période 2013-2014 montrent un taux de participation des femmes de 50 à 74 ans de 31,5% en France et 40,5% en Loire-Atlantique (18), département où a été menée notre étude, taux qui est inférieur à celui du dépistage pour le cancer du col de l'utérus. Cependant, même si le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est inférieur, notamment du fait du dégoût inspiré par l'examen ou de la peur des examens complémentaires qui peuvent en découler (coloscopie) évoqués lors des entretiens, il a tout de même aux yeux des patientes une importance et une visibilité plus grandes, notamment

du fait d'exemples dans l'entourage ou de représentation dans les médias, et du rappel par courrier reçu par les patientes.

Parmi les freins cités il semble intéressant de revenir sur la passivité des patientes face au dépistage du cancer du col de l'utérus et l'absence de peur du cancer du col de l'utérus. Ces deux phénomènes peuvent à la fois être un frein mais aussi un atout pour la réalisation du dépistage, selon les conditions dans lesquelles ils surviennent.

L'absence de peur du cancer du col de l'utérus n'incite pas les femmes à se faire dépister (parce qu'elles n'y pensent pas ou ne se sentent pas concernées) mais fait également qu'elles ne refusent pas le dépistage proposé par peur de résultats positifs comme cela peut être le cas pour certaines patientes de l'étude pour le dépistage du cancer du sein ou le cancer du colon.

La passivité peut être un frein du fait de l'absence de rappel extérieur pour réaliser le frottis (absence de courrier de rappel comme pour les autres dépistages, oubli du médecin) mais peut également être un atout pour la réalisation du frottis si certaines conditions sont réunies : rappel systématique du médecin, routine gynécologique instaurée, absence de peur de l'examen (et notamment de douleur lors de l'examen).

On peut se poser la question du lien entre la passivité et une attitude paternaliste des patientes face au médecin, peut être plus prépondérantes dans la tranche d'âge 50-65 ans que chez les plus jeunes. En effet l'évolution de la relation de soins en France fait que depuis les années 90 on assiste à un recul de l'attitude paternaliste dans la relation médecin-patient, au profit d'un modèle autonomiste, comme le résume très bien Suzanne Rameix, philosophe et maître de conférences en éthique médicale, dans un article de 2004 des Cahiers philosophiques (19). Les patientes de la tranche d'âge ont donc pu être plus habituées que les plus jeunes à attendre la proposition du médecin pour réaliser les examens, à ne pas y penser d'elles mêmes. Cependant pour l'affirmer dans cette étude il aurait fallu s'intéresser aussi au profil et au point de vue du médecin traitant des patientes, ce qui n'a pas été le cas.

L'étude réalisée avait également pour finalité de pouvoir proposer des pistes d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 50 à 65 ans, en identifiant les facteurs favorisants ainsi que les freins sur lesquels il est possible d'agir, en tant que médecin traitant ou à plus grande échelle.

Pour rappel les facteurs favorisants retrouvés sont l'instauration d'une routine gynécologique et la bonne acceptation du frottis. Parmi ces 3 catégories de facteurs favorisants, beaucoup sont intrinsèquement liés à la patiente et non accessibles par le médecin, comme l'éducation familiale au suivi gynécologique, l'influence d'un entourage qui se fait dépister, la stabilité professionnelle ou personnelle ou encore la préférence d'un médecin femme pour le suivi gynécologique.

Le manque de connaissances (du fait du manque d'information) des patientes par rapport au dépistage du cancer du col de l'utérus fait partie des freins repérés par l'étude sur lesquels les soignants peuvent avoir un impact, soit par le biais d'une information orale au cours de la consultation, dédiée ou non à la gynécologie, soit par le biais de documentation ou d'affichage en salle d'attente, pouvant amener la patiente à aborder le sujet même si elle ne consultait pas "pour ça", comme l'exprimait une des patientes de l'étude. Cette information peut également être développée à plus grande échelle dans la presse ou les médias, comme cela a déjà été réalisé avec un spot radiophonique en janvier 2016.

L'information devra porter sur le cancer du col bien sûr, sur le rôle du frottis en tant que dépistage de ce cancer et sur l'intérêt du dépistage précoce pour la survie, sur la fréquence souhaitée de dépistage, mais également sur les personnels de santé habilités à réaliser le geste et la possibilité de le réaliser au laboratoire sur simple prescription médicale, ce qui permet de lever le frein de la difficulté à prendre rendez-vous (du fait du délai long de rendez-vous chez un spécialiste ou d'un emploi du temps chargé).

La communication aux femmes d'une estimation personnalisée de leur risque vis à vis du cancer du col ne semble pas pertinente pour augmenter leur participation au dépistage

et aurait même tendance à avoir l'effet inverse selon deux méta- analyses publiées par la Cochrane Collaboration en 2002 et 2006 et rapportées dans les recommandations 2013 de la Haute Autorité de Santé concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus (1).

La non-proposition de réaliser le frottis par le médecin généraliste est un frein qui peut lui aussi être évitable. La non-proposition relève de plusieurs situations différentes. Elle peut provenir d'un oubli du médecin face à une patiente qui ne consulte qu'en phase aigüe pour des problèmes de santé bien précis qui occultent l'aspect préventif de la rencontre de soins, ou alors parce qu'elle est porteuse de pathologies chroniques complexes, mais elle peut également être le résultat d'une communication insuffisante entre le spécialiste ou la sage-femme réalisant le frottis et le médecin traitant, qui n'est pas tenu informé du suivi, ou à une absence de motivation du médecin traitant vis-à-vis du suivi gynécologique.

Pour pallier à l'oubli, on peut envisager de mettre en place un rappel automatique dans le dossier informatisé des patientes, en fonction de la date du dernier frottis, ou un onglet spécifique rappelant les dates des derniers examens réalisés et des prochains à prévoir.

Pour améliorer la prise en compte du suivi gynécologique de la patiente par le médecin traitant, on peut bien sûr envisager la rédaction et l'envoi d'un compte-rendu de consultation adressé au médecin traitant à chaque visite chez le spécialiste ou la sage-femme, mais aussi en ce qui concerne le frottis simplement la communication systématique du compte-rendu cytologique au médecin traitant de la patiente par le laboratoire d'analyse et pas uniquement au prescripteur ou à la personne ayant réalisé l'examen, ainsi que la communication systématique du résultat à la patiente, pour favoriser son investissement dans ce suivi.

Cependant comme le montre notre étude, l'information correcte des patientes et la proposition par le médecin de réaliser le frottis ne sont pas à eux seuls suffisants pour que les patientes soient à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus, il semble intéressant surtout de travailler sur les conditions de sa réalisation pour obtenir un meilleur taux de

dépistage : conditions individuelles pour chaque patiente, conditions organisationnelles à l'échelle départementale ou nationale, ou encore conditions techniques.

Sur le plan individuel, notre étude montre que l'instauration d'une routine gynécologique, d'un rythme régulier et habituel de consultation gynécologique chez les patientes est un facteur favorisant le fait d'être à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette routine est d'autant plus facile à mettre en œuvre que les patientes sont suivies par un gynécologue, avec un suivi bien individualisé du reste du suivi médical permettant le repérage dans le temps de la consultation gynécologique, et dont le rythme est entretenu par la recommandation du spécialiste. Il semble intéressant de travailler à instaurer cette routine gynécologique chez le médecin généraliste, du fait de la démographie médicale actuelle (le nombre de gynécologues par femme étant en baisse), mais également afin de lever les freins comme les délais longs de rendez-vous ou l'accès géographique ou financier difficile au spécialiste. Mais comment ? Tout d'abord il semble logique de communiquer aux femmes la possibilité de réaliser ce suivi gynécologique par le médecin traitant et de leur en rappeler l'utilité même après 50 ans, même après la ménopause et en l'absence de traitement hormonal substitutif. Ensuite il semble pertinent de réaliser ce suivi gynécologique au cours d'une consultation dédiée, sans autre motif de consultation associé, afin de retrouver ce côté "à part", individualisé du reste du suivi, de la consultation gynécologique et favorisant son repérage dans le temps. Mais selon quel rythme, et quelles modalités ? Le rythme "habituel" en France rapporté par la plupart des patientes de l'étude est celui d'une consultation gynécologique par an en l'absence de symptômes, comprenant un examen pelvien et un examen des seins, voire un frottis. Cet examen annuel après la ménopause est conseillé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (20), mais il n'existe en réalité pas de recommandation ferme sur le rythme ou le contenu de l'examen gynécologique de routine en France. En 2014, l'American College of Physicians a émis, suite à une revue de la littérature, la recommandation de ne plus inclure l'examen pelvien (toucher vaginal et examen au speculum, en dehors de la réalisation du frottis) dans l'examen gynécologique de routine des femmes non enceintes et asymptomatiques (21). Cette recommandation a été validée en 2016 par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (22), au vu de la balance bénéfice/risque de cet examen. Cette

recommandation se base sur l'absence d'études prouvant fortement son intérêt diagnostic ou pronostic en l'absence de symptômes et sur les effets néfastes comme l'anxiété, la gêne ou la douleur lors de l'examen (rapportés par près d'1/3 des femmes), le sur-diagnostic ou le traitement par excès (21). Pour l'examen clinique des seins la situation est moins claire, il n'existe pas non plus de recommandation forte sur la périodicité de cet examen, les recommandations ne concernant que la mammographie à réaliser tous les 2 ans (23). Il est également conseillé de manière annuelle après la ménopause par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (20), mais si l'on s'intéresse aux recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs il n'est plus conseillé en tant que dépistage du cancer du sein (ni seul ni associé à la mammographie) du fait de l'absence d'étude prouvant son bénéfice en terme de mortalité par cancer du sein et du risque d'examens complémentaires inutiles (biopsies pour lésions bénignes) (24). Cette recommandation est cependant jugée comme faible et fortement nuancée par ce même groupe d'études, qui juge qu'il appartient au clinicien de juger de la pertinence ou non de l'examen clinique des seins, et de prendre en compte les facteurs de risque personnels de la patiente (25). Il est également conseillé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français de procéder au cours de cet examen annuel à la mesure du poids et de la taille afin de dépister une éventuelle ostéoporose, et à la réalisation d'une exploration biologique (glycémie et cholestérol) tous les 3 ans.

Au final il semble pertinent de proposer aux femmes un rythme de surveillance gynécologique annuel après la ménopause, avec un examen clinique comportant la mesure du poids, de la taille, de la tension artérielle, un examen mammaire, et un examen pelvien avec réalisation du frottis tous les 3 ans et prise de sang de dépistage du diabète et de la dyslipidémie tous les 3 ans.

Sur le plan individuel, en plus de l'instauration de cette routine, le praticien devra s'attacher à rendre l'examen le moins désagréable et douloureux possible, par une bonne maîtrise du geste ou encore la prescription d'un traitement œstrogénique local avant l'examen comme recommandé par la Haute Autorité de Santé (1).

Au vu des résultats de l'étude il semble également intéressant de modifier l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, en passant d'un mode de dépistage individuel et opportuniste à un dépistage organisé, comme pour les dépistages du cancer du sein et du colon, ce qui rejoint les recommandations de la Commission Européenne émises en 2008 (26). Depuis les années 1990, 5 départements pilotes en France (Doubs, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) ont testé différents types de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus avec des résultats encourageants concernant la détection des cancers mais également des lésions pré-cancéreuses surtout chez les plus jeunes (4). Depuis 2010 ce sont 13 départements tests (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère, Martinique, Allier, Cantal, Puy-de-Dôme, Haute-Loire, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Réunion, Val-de-Marne) qui ont mis en place un dépistage organisé avec un protocole commun correspondant à celui testé en Alsace depuis 1994, soit l'envoi d'un courrier d'invitation au dépistage pour les femmes non dépistées depuis 3 ans (ciblées par l'absence de remboursement de frottis depuis 3 ans) suivi d'un courrier de relance 9 à 12 mois après en l'absence de dépistage. Cette organisation fait ses preuves puisque le taux de dépistage dans ces départements a augmenté globalement de 13,2 points en seulement 3 ans, entre 2010 et 2012, cette hausse provenant essentiellement de la participation des femmes qui n'étaient pas dépistées sur le mode individuel (27).

Sur le plan de la technique de dépistage, l'utilisation d'auto-prélèvements vaginaux à la recherche de Papillomavirus oncogènes pourrait être une aide au dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment pour les femmes ne participant pas spontanément au dépistage du cancer du col de l'utérus. La pertinence des auto-prélèvements vaginaux de détection des Papillomavirus à haut risque oncogène par rapport au frottis cervico-utérin classique et l'efficacité de la mise en place de ce type de dépistage ont été étudiés dans le cadre du projet Apache mené entre 2011 et 2014 dans la région de Tours. L'étude a comporté 2 phases : Apache 1, évaluant la performance de l'auto-prélèvement vaginal pour la détection d'infections cervicales à papillomavirus humain, puis Apache 2 évaluant l'efficacité sur la participation de l'envoi d'un kit pour APV au domicile de femmes non dépistées.

L'étude Apache 1 réalisée sur une population de 734 femmes a confirmé la sensibilité et la spécificité des auto-prélèvements vaginaux secs (88,7% et 92,5%) ou en phase liquide (87,4% et 90,9%) pour détecter des infections cervicales à Papillomavirus (28).

L'étude Apache 2 a étudié l'efficacité et le coût de l'envoi à domicile d'un kit d'auto-prélèvement vaginal chez des femmes non à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus, comparativement à une absence d'incitation ou à une invitation par courrier à réaliser un frottis. La population étudiée a été de 6000 femmes au total, dans la région Indre et Loire. La participation au bout de 9 mois était significativement supérieure dans le groupe « auto-prélèvement » (22,5%) par rapport aux groupes « relance » (11,7%) et « sans intervention » (9,9%). Les ratios différentiels coût-résultat par femme supplémentaire dépistée étaient respectivement de 77,8€ pour le groupe « relance » et de 63,2€ pour le groupe « auto-prélèvement » par rapport au groupe « sans intervention » (29).

Cette méthode semble donc être une alternative intéressante pour atteindre les femmes ne réalisant pas de frottis, à la fois sur le plan de l'efficacité mais aussi du rapport coût-efficacité. Un troisième volet de l'étude (Apache 3) est actuellement en cours au CHRU de Tours afin d'évaluer quelle stratégie de remise du kit d'auto-prélèvement (chez un médecin ou une sage-femme après réception d'un courrier d'invitation ou directement par courrier) est la plus intéressante en terme d'efficacité et de rapport coût-efficacité.

## VI. CONCLUSION

---

L'étude réalisée a montré qu'il y a peu de freins au dépistage du cancer du col de l'utérus spécifiques de la tranche d'âge des 50-65 ans.

Les patientes interrogées ont une vie encore très active où le dépistage du cancer du col de l'utérus n'occupe une place que très secondaire notamment du fait de l'absence de visibilité du dépistage, de l'absence de peur du cancer du col du fait de son caractère très abstrait (absence de cas dans l'entourage du fait d'une faible prévalence, peu représenté dans les médias) mais également de son caractère interne, non visible et non délabrant physiquement. De manière plus spécifique à l'âge, le dépistage par frottis apparaît comme secondaire par rapport aux autres dépistages proposés à partir de 50 ans qui sont le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon, le caractère organisé de ces dépistages induisant même un ressenti "d'obligation" auprès de certaines patientes. La douleur liée à l'atrophie post-ménopausique lors de l'examen gynécologique est un frein spécifique des plus de 50 ans retrouvé dans l'étude. Le désinvestissement du suivi gynécologique après la ménopause apparaît également comme un frein prépondérant dans la tranche d'âge étudiée. Il peut être lié à la fin de la nécessité de contraception et renforcé par l'absence de traitement hormonal substitutif en cas de ménopause bien vécue, mais aussi à l'occultation du risque gynécologique qui peut être liée à de fausses croyances par rapport à l'âge ou encore au manque d'information des femmes.

Les pistes d'amélioration envisagées à l'issue de ce travail de recherche pour favoriser le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 50 à 65 ans sont donc d'augmenter la visibilité du cancer du col de l'utérus et de l'intérêt du dépistage dans la population générale par des campagnes plus nombreuses dans les médias, mais également à titre individuel d'informer chaque femme de plus de 50 ans rencontrée en consultation de l'intérêt de poursuivre un suivi gynécologique régulier chez un spécialiste ou chez le médecin traitant, et ce même en l'absence de traitement hormonal, de symptômes gynécologiques ou d'antécédents familiaux, en essayant d'instaurer une "routine gynécologique" chez les patientes. La mise en place d'un dépistage organisé pour le cancer du col de l'utérus semble

également être un atout majeur pour améliorer le taux de dépistage, ce qui rejoint les dernières recommandations de la Commission Européenne (26) ainsi que le Plan Cancer 2014-2019 qui projette d'ici à 2019 la généralisation à l'ensemble du territoire français du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (30). Enfin l'utilisation des kits d'auto-prélèvement vaginaux à la recherche de Papillomavirus oncogènes semble être un moyen efficace et acceptable sur le plan économique pour atteindre les femmes non à jour du dépistage par frottis, et qui devrait trouver sa place à l'avenir dans l'éventail des actions préventives mises en place.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. [Internet]. 2013. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_vf\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf)
2. Institut National du Cancer. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus en France métropolitaine - Données essentielles. [Internet]. [cité 30 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. Cancers. Col de l'utérus [Internet]. [cité 3 juill 2016]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coB\\_21B.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_21B.htm)
4. Nicolas Duport, Ken Haguenoer, Rosemary Ancelle-Park, Juliette Bloch. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes ». [Internet]. InVS; 2007 [cité 3 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer\\_col\\_uterus%20evaluation/col\\_uterus.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf)
5. Gambiez-Joumard Ariane. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. [Internet]. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Saint-Etienne; 2010. Disponible sur: [http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/GAMBIEZ\\_These\\_2011\\_pdf\\_1326273997367.pdf](http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/GAMBIEZ_These_2011_pdf_1326273997367.pdf)
6. Carles-Ferreira Karine. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes. [Internet]. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Nice Sophia- Antipolis. 2014 [cité 1 déc 2014]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00932139/document>
7. Rocher Julie. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. [Internet]. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Créteil: Paris Val de Marne; 2014 [cité 16 déc 2014]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th000643435.pdf>
8. Pujol H, Busso M. Obstacles socioculturels au dépistage. In: Psychologie, cancers et société [Internet]. L'Esprit du temps. 1995 [cité 13 nov 2014]. p. 232. Disponible sur: [http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=EDT\\_PELIC\\_1995\\_01\\_0221](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=EDT_PELIC_1995_01_0221)
9. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz A, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ Soins*. 2012;43(4):261.
10. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;(87):74-9.
11. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual*. 2006;26(2):1-18.

12. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014.
13. Baligout Aurélie. Les femmes ménopausées ont-elle modifié leurs attitudes vis à vis des consultations en milieu gynécologique depuis l'étude WHI ? [Internet]. [Thèse de doctorat en Médecine]. Université Paris Diderot; 2013 [cité 1 déc 2014]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4479\\_BALIGOUT-These.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4479_BALIGOUT-These.pdf)
14. Nathalie Bajos (Inserm), Michel Bozon (Ined). Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » [Internet]. mars 2007 [cité 20 juill 2016]. Disponible sur: [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_CSF\\_-\\_1er\\_resultats.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_CSF_-_1er_resultats.pdf)
15. Dagnet Fabienne, Niel Xavier. Vivre en couple - La proportion de jeunes en couple se stabilise [Internet]. Insee. 2006 [cité 20 juill 2016]. Disponible sur: <zotero://attachment/215/#inter1>
16. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
17. Morgny Cynthia, Weber Amandine. Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? [Internet]. ORS Bourgogne; 2004 [cité 1 déc 2014]. Disponible sur: <http://orsbourgogne.free.fr/Etudfemmes.pdf>
18. Institut National de Veille Sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014 [Internet]. 2015 [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014>
19. Rameix S. La décision médicale. Du paternalisme des médecins à l'autonomie des patients. Cah Philos. juin 2004;(98):42-69.
20. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Le suivi de la femme ménopausée [Internet]. [cité 15 août 2016]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause/335-le-suivi-de-la-femme-menopausee>
21. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Screening Pelvic Examination in Adult Women. Ann Intern Med. 1 juill 2014;161(1):67-72.
22. Tonelli M, Connor Gorber S, Moore A, Thombs B. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs adopte les lignes directrices de l'American College of Physicians. Can Fam Physician Médecin Fam Can. mars 2016;62:117-21.
23. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Dépistage et prévention du cancer du sein. [Internet]. 2015 [cité 15 août 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)

24. Groupe d'Etude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs. Recommandations du GECSSP concernant l'examen clinique et l'auto-examen des seins. [Internet]. 2011 [cité 15 août 2016]. Disponible sur: <http://canadiantaskforce.ca/files/guidelines/2011-breast-cancer-clinician-cbe-bse-recommendation-fr.pdf>
25. Groupe d'Etude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs. Recommandations du Groupe d'Etude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs concernant l'examen clinique des seins. [Internet]. 2012 [cité 14 août 2016]. Disponible sur: <http://www.depistagesein.ca/wp-content/uploads/2012/05/GAM/RecommandationsGECSSP-VF.pdf>
26. Commission Européenne. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second Edition. 2008.
27. Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;13-14-15:228-34.
28. Haguenoer K, Giraudeau B, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, De Pinieux I, et al. Performance de l'auto-prélèvement vaginal sec pour la détection des infections à Papillomavirus à haut risque oncogène dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus : une étude transversale. Bull Epidemiologique Hebd. 20 mai 2014;(13-14-15):248-54.
29. Haguenoer K. Le projet Apache: détection de papillomavirus humains oncogènes par auto-prélèvement vaginal sec [Thèse de doctorat en Médecine]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
30. Institut National du Cancer. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-20192>

## VIII. ANNEXE. GUIDE D'ENTRETIEN

---

Dans le cadre de ma thèse je réalise actuellement un travail de recherche concernant la santé et le suivi médical des femmes à partir d'entretiens. Je ne vais pas vraiment vous poser de questions sous la forme d'un questionnaire mais plutôt vous demander de me raconter les choses. Notre entretien sera enregistré pour me permettre de retranscrire ce qu'on se dira pour mon étude, mais le tout restera bien sûr anonyme et confidentiel.

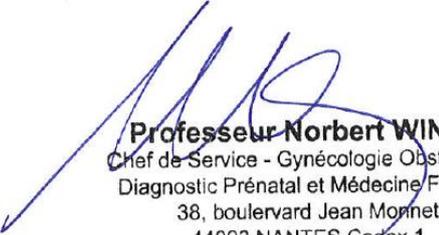
### Thèmes abordés :

- La **santé en général** : Pouvez-vous me parler de votre santé ? Comment vous occupez-vous de votre santé ?
- Pouvez-vous me raconter comment se passe votre **suivi médical** ?
- Les **dépistages** en général : Est-ce que vous participez aux dépistages ? Lesquels ? Comment ça se passe ? (cancer du col, cancer du sein, du colon)
- Pouvez-vous me raconter plus spécifiquement comment se passe votre **suivi gynécologique** ?
- Le **frottis**: racontez-moi comment ça s'est passé ? Qu'est ce qui vous a conduit à le faire ? par qui ? fréquence ? douleur ?
- La **ménopause** : Parlez- moi de votre ménopause, comment ça s'est passé ? intimité ? examen gynéco plus douloureux ?
- En réalité ma thèse porte sur le **dépistage du cancer du col de l'utérus** : que pensez-vous de ce dépistage ?  
D'où viennent les informations que vous avez sur ce dépistage ?  
Qu'est ce qui pourrait faire en sorte que les femmes soient mieux dépistées à votre avis ?

J'ai encore quelques petites questions à vous poser afin compléter les informations :

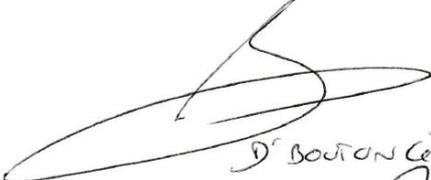
- quel est votre âge ?
- actuellement exercez-vous une profession ? si oui laquelle ? si non : et dans le passé ? à quel âge avez-vous été retraitée ?
- actuellement vivez-vous en couple ? si non abordé : relations ?
- avez-vous eu des enfants ?
- avez-vous un médecin traitant ? est-ce un homme ? une femme ?
- qui réalise le suivi gynécologique ? si le suivi est arrêté : quand avez-vous arrêté ?
- si ménopausée : de quand date votre ménopause ? avez-vous eu un THS ?
- de quand date votre dernier frottis ?

Vu, le Président du Jury,



**Professeur Norbert WINER**  
Chef de Service - Gynécologie Obstétrique  
Diagnostic Prénatal et Médecine Fœtale  
38, boulevard Jean Monnet  
44093 NANTES Cedex 1  
N° RPPS : 10002525359

Vu, le Directeur de Thèse,



Dr Bouillon Celine  
  
Dr Jourd'heuil Pascal

Vu, le Doyen de la Faculté,

**NOM** : SCHMITT

**PRENOM** : Aurore

**Titre de Thèse : Freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 50 à 65 ans : étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Loire-Atlantique.**

---

## **RESUME**

Le cancer du col de l'utérus est un cancer rare en France, dont la mortalité dépend de la précocité de son dépistage, d'où la recommandation pour les femmes de réaliser un frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans. Le taux de dépistage par frottis chute sous les 50% après 50 ans, mais peu d'études se sont intéressées aux freins au dépistage spécifiquement dans cette tranche d'âge. Afin de contribuer à la compréhension de ce phénomène du point de vue des femmes, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 femmes en Loire-Atlantique a été menée visant à identifier les freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, et proposer des pistes d'amélioration.

Les freins retrouvés étaient l'éloignement de la consultation médicale, le désinvestissement du suivi gynécologique, la passivité vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus, l'appréhension du dépistage, le caractère secondaire du dépistage. Les facteurs favorisant retrouvés étaient la bonne acceptation du frottis et la routine gynécologique. Peu de freins étaient spécifiques de la tranche d'âge, les principaux étaient le désinvestissement du suivi gynécologique après la ménopause, la douleur liée à l'atrophie post-ménopausique lors de l'examen gynécologique et le caractère secondaire du dépistage du cancer du col de l'utérus par rapport aux dépistages du cancer du sein et du colon.

Les pistes d'amélioration proposées fondées sur ces résultats pour favoriser la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus des plus de 50 ans sont une meilleure information des femmes via les médias mais aussi en consultation par le médecin traitant, l'instauration d'une routine gynécologique en favorisant le recours au médecin généraliste pour le suivi si l'accès au spécialiste est difficile, l'instauration d'un programme de dépistage organisé ou encore l'utilisation de tests d'auto-prélèvement vaginaux à la recherche de Papillomavirus oncogènes chez les femmes non à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis.

---

## **MOTS-CLES**

dépistage / cancer du col de l'utérus / frottis cervico-vaginal / freins / ménopause / analyse qualitative