



HAL
open science

Précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus : regard croisé des femmes bénéficiaires de la CMU-C et des médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle

Atika El Miftah

► **To cite this version:**

Atika El Miftah. Précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus : regard croisé des femmes bénéficiaires de la CMU-C et des médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932242

HAL Id: hal-01932242

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932242v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Atika EL MIFTAH épouse KECHA

Le 13/02/2017

**Précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus : regard croisé des
femmes bénéficiaires de la CMU-C et des médecins généralistes en
Meurthe-et-Moselle**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur ALLA François

Président

M. le Professeur DI PATRIZIO Paolo

Juge

M. le Docteur BAUMANN Cédric

Juge

Mme la Docteure KOSCINSKI Isabelle

Juge

M. le Docteur PLANE Philippe

Directeur et Juge

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine: Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens:

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick
NETTER Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER

Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD
- Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur
Jacques FELBLINGER

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT -
Professeur Olivier ZIEGLER

**45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET
HYGIÈNE**

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : **ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : **PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (stagiaire)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALABERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur
Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-
Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE -
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON –
Docteur Cédric BERBE Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) - *Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) *Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) *Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)* Professeur Théodore H.
SCHIEBLER (1989) *Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) - *Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997) *Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)* Professeur Daniel G.
BICHET (2001) *Université de Montréal (Canada)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005) *Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007) *Université de Dundee (Royaume-Uni)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009) *Université de Wuhan (CHINE)*

Professeur David ALPERS (2011) *Université de Washington (U.S.A)*

Professeur Martin EXNER (2012) *Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

À NOTRE PRESIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur François ALLA

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier en Santé Publique, CHU Nancy
Responsable de l'Animation à la Recherche Clinique – Faculté de Médecine de Nancy*

Vous nous faites le grand honneur de présider cette thèse et de juger notre travail. Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

*Professeur des Universités de Médecine Générale
Directeur du Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Nancy
Coordonnateur du D.E.S de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Nancy*

Pour l'honneur que vous nous faites de siéger dans le jury de cette thèse et de juger ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre haute
considération.

À NOTRE JUGE,

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN,

*Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier en Santé Publique,
CHU Nancy*

Vous avez accepté de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos plus profonds remerciements.

À NOTRE JUGE,

Madame la Docteure Isabelle KOSCINSKI,

*Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier en Gynécologie Médicale,
CHU Nancy*

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Recevez ici nos respectueux remerciements.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

Monsieur le Docteur Philippe PLANE,

Docteur en Médecine

Vous êtes à l'origine de notre travail. Pour votre disponibilité et votre accompagnement, soyez assuré de toute ma gratitude. Vos conseils m'ont aidé d'une aide précieuse.

Un grand merci à l'antenne nancéienne d'ATD QUART-MONDE, avec une attention particulière aux militantes qui ont accepté de participer à l'étude.

Un grand merci également à Chantal SIBUE-DE CAIGNY pour son aide précieuse dans la méthodologie.

Nous remercions tous les médecins généralistes qui ont participé à l'étude (en acceptant de réaliser les entretiens ou en mettant à disposition leur cabinet).

Un grand merci à toutes les femmes qui ont rendu cette étude possible en y participant.

Je tenais également à remercier les médecins du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy qui ont animé les ateliers thèses-mémoires auxquels j'ai participé : Madame la Docteure Violaine MAUFFREY et Monsieur le Docteur Damien GONTHIER. Merci pour vos précieux conseils, pour vos réponses à mes (nombreux) mails, pour votre disponibilité et accessibilité. Merci !

Merci à Madame Catherine COLLOVALD, chargée de Prévention et d'Éducation pour la Santé, CPAM 54. Votre accueil chaleureux, votre enthousiasme et votre soutien m'ont été d'une aide précieuse !

Merci à Madame la Docteure Françoise F. HAMERS, Coordinatrice Évaluation des dépistages des cancers, Département Maladies Chroniques et Traumatismes, Santé Publique France, pour votre appui.

Merci à Mesdames Florence PRIOLET et Julie DECOUTERE de l'Institut National du Cancer pour votre collaboration.

Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Un grand merci à toute ma famille, mes proches, mes amis, d'avoir été là pour moi. Merci pour vos encouragements et votre soutien sans faille qui m'ont permis d'accomplir ce travail. Merci pour votre aide précieuse. Merci pour tout !

À mon mari Lahcen,

À mes trois enfants Maïssa, Tasnime, Souleymane,

MERCI !

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	19
LISTE DES ABRÉVIATIONS	26
INTRODUCTION.....	27
RAPPELS.....	29
I. Le cancer du col de l'utérus	29
A. Épidémiologie	29
B. Physiopathologie	29
1. Rappels.....	29
2. Facteurs de risque.....	30
3. Évolution.....	30
C. Dépistage.....	30
1. Principe.....	30
2. Recommandations	31
3. Limites.....	31
4. Les femmes non participantes	31
II. Problématique.....	32
A. Les femmes en situation de précarité font moins de FCU de dépistage	32
B. Inégalités Sociales de Santé (ISS)	32
1. Définition	32
2. En cancérologie	32
C. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C : une population peu participante au FCU de dépistage	33
1. La Couverture Médicale Universelle	33
2. Limites de la CMU-C :.....	33
3. Insuffisance de dépistage par FCU.....	34
D. Dispositifs de lutte contre les ISS liées au CCU	34
1. Loi du 09/08/2004 relative à la politique de Santé Publique	34
2. Plan Cancer 2014-2019	34
3. Expériences de dépistage organisé en France	35
E. Le cas de la Lorraine	35
1. Épidémiologie	35
2. Le Plan Régional de Santé de Lorraine	36

MATÉRIEL ET MÉTHODES	38
I. Schéma d'étude	38
II. Population d'étude :	38
A. Critères d'inclusion :	38
1. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C	38
2. Les médecins généralistes (MG)	38
B. Mode de recrutement :	38
1. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C	38
2. Les médecins généralistes	39
C. Mode de recueil des données	39
1. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C	39
2. Les MG	40
III. Méthode d'analyse des données	40
RÉSULTATS	41
I. Première partie : les femmes bénéficiaires de la CMU-C	41
A. Population étudiée	41
1. Effectif	41
2. Caractéristiques	41
B. Obstacles à la participation au FCU de dépistage	42
1. Envahissement de la santé par les contraintes du mode de vie	42
a) Autres priorités, manque de temps	42
b) Santé perçue comme la capacité à agir malgré les symptômes	42
c) Fatalisme	42
d) Absence de projection dans le futur	43
e) Refus de la multiplicité des RDV médicaux	43
f) Refus de la maladie	43
g) Cancer considéré comme non grave devant le terrain	43
h) Absence de prévention/absence de suivi gynécologique régulier	44
i) Non adhésion au principe de dépistage	44
(1) Inutilité du dépistage	44
(2) Conviction personnelle « contre le dépistage »	45
(3) Expérience antérieure traumatisante	45
2. Défaut de sensibilisation au CCU et à son dépistage par FCU	45
a) Désintérêt vis-à-vis du CCU	45
b) Sentiment de ne pas être concernée	45

c)	Méconnaissance du CCU et de son dépistage par FCU	46
d)	Insuffisance de communication autour du CCU et du FCU.....	46
(1)	De la part des médecins	46
(2)	De la part des pouvoirs publics.....	47
e)	Non réceptivité à l'information concernant le CCU et le FCU.....	47
3.	Faible investissement dans l'alliance thérapeutique dans le domaine de la gynécologie	47
a)	Barrière de la langue	47
b)	Pudeur.....	48
c)	Sentiment d'une relation médecin-patiente inadaptée	48
d)	Sexe du médecin : pas d'examen gynécologique si c'est un homme.....	48
e)	Croyance selon laquelle la gynécologie n'est pas du domaine du MG.....	48
4.	Peur.....	49
a)	Appréhension de l'examen gynécologique	49
b)	Peur des résultats	49
c)	Peur des traitements	49
5.	Difficultés d'accès aux soins.....	50
a)	Liées à leur état de santé	50
b)	Cabinet de gynécologie trop éloigné du domicile.....	50
c)	RDV chez le gynécologue trop éloigné dans le temps.....	50
d)	Sentiment de discrimination.....	51
6.	Méfiance vis-à-vis des politiques de Santé Publique.....	51
a)	Société qui fonctionne sur la peur	51
b)	Recommandations inadaptées	51
c)	Société misogyne : peu d'aides mises en place pour les femmes	52
7.	Facteurs contribuant à la participation au dépistage par FCU	52
a)	Importance du rôle de la mère.....	52
b)	Initiative du gynécologue	52
8.	Synthèse des freins au dépistage relevés par les femmes bénéficiaires de la CMU-C	53
C.	Solutions à envisager selon ces femmes	54
1.	Renforcer le rôle central du médecin généraliste.....	54
a)	Plus de communication autour du CCU et de son dépistage par FCU.....	54
b)	Promouvoir la pratique du FCU au cabinet du MG	54
2.	Améliorer l'information	55

a)	La nécessité d'une campagne de sensibilisation de la même envergure qu'« Octobre Rose ».....	55
b)	Outils de communication adaptés	55
(1)	Affiches dans les salles d'attente.....	55
(2)	Plaquettes informatives.....	55
(3)	Médias : télévision, radio.....	56
(4)	Réunions d'information de proximité,.....	56
(5)	Rôle de la mère	56
3.	Simplifier la pratique du FCU de dépistage.....	57
a)	Effet incitateur du dépistage organisé	57
b)	Concentrer les examens médicaux	58
c)	Raccourcir le délai d'attente pour les résultats.....	58
d)	Gratuité si pas de CMU-C.....	58
4.	Adaptation des politiques de Santé Publique	58
a)	Modification des recommandations	58
b)	Mise en place d'aides pour les femmes.....	59
5.	Synthèse des solutions envisagées par les femmes bénéficiaires de la CMU-C.....	59
II.	Deuxième partie : les médecins généralistes.....	60
A.	Population étudiée	60
1.	Effectif.....	60
2.	Caractéristiques	60
B.	Obstacles au dépistage par FCU des patientes bénéficiaires de la CMU-C relevés par les MG	60
1.	Difficultés à trouver le moment opportun en consultation pour aborder le thème du CCU et de son dépistage par FCU	60
a)	Priorité donnée aux nombreux problèmes de santé aigus	61
b)	Inadaptation du cadre de consultation.....	61
c)	Plus facile d'aborder le sujet au cours de certaines consultations : création de dossier, motif de consultation gynécologique	62
2.	Relation médecin-patiente affaiblie par des difficultés de communication en matière de gynécologie.....	63
a)	Obstacles socio-culturels.....	63
(1)	La barrière de la langue	63
(2)	Différences culturelles dans le rapport au FCU de dépistage.....	63
(3)	Pas d'éducation au suivi gynécologique régulier, surtout après la ménopause.	64
b)	Préjugé sur les compétences limitées du MG en gynécologie	64

c)	Pudeur :	65
(1)	Pudeur de la part de la patiente.....	65
(2)	Également pudeur de la part du médecin.....	66
d)	Le nomadisme médical.....	66
3.	Faible impact du message de promotion du FCU de dépistage chez ces patientes..	66
a)	Absence de prise de conscience de l'intérêt du dépistage.....	66
(1)	Manque d'informations	66
(2)	Patientes bénéficiaires de la CMU-C peu réceptives aux messages de prévention :	67
b)	Information délivrée par le MG :	67
(1)	Adaptée aux patientes bénéficiaires de la CMU-C.....	67
(2)	Autocritique du MG : peut-être pas assez explicatives ?.....	68
c)	Outils de communication des campagnes nationales de sensibilisation inadaptés	69
4.	Obstacles matériels à la gestion du dépistage par FCU au cabinet de médecine générale	70
a)	MG non destinataire des résultats du FCU s'il n'en est pas le prescripteur.....	70
b)	Obstacles à la réalisation du FCU au cabinet : coût, manque de temps, rémunération peu incitative, manque de formation.....	70
5.	Autre : le délai important pour un RDV chez le gynécologue	71
C.	Solutions envisagées par les médecins.....	71
1.	Campagne d'information à grande échelle.....	71
a)	La nécessité d'une campagne de sensibilisation de la même envergure qu' « Octobre Rose ».....	71
b)	Utilisation des médias : radio, TV surtout.....	71
2.	Campagne d'information personnalisée, qui aurait plus d'impact chez ces patientes	72
a)	Renforcer le rôle central du médecin généraliste	72
(1)	MG= 1 ^{er} interlocuteur des patients bénéficiaires de la CMU-C.....	72
(2)	Cibler les patientes chez qui il faut renforcer la promotion du FCU.....	73
(3)	Améliorer la communication avec les gynécologues	73
(4)	Renforcer la relation médecin-patient : pour faciliter l'adhésion de la patiente au dépistage par FCU	74
(5)	Effet incitateur de la pratique du FCU de dépistage au cabinet de médecine générale :	75
b)	Rôle de la PMI :	76
c)	Dépistage organisé : rôle complémentaire au MG	77

D.	Synthèse des résultats.....	79
DISCUSSION		80
I.	Forces et limites	80
A.	Limites.....	80
1.	Biais de sélection.....	80
a)	Pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C	80
b)	Pour les MG	81
2.	Biais de recrutement.....	81
a)	Les femmes bénéficiaires de la CMU-C	81
b)	Les MG.....	81
B.	Forces	82
1.	Méthodologie : ESD.....	82
2.	Double population étudiée	82
II.	Discussion	83
A.	Les freins.....	83
1.	Obstacles liés à la patiente	84
a)	Envahissement de la santé par les contraintes du mode de vie.....	84
b)	Peur.....	85
c)	Méfiance vis-à-vis des politiques de Santé Publique.....	86
d)	Méconnaissance du CCU/FCU	86
e)	Sentiment de ne pas être concernées	86
2.	Obstacles liés à la relation médecin-patient.....	89
a)	Pudeur.....	89
b)	Préjugé sur les compétences limitées du MG en gynécologie.....	89
c)	Obstacles culturels.....	89
3.	Obstacles liés à l'organisation des soins	89
a)	Difficultés d'accès aux soins.....	89
(1)	Liées à leur santé	89
(2)	Cabinet médical trop éloigné du domicile.....	90
(3)	RDV auprès du gynécologue trop éloigné dans le temps.....	90
(4)	Sentiment de discrimination	90
b)	Faible communication de la part des pouvoirs publics	90
4.	Obstacles liés au MG.....	91
a)	Faible communication de la part du MG.....	91
b)	Difficultés techniques pour la pratique du FCU au cabinet de MG.....	91

c) Faible communication avec le gynécologue	91
B. Solutions envisagées	92
1. Renforcer le rôle central du MG	92
a) MG : le premier interlocuteur des patients bénéficiaires de la CMU-C.....	92
b) Cibler pour mieux inciter	92
c) Améliorer la communication avec les gynécologues.....	93
d) Autres relais de l'information	93
e) Pratique du FCU au cabinet du MG	94
2. Dépistage organisé	94
3. Campagne d'information grand public plus importante	95
CONCLUSION	96
I. Rappel des principaux résultats.....	96
A. Les obstacles à la participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C	96
B. Les solutions proposées pour augmenter le taux de participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C	97
II. Perspectives.....	97
A. Impact des campagnes de communication déjà existantes.....	97
B. Campagnes de communication à venir.....	98
1. Concernant les MG :	99
2. Concernant les campagnes de communication grand public :	100
a) Les outils de communication :	100
b) Les messages à faire passer	100
BIBLIOGRAPHIE	103
ANNEXES	110
ANNEXE 1 : ATD Quart-Monde	110
ANNEXE 2 : Résultat d'un FCU selon la classification de Bethesda	111
ANNEXE 3 : Guide d'entretien des femmes bénéficiaires de la CMU-C.....	112
ANNEXE 4 : Guide d'entretien des MG	113
ANNEXE 5 : Les outils de communication mis en place par l'Assurance Maladie.....	114
ANNEXE 6 : Les outils de communication mis en place par l'INCa.....	115
ANNEXE 7 : Entretien avec le médecin généraliste F	119
ANNEXE 8 : Entretien avec femme bénéficiaire de la CMU-C n°12 : E12	123

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ISS : Inégalités Sociales de Santé

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMU-C : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

ATD Quart-Monde : Agir Tous pour la Dignité Quart-Monde

HPV : Papillomavirus Humain

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

DO : Dépistage Organisé

PRS : Plan Régional de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

MG : Médecin Généraliste

ZUS : Zone Urbaine Sensible

RDV : Rendez-vous

ALD : Affection Longue Durée

INTRODUCTION

Il existe des inégalités sociales de santé (ISS) à travers le monde, particulièrement marquées en ce qui concerne le cancer (1). On observe une augmentation de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus (CCU) chez les femmes en situation de précarité (2) (3) (4) (5) (6) (7) avec des formes plus graves au moment du diagnostic (2) (7) (8). En France, malgré la mise en place de dispositifs de lutte contre les ISS tels que la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C) (9) c'est le même constat qu'à travers le monde: la prévalence et le taux de mortalité du CCU sont plus élevés chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C (10).

Comment l'expliquer? Certains facteurs favorisant la survenue d'un CCU sont plus fréquents dans cette population (10). Cependant, l'hypothèse du retard au diagnostic reste valable, le délai au diagnostic étant associé au taux de mortalité du CCU (2). Les femmes en situation de précarité présentent des formes plus graves de CCU au moment du diagnostic (2) (7) (8). Or la date du dernier frottis cervico-utérin (FCU) est fortement associée au stade d'évolution du cancer au moment du diagnostic (7). On constate alors que les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent peu au dépistage par FCU (11) (12) (13). Rappelons que 49% des femmes bénéficiaires de la CMU-C ne font pas de frottis régulièrement, contre 34% des autres femmes relevant du Régime Général de l'Assurance Maladie (14).

Il est donc logique de supposer que si l'on augmente le taux de couverture du FCU de dépistage chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C, on pourrait diminuer le taux d'incidence et de mortalité du CCU dans cette population, et ainsi lutter contre les ISS. En effet, le CCU est un cancer de très bon pronostic lorsqu'il est détecté et traité à un stade précoce : le taux de survie relative à 5 ans est de 91,5 % (57,7 % lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade régional ; 17,2 % pour un stade métastatique), d'où la nécessité d'une détection précoce des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col (15).

Peu d'études en France et à travers le monde ont analysé spécifiquement le comportement des catégories de femmes non-participantes au dépistage du CCU par FCU (16). Or l'argument financier ne permet pas à lui seul d'expliquer le moindre recours au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C car la CMU-C permet la prise en charge en totalité des soins. Il nous a donc semblé nécessaire de comprendre pourquoi les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent peu au FCU de dépistage afin d'envisager des mesures correctrices de ces ISS.

Ainsi, c'est dans le cadre des missions de Santé Publique du médecin généraliste (MG), comme le reconnaît la Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille (WONCA Europe) (17), que nous avons mené notre étude. Afin de mettre en adéquation la classique triade de l'offre, la demande et le besoin de soins concernant la pratique du FCU de dépistage, nous nous sommes intéressés au regard porté par les femmes bénéficiaires de la CMU-C sur le dépistage du CCU ainsi qu'à celui des MG. La médecine générale étant une médecine de proximité et de premiers recours maillant tout le territoire et concernant tous les patients, aucun plan de Santé Publique ne peut s'exonérer de la réflexion et de l'implication des MG (18).

Dans le souci du respect de la dignité de tous, nous avons réalisé nos recherches en accord avec les principes fondateurs du mouvement Agir Tous pour la Dignité (ATD) Quart-Monde en plaçant les femmes bénéficiaires de la CMU-C au cœur de notre étude : dans le domaine de la santé, la situation des plus défavorisés et leur parole doivent guider la politique de Santé Publique (voir Annexe 1) (19).

L'objectif de notre étude est donc de comprendre pourquoi les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent peu au FCU de dépistage en s'appuyant sur leurs paroles, ainsi que sur celles des MG. Nous proposerons alors des solutions issues de leurs réflexions pour augmenter le taux de participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C. Cela permettra de lutter contre les ISS en diminuant le taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus dans cette population.

RAPPELS

I. Le cancer du col de l'utérus

A. Épidémiologie

En 2012, le CCU représente plus de 3000 nouveaux cas par an en France, avec un âge moyen au diagnostic de 54 ans. Il est responsable de plus de 1100 décès par an, des femmes âgées de 66 ans en moyenne (20). Son incidence et sa mortalité diminuent depuis plus de trente ans en France avec toutefois un ralentissement de cette baisse depuis le début des années 2000 (21). On observe même une dégradation du pronostic, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution (68 % en 1989/91 à 64 % en 2001/04) (22).

B. Physiopathologie

1. Rappels

Le col utérin comporte deux parties : l'exocol et l'endocol. La zone de transition entre ces deux parties se nomme la zone de jonction.

- Exocol

C'est la portion du col visible à la partie haute du vagin. Il est revêtu d'un épithélium malpighien (épithélium pavimenteux stratifié) non kératinisé. Cet épithélium est identique et en continuité avec l'épithélium de revêtement du vagin. L'exocol comporte à sa partie centrale l'orifice externe.

- Endocol ou canal endocervical

Il relie l'orifice externe à l'isthme utérin. Il est revêtu d'un épithélium glandulaire simple mucosécrétant (épithélium cylindrique). Cet épithélium s'invagine dans le chorion sous-jacent réalisant les glandes endocervicales.

- Zone de jonction

C'est la zone de transition entre l'épithélium malpighien exocervical et l'épithélium glandulaire endocervical.

L'histologie du col de l'utérus évolue au cours de la vie d'une femme.

- À la pré-puberté, la transition entre les deux épithéliums est brutale. Elle est située au niveau de l'orifice externe.
- Après la puberté, l'épithélium cylindrique migre distalement de manière physiologique. C'est l'ectropion. La zone de jonction est alors exocervicale.
- Après la ménopause, la zone de jonction est située au niveau du canal endocervical.

Au niveau de l'ectropion : la métaplasie est un phénomène physiologique de réparation. C'est la transformation progressive de l'épithélium cylindrique ectopique en épithélium malpighien d'architecture normale. La zone de métaplasie est également appelée zone de transformation (23) (24).

2. Facteurs de risque

Dans 99.9% des cancers du col de l'utérus, on retrouve le génome du virus Papillomavirus Humain (HPV) (25). Treize types de HPV sont considérés comme cancérigènes notamment les sous-types HPV16 et 18 qui sont responsables de 70% des cancers du col de l'utérus. Ces HPV sont également associés à certains cancers du canal anal, de la vulve, du vagin et certains cancers ORL. Le mode de transmission est essentiellement par contact direct cutanéomuqueux, le plus fréquent étant le contact sexuel quelle que soit sa forme (pénétration ou contact génital, anogénital, orogénital) (26) (27).

La prévalence de l'infection est élevée avant 30 ans, le pic de prévalence se situant vers l'âge de 20-24 ans, elle diminue ensuite du fait de la clairance spontanée. Un deuxième pic d'infection, moins important, est observé chez les femmes ménopausées. Ce virus persiste chez 10% des femmes infectées (26) (27). Des facteurs contribuent à la persistance du virus : les rapports sexuels à un âge précoce, la multiplicité des partenaires, la multiparité, le tabagisme, l'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux, l'immunosuppression, une autre infection sexuellement transmissible (*Chlamydia Trachomatis*, virus de l'herpès simplex de type 2, *Neisseria gonorrhoeae*) (26) (28) (29) (30).

Ainsi, jusqu'à 80% des femmes sont infectées par le HPV au moins une fois dans leur vie, ce qui fait de l'infection par les HPV muqueux génitaux l'une des plus fréquentes infections sexuellement transmissibles (26). La persistance de ce virus est indispensable au développement du cancer, qui prend entre dix et vingt ans (27) (31) (25) (30).

3. Évolution

La zone de jonction entre l'épithélium malpighien de l'exocol et l'épithélium glandulaire de l'endocol correspond à une zone de fragilité en raison de la métaplasie. Cela explique cette localisation préférentielle pour les lésions dues à HPV (24) (23) (27) (32).

La survenue d'une lésion de haut grade ou d'un cancer est en général précédée de l'apparition d'une lésion de bas grade, et prend en moyenne 10 à 20 ans. Dans certains cas cependant, la période d'évolution entre dysplasie légère et lésion de haut grade peut être courte, d'un à deux ans, et certaines lésions peuvent s'avérer d'emblée de haut grade, évoluant très rapidement vers un cancer (27).

C. Dépistage

1. Principe

L'évolution lente du CCU et l'existence de lésions précancéreuses le rendent accessible à un dépistage. Ce dernier repose sur la réalisation d'un FCU. Il intéresse la zone de jonction du col, et doit donc comporter des cellules de l'endocol et de l'exocol. Il permet de repérer les lésions précancéreuses en détectant la présence de cellules anormales au cours de l'examen cytologique :

- L'infection latente par un HPV à haut risque ne produit pas de modifications morphologiques.
- L'infection productive est caractérisée par la présence de koilocytes, et sa traduction cytologique est la « lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade » selon le Système de Bethesda (voir annexe 2).

- L'infection par un HPV oncogène est aussi associée à des anomalies marquées des cellules basales de l'épithélium malpighien qui définissent la « lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade » (31) (voir annexe 2).

2. Recommandations

La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations concernant la pratique du FCU de dépistage. Le FCU, conventionnel ou en milieu liquide (23), doit être réalisé à un rythme triennal (après deux FCU normaux réalisés à un an d'intervalle) ; il concerne les femmes âgées de 25 à 65 ans (33).

La HAS rappelle qu'en France le système de Bethesda 2001 (voir annexe 2), qui s'applique quelle que soit la technique du FCU, est le seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique. De plus, la HAS recommande l'utilisation du test HPV exclusivement dans le cadre d'un frottis de dépistage de type ASC-US (anomalies malpighiennes de signification incertaine, voir annexe 2) (34).

3. Limites

Cependant, le taux de couverture par FCU est insuffisant. Selon la HAS, 50% des femmes ne sont pas ou trop peu souvent dépistées, 40% des femmes dépistées trop fréquemment, 10% seulement dans l'intervalle recommandé (33). L'Institut National du Cancer (INCa), au travers de son analyse des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance Maladie fait le même constat : 40% des Françaises concernées n'ont pas fait de FCU entre janvier 2010 et décembre 2013 (14).

4. Les femmes non participantes

En accord avec les freins et les facteurs associés à la non-participation au dépistage par FCU relevés dans des revues de la littérature internationale (16) (35), l'INCa a dressé la liste des populations identifiées comme moins participantes, dans son rapport final sur la généralisation du dépistage du CCU (11):

- femmes de plus de 50 ans
- femmes dans une situation économique et/ou sociale défavorable :
 - o femmes bénéficiaires de la CMU-C,
 - o résidant dans des territoires défavorisés,
 - o migrantes ou d'origine immigrée,
 - o femmes en situation de prostitution,
 - o femmes détenues ;
- femmes dans une situation de santé défavorable :
 - o femmes présentant des comorbidités
 - o femmes en situation de handicap et/ou hébergées en institution ;
- autres situations (cas particuliers) : femmes enceintes, femmes en situation irrégulière en France, femmes roms, femmes homosexuelles.

II. Problématique

A. Les femmes en situation de précarité font moins de FCU de dépistage

Plusieurs études ont montré un moindre recours au FCU de dépistage chez les femmes en situation socio-économique défavorable (36) (37) (38) (39) (2). L'enquête réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire a montré que les femmes vivant dans les ménages aux revenus les plus faibles, sans couverture maladie complémentaire privée et avec les diplômes les moins élevés, participaient le moins au FCU de dépistage (40). Le baromètre cancer 2010 confirme ces disparités sociales (41).

B. Inégalités Sociales de Santé (ISS)

1. Définition

Les ISS correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles se réfèrent aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession...) (42).

En effet, on constate que les personnes en situation de précarité cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres(1).

2. En cancérologie

Les ISS intéressent la quasi-totalité des pathologies et des facteurs de risque. En France, elles sont particulièrement marquées en ce qui concerne la surmortalité liée au cancer (1) (43). Quelle que soit la localisation, le pronostic d'un cancer est moins bon dans les groupes sociaux défavorisés (43). La mortalité par cancer, toutes localisations confondues, est plus élevée chez les personnes ayant un statut socio-économique bas (43). L'hypothèse d'un retard au diagnostic dans cette population est souvent confirmée dans les études : on observe statistiquement plus de lésions de stade avancé, quelle que soit la localisation cancéreuse (43).

Concernant le CCU, on retrouve ces disparités sociales à travers le monde. L'incidence et le taux de mortalité du CCU sont plus élevés chez les femmes ayant une situation socio-économique défavorable (2) (3) (5) (4) (6) (7). L'hypothèse d'un retard au diagnostic est confirmée dans la littérature chez ces femmes qui pratiquent peu le FCU de dépistage. En effet, d'une part, la date du dernier FCU est fortement associée au stade d'évolution du cancer au moment du diagnostic (7) et d'autre part, le délai au diagnostic est associé au taux de mortalité du CCU (2). Dans plusieurs études à travers le monde, la situation socio-économique défavorisée était significativement associée à un stade de cancer du col avancé au moment du diagnostic (2) (8) (7).

C. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C : une population peu participante au FCU de dépistage

1. La Couverture Médicale Universelle

Pour réduire ces ISS, l'État Français a mis en place différents dispositifs de protection sociale, avec notamment la création en 2000 de la CMU (9) (44). On distingue alors :

- la CMU de base :

Elle permet une affiliation automatique au Régime Général de l'Assurance Maladie. A l'égard des titulaires de la CMU de base, les professionnels de santé du secteur 2 ne peuvent pas pratiquer de dépassement d'honoraires. Toute personne résidant en France de façon stable et régulière (depuis plus de trois mois) et n'ayant pas de protection maladie a droit à la CMU de base. Il n'y a pas d'attribution sous conditions de ressources. La CMU de base est gratuite pour toute personne dont le foyer n'est pas imposable ou bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) ou de la CMU-C. Pour les autres personnes, la CMU de base est payante à hauteur de 8 % de leurs revenus fiscaux.

- la CMU complémentaire (CMU-C) :

La CMU-C est attribuée à toute personne qui en fait la demande auprès d'une Caisse d'Assurance Maladie et résidant en France de manière stable et régulière, sous condition de ressources. Ce montant varie selon la composition du ménage. Elle prend en charge :

- la dispense d'avance de frais de consultations, médicaments sur prescription, analyses médicales,
- l'intégralité du ticket modérateur,
- le forfait hospitalier journalier,
- le dépassement de tarif (au-delà du ticket modérateur), dans la limite du tarif opposable (le tarif opposable est le tarif pratiqué par les professionnels conventionnés en secteur 1. Il sert par ailleurs de base de remboursement pour les actes effectués par les professionnels conventionnés en secteur 2), pour les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale, les lunettes, les prothèses auditives ...
- Exonération de la franchise médicale d'un euro à chaque consultation médicale et de cinquante centimes d'euros sur chaque boîte de médicaments.

2. Limites de la CMU-C :

Malgré la mise en place de la CMU-C, les ISS persistent. En effet, les bénéficiaires de la CMU-C sont 1.8 fois plus nombreux à âge et à sexe identique à être en Affection Longue Durée (ALD). Les taux de décès annuels sont également plus élevés dans la population bénéficiaire de la CMU-C que dans le reste de la population (10).

En cancérologie, on observe le même phénomène : une augmentation de la prévalence et de la mortalité par cancer dans cette population. À âge et sexe identique, les bénéficiaires

de la CMU-C souffrent de formes plus graves de cancer que dans le reste de la population (10).

Concernant le domaine qui nous intéresse ici, la prévalence et la mortalité du CCU sont également augmentées chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les rapports de prévalence et de mortalité du CCU entre les femmes bénéficiaires de la CMU-C et les autres bénéficiaires du Régime Général de l'Assurance Maladie sont très élevés (respectivement 2.22 et 1.67) (10).

3. Insuffisance de dépistage par FCU

Face aux ISS liées au CCU, l'hypothèse du retard au diagnostic reste valable dans cette population. En effet, les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent moins au FCU de dépistage que la population générale (12) (13). En 2013, 49 % des femmes bénéficiaires de la CMU-C ne font pas de frottis régulièrement, contre 34% des autres femmes relevant du Régime Général de l'Assurance Maladie (14). L'INCa, dans son rapport final sur la généralisation du dépistage du CCU, a identifié ces femmes en tant que population peu participante au FCU de dépistage (11).

D. Dispositifs de lutte contre les ISS liées au CCU

1. Loi du 09/08/2004 relative à la politique de Santé Publique

La loi affirme pour la première fois la responsabilité de l'État en matière de Santé Publique. La politique de Santé Publique concerne notamment l'information et l'éducation à la santé de la population sur les questions de santé ainsi que la réduction des ISS, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire.

Selon l'article L. 1411-1-1, l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé : « *Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.* ».

Cette loi a établi une centaine d'objectifs. Deux d'entre eux concernent particulièrement notre problématique :

- L'objectif 34 : réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires.
- L'objectif 48 : poursuivre la baisse de l'incidence du CCU de 2.5% par an, par l'atteinte d'un taux de dépistage de 80% pour les femmes âgées de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV (45).

2. Plan Cancer 2014-2019

C'est dans ce contexte que s'inscrit le Plan Cancer 2014-2019, dont le but est de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du CCU en s'appuyant sur un programme national de dépistage organisé (DO). L'objectif est une augmentation du taux de couverture du dépistage dans la population cible, passant de 50-60 % à 80 % ainsi qu'un accès plus facile aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

Le plan d'action est le suivant :

- Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du CCU via un programme national de DO.
- Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.
- Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée.
- Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le CCU pour guider et réajuster les dispositifs (46).

Par ailleurs, l'arrêté du 3 février 2010 prévoit de proposer la réalisation d'un FCU lors du premier examen prénatal à toutes les femmes enceintes, et plus particulièrement à celles ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique (47).

3. Expériences de dépistage organisé en France

En France, le DO concerne 13 départements, couvrant 13,4% de la population cible des femmes de 25-65 ans, les premiers résultats témoignent d'un impact positif du programme, avec notamment un gain significatif de couverture de dépistage par sollicitation de femmes peu ou pas dépistées (48). Ce programme constitue ainsi un dispositif supplémentaire dans la lutte contre les ISS. Ces résultats concordent avec ceux d'une étude réalisée en Europe à travers 22 pays, qui montre de manière significative que les femmes appartenant à un milieu défavorisé font moins de FCU de dépistage quand il s'agit d'un dépistage individuel, on observe moins d'inégalités quand le dépistage est organisé (49) .

E. Le cas de la Lorraine

1. Épidémiologie

En Lorraine, la mortalité par CCU est supérieure à la moyenne nationale : son taux de mortalité s'élève à 2.2/100000 femmes contre 1.9/100000 pour la moyenne nationale (50).

Par ailleurs, le taux de pauvreté en Lorraine est également plus élevé qu'au niveau national (51). On note qu'en Meurthe-et-Moselle, le taux de bénéficiaires de la CMU-C est plus important que celui de la France métropolitaine : 7.6 % contre 6.9% en 2014 (9).

Le taux de couverture du FCU de dépistage en Lorraine est comparable au taux national : 51.0% des femmes relevant du Régime Général de l'Assurance Maladie ont bénéficié d'un FCU sur une période de trois ans entre le 01/01/2013 et le 31/12/2015. Cette participation est légèrement inférieure en Meurthe-et-Moselle (48.1 %) (52).

La couverture par FCU s'effondre chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C avec un taux de participation de 34.2% en Lorraine. Le moindre recours au FCU chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C est plus marqué en Meurthe-et-Moselle (taux de participation : 32.1%) (52).

2. Le Plan Régional de Santé de Lorraine

En adéquation avec la loi relative à la politique de Santé Publique de 2004 (45), est mis en place un Plan Régional de Santé (PRS) pour une durée de 5 ans. Pour le PRS 2012-2017, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine a retenu quatre priorités régionales :

- Priorité 1 : Agir sur les principales causes de mortalité notamment prématurée en Lorraine : les tumeurs, les maladies cardio-neurovasculaires, les maladies respiratoires et le suicide.
- Priorité 2 : Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS.
- Priorité 3 : Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Priorité 4 : Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente. Promouvoir la « juste prestation », le « bon soin au bon moment »

C'est dans le cadre de ces priorités que s'inscrivent :

- le Schéma Régional de Prévention de Lorraine 2012-2017

Le CCU est considéré comme une thématique prioritaire. L'objectif est la promotion du FCU de dépistage selon les recommandations de la HAS en diffusant largement ces recommandations par le biais de l'URPS médecins, de l'Ordre des Médecins et du réseau de l'Assurance Maladie. Le second objectif est d'améliorer le taux de couverture de la vaccination contre le HPV.

- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Lorraine 2012-2017

Il s'inscrit plus particulièrement en Lorraine dans la priorité n° 2 « Réduire les inégalités d'accès à la santé en lien avec les partenaires de l'ARS » et ses objectifs :

- Promouvoir des actions de prévention pour les populations en difficultés sociales.
- Développer des modalités d'intervention des professionnels de santé à l'égard des publics en difficulté.
- Informer les usagers sur le système de santé et leurs droits.
- Former les usagers au bon usage du système de santé.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Lorraine 2012-2017 a pour vocation de proposer des solutions pragmatiques visant l'autonomie sociale pour faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes les plus éloignées du système de santé et de droits sociaux.

Ce programme prévoit la mise en place de diverses actions dans le but de réduire les ISS en Lorraine. On peut citer notamment :

- Fiche-action n° 1 : Prise en compte de la situation de précarité du public dans la conception et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention.
- Fiche-action n° 3 : Accompagnement des personnes en difficulté dans leur démarche vers la prévention et les soins.

- Fiche-action n° 4 : Accès des personnes en situation de précarité aux dispositifs de prévention : vaccination, dépistage, bilans de santé.
- Fiche action n°6 : Prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de précarité par les professionnels de santé en ambulatoire (53).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Schéma d'étude

L'étude se compose de deux parties : l'une s'intéressant aux femmes bénéficiaires de la CMU-C et appartenant à la population-cible du dépistage du CCU par FCU, et l'autre s'intéressant aux médecins généralistes (MG) qui ont l'habitude de côtoyer cette population.

Il s'agit de deux études qualitatives par entretiens semi-dirigés, qui ont été préférés au focus group devant le caractère intime du sujet.

II. Population d'étude :

A. Critères d'inclusion :

1. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Les critères d'inclusion sont les suivants : Femmes âgées de 25 à 65 ans, bénéficiant de la CMU-C, vivant en Meurthe-et-Moselle, avec une pratique suffisante du français pour ne pas avoir recours à un tiers traducteur.

2. Les médecins généralistes (MG)

La population étudiée correspond aux MG installés au sein d'une zone urbaine sensible (ZUS) de l'agglomération de Nancy, comme définie par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE): « La Californie » à Jarville, « Les Provinces » à Laxou, « Jéricho-St Michel » à Malzéville-St Max, « Champs le bœuf, Les Aulnes, le Haut-du-lièvre » à Maxéville-Laxou-Nancy, « Jartom » à Tomblaine, « Les Nations » à Vandœuvre (54).

B. Mode de recrutement :

1. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Le recrutement est standardisé, basé sur le volontariat. L'étude leur a été présentée comme un travail sur « la santé des femmes » pour ne pas nuire à la spontanéité des réponses.

Le recrutement s'est fait sur plusieurs sites :

-dans les locaux de l'antenne nancéenne de l'association ATD Quart Monde.

La présentation s'est faite au cours d'une réunion mensuelle, puis un rendez-vous (RDV) ultérieur était pris avec les femmes volontaires qui correspondaient aux critères d'inclusion.

-dans la salle d'attente de trois cabinets de médecine générale.

Chaque cabinet est situé dans une commune différente des ZUS de l'agglomération de Nancy, il dispose d'un bureau supplémentaire pour pouvoir réaliser les entretiens de manière individuelle. L'anonymat est assuré aux MG qui mettent à disposition leur cabinet. L'étude est présentée aux MG comme une enquête sur « la santé des femmes en situation de précarité ».

Il y a deux façons de procéder selon le cabinet :

- Le médecin nous prévient quand il a RDV avec une patiente qui correspond aux critères d'inclusion, en précisant l'âge et l'heure de RDV mais pas le nom de famille. Nous venons en salle d'attente à l'heure indiquée pour présenter l'étude à la femme qui s'y trouve et demander son accord en vérifiant que son âge correspond bien à nos informations. Les entretiens ont lieu après la consultation avec le MG avec lequel la participante a RDV.

- Nous venons au cabinet de médecine générale sans connaître les RDV et nous restons dans le bureau que l'on nous a prêté. Le MG fait lui-même le recrutement au cours des consultations en nous adressant ses patientes qui correspondent aux critères d'inclusion.

Le recrutement a pris fin à l'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire quand plus aucune idée nouvelle n'apparaît au cours des entretiens. L'échantillonnage est raisonné notamment concernant l'âge, la période de la vie génitale, la parité.

2. Les médecins généralistes

Nous avons établi une liste de MG correspondant aux critères d'inclusion en recoupant les données de l'atlas des ZUS et de l'annuaire santé disponible sur le site internet ameli.fr (55) (56). Nous avons ainsi obtenu une liste de 52 MG. Le recrutement est standardisé par tirage au sort puis par téléphone pour convenir d'un RDV pour l'entretien. Pour garantir la spontanéité des réponses, l'étude était présentée comme un travail sur « la santé des femmes en situation de précarité », notamment les bénéficiaires de la CMU-C.

Le recrutement a également pris fin à l'obtention de la saturation des données. L'échantillonnage est raisonné, notamment concernant le sexe, l'âge et l'année d'installation.

C. Mode de recueil des données

Dans chaque étude, les données ont été obtenues au cours d'entretiens semi-dirigés, avec utilisation d'un guide d'entretien (voir annexe 3 et annexe 4). Après consentement éclairé des participants, l'enregistrement audio s'est effectué à l'aide d'un smartphone ainsi que d'un dictaphone à piles pour pallier une éventuelle défaillance du smartphone. La retranscription écrite s'est faite de manière intégrale et anonyme suivie d'un effacement des enregistrements audio.

1. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Le guide d'entretien a été utilisé après deux entretiens exploratoires préalables qui ne sont pas inclus dans l'étude (voir annexe 3). Seul le premier entretien exploratoire a justifié une modification du script d'entretien.

Les entretiens sont réalisés de manière individuelle, dans un bureau annexe du cabinet médical. Avant de démarrer l'entretien, en guise de présentation de la participante, nous nous sommes intéressés au nombre d'enfants, à la déclaration du médecin traitant ou non et au type de couverture médicale (pour vérifier que les critères d'inclusion étaient bien remplis). Parfois, le point concernant la déclaration d'un médecin traitant était oublié, et repris au cours des entretiens.

2. Les MG

Un guide d'entretien a également été utilisé au cours des entretiens semi-dirigés réalisés sur RDV avec les participants (voir annexe 2). Un seul entretien exploratoire a été effectué au préalable, sans nécessité d'ajustement du script d'entretien, il n'a pas été inclus dans l'étude.

Les entretiens ont lieu dans le cabinet du MG.

III. Méthode d'analyse des données

Pour chaque étude, nous réalisons une analyse thématique du contenu des entretiens par codage manuel avec élaboration d'une grille d'analyse. Un entretien de chaque groupe d'étude a été pris au hasard, relu et analysé par une sociologue de l'association ATD Quart Monde pour effectuer une triangulation des données. La triangulation permet d'améliorer la validité de la méthode d'analyse en comparant et en vérifiant la correspondance des résultats trouvés par plusieurs analystes (57).

RÉSULTATS

I. Première partie : les femmes bénéficiaires de la CMU-C

A. Population étudiée

1. Effectif

L'étude a eu lieu du 23/01/2015 au 28/08/2016. 18 femmes ont été contactées pour participer à l'étude, 4 femmes ont refusé l'entretien, 1 seule a refusé d'être enregistrée, son entretien n'a donc pas été inclus dans l'étude. Deux femmes correspondant aux critères d'inclusion et pour lesquelles le médecin nous avait informé de leur venue n'ont pas honoré leur RDV avec le MG. Une femme venue en consultation médicale sans RDV a accepté de participer à l'étude.

Ainsi, 13 entretiens ont été inclus dans l'étude. Après 11 entretiens, la saturation des données était atteinte, mais deux autres entretiens ont tout de même été réalisés pour s'en assurer.

2. Caractéristiques

Les entretiens ont duré de seize à quarante minutes. Le tableau 1 résume les caractéristiques des participantes. On constate qu'elles sont âgées de 25 à 62 ans, sept d'entre elles sont ménopausées, six n'ont pas eu de FCU dans les trois ans qui précèdent l'étude, deux jeunes filles ont bénéficié de la vaccination anti-papillomavirus. Toutes ont déclaré un médecin traitant. Sept sont en couple (mariées ou non), et six sont seules.

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes

Entretien	Âge	Parité	Situation	Ménopause	Dernier FCU	Vaccination	Lieu	Durée
1	50 ans	2 enfants	Seule	Oui	> 3 ans	X	Cabinet	30'27s
2	60 ans	6 enfants	Couple	Oui	> 3 ans	X	Cabinet	22'14s
3	36 ans	0	Couple	Non	< 3 ans	X	Cabinet	18'42s
4	29 ans	0 (2FCS)	Couple	Non	< 3 ans	Non	Cabinet	16'14s
5	62 ans	4 enfants	Seule	Oui	> 3 ans	X	Cabinet	17'02s
6	61 ans	2 enfants	Seule	Oui	< 3 ans	X	ATD	32'11s
7	61 ans	2 enfants	Couple	Oui	Antécédent CCU	X	Cabinet sans RDV	20'18s
8	27 ans	0	Couple	Non	< 3 ans	Oui	Cabinet	17'28s
9	39 ans	2 enfants	Couple	Non	< 3 ans	X	Cabinet	20'47s
10	26 ans	0	Couple	Non	< 3 ans	Oui	Cabinet	14'27s
11	60 ans	1 enfant	Seule	Oui	> 3 ans	X	ATD	40'13s
12	57 ans	5 enfants	Seule	Oui	< 3 ans	X	ATD	39'57s
13	25 ans	2 enfants	Seule	Non	< 3 ans	Non	Cabinet	20'40s

FCS : fausse couche spontanée

B. Obstacles à la participation au FCU de dépistage

1. Envahissement de la santé par les contraintes du mode de vie

a) Autres priorités, manque de temps

Les femmes interrogées évoquent essentiellement la présence d'autres priorités dans leur quotidien qui font passer la santé en arrière plan. Cela peut être exprimé en termes de « manque de temps ». En effet, elles mentionnent les difficultés matérielles qu'elles rencontrent pour assurer leurs besoins primaires : le logement, la nourriture, l'habillement. La santé leur semble alors secondaire. Ces difficultés sont aggravées lorsque la femme est seule avec les enfants à charge.

« Mais faut bien dire aussi que quand tu es en précarité tout ça te passe au-dessus. Tout ça te passe au-dessus parce que tu as autre chose à penser. » E12

« Rentrer tous les soirs à 22h, après avoir passé la journée à faire le ménage chez les autres, et il reste encore le ménage à la maison ! La santé ça passe après, on s'en fout de ça !! Faut d'abord se nourrir et avoir un toit sur la tête ! Seulement après les soins...si on a le temps ! (...) Vous pensez vraiment que j'avais le temps d'aller chez le médecin ?! » E11

b) Santé perçue comme la capacité à agir malgré les symptômes

Ces femmes conçoivent la santé comme la capacité à agir, et ce malgré la perception de symptômes. Elles justifient cela par la nécessité de satisfaire à leurs besoins primaires. Ainsi, si elles y parviennent malgré leurs symptômes, elles se contentent de cette situation. Elles consultent le médecin lorsqu'elles n'arrivent plus à supporter leurs symptômes, bien souvent dans l'urgence.

« En bonne santé...tant que je peux encore marcher et que je ne suis pas ...je ne suis pas handicapée ...autrement je n'y pense pas plus que ça à la santé. » E12

« Et c'est pour ça tant que je suis debout et que je peux jongler avec mes douleurs, avec mes maux, avec ... je fais. » E12

« Mais moi j'attends toujours l'extrême. Même au médecin généraliste. (...) Ah moi j'attends l'extrême hein, l'urgence ! » E12

c) Fatalisme

Le fatalisme prend une part importante dans les obstacles à la participation au dépistage du CCU chez ces femmes. En effet, elles pensent que quoi qu'elles fassent, dépistage ou non, elles développeront le cancer si cela leur est destiné sans qu'on ne puisse y changer quoi que ce soit. Le fatalisme empêche alors toute démarche de prévention.

« Ça arrive qu'est-ce que ça arrive, avec destin, on peut pas passer je pense à côté. » E7

« Si ça doit venir ça vient, si ça ne doit pas venir, ça ne viendra pas et puis c'est tout....je suis très fataliste là-dessus. » E1

d) Absence de projection dans le futur

Ces femmes ont tendance à ne pas se projeter dans le futur et à vivre uniquement dans l'instant présent. Ainsi, elles ne pensent pas aux bénéfices en matière de santé sur le long terme et ne sont donc pas réceptives aux messages de prévention.

« On verra bien à ce moment-là quoi....Je ne me fais pas de plans sur la comète.... » E1

« Moi je suis carpe diem, je vis au jour le jour. » E6

e) Refus de la multiplicité des RDV médicaux

Parfois ces femmes refusent de participer au dépistage du CCU par FCU car elles estiment avoir suffisamment de RDV médicaux pour ne pas avoir à en rajouter.

« Ça me dérange d'attendre, attendre, attendre...c'est ça qui me dérange ! Lui il est là, va par là, aujourd'hui tu vas passer radio de ça, le lendemain c'est ça, le lendemain c'est pour le dos, c'est ça qui me dérange plus. » E7

« Avec ma sclérose en plaques, je vais régulièrement chez le médecin, il faut venir chercher les ordonnances, il faut que...je ne peux pas tout multiplier, j'ai encore envie d'avoir ma vie à côté quoi.» E1

f) Refus de la maladie

Elles se refusent à être malades, souvent pour continuer à faire face à leur quotidien, et donc refusent également tout examen pouvant déceler une éventuelle maladie.

« Parce que déjà je n'accepte pas quand je suis malade. Pour moi être malade c'est être diminué et ça je ne l'accepte pas. » E12

g) Cancer considéré comme non grave devant le terrain

D'autres estiment que le cancer n'est pas quelque chose de si grave en prenant en compte leur terrain : soit parce qu'elles se considèrent comme âgées, soit parce qu'elles estiment avoir des antécédents médicaux lourds.

Ainsi, en sous-estimant la gravité du CCU pour elles-mêmes, elles ne jugent pas nécessaire d'aller se faire dépister.

« En plus, j'ai une «grave maladie » entre guillemets, parce que j'ai une sclérose en plaques, donc un cancer à côté de ça, c'est pas.... » E1

« J'ai quand même 62 ans, je...Bon, je serais encore à 30-40 ans encore... bon je ne dis pas mais là... Je me dis que ce n'est pas utile pour moi. » E5

Une femme a même considéré le cancer comme une délivrance, un moyen de mettre fin à ses difficultés. Elle évite donc de le dépister pour ne pas avoir à se justifier de refuser le traitement.

« Moi, je me dis que s'il m'arrive un cancer ça sera enfin... je vais en finir quoi....ben voilà...c'est peut-être pour ça que je ne suis pas sensible à tout ça...Pour moi, cancer rime avec fin, ce n'est pas de faire des examens à répétitions qui vont m'angoisser, ça ne m'angoissera pas parce que ça sera ma délivrance, mais la question, c'est est-ce que je me soigne ou pas ? Mais après on est dans un engrenage donc...le médecin va dire « il faut vous

soigner parce que..., parce que..., parce que... », mais moi si je n'ai pas envie d'être soignée ? Donc le mieux pour moi c'est de ne pas être informée si j'ai un cancer, comme ça il n'y a plus de problème de choix.» E1

h) Absence de prévention/absence de suivi gynécologique régulier

La quasi-totalité des femmes interrogées ne consultent jamais le médecin en l'absence de symptômes. Il n'existe pas chez elles de consultation dédiée à la prévention.

« Moi quand j'ai rendez-vous, c'est pour quelque chose. Si je vais bien, je vais pas chez docteur. » E2

Bien souvent, elles n'ont pas de suivi gynécologique régulier.

« Non je ne fais rien du côté là. » E5

D'ailleurs, mise à part une femme âgée de 26 ans qui avait pris RDV chez son gynécologue pour son premier FCU, aucune n'a jamais pris l'initiative de faire le FCU.

« Peut-être qu'on peut demander à ce que la gynéco fasse le frottis...moi en tout cas, je n'ai jamais demandé, c'est toujours elle qui le fait dans la foulée, j'y allais pour autre chose et elle en profitait pour faire le frottis en même temps. Je n'y suis jamais allée uniquement pour faire le frottis, c'était toujours pour des contrôles, des résultats d'examens, des échographies, mais jamais je n'ai dit "je suis là pour faire mon frottis". » E3

i) Non adhésion au principe de dépistage

(1) Inutilité du dépistage

L'intérêt et le principe du dépistage sont mal compris dans cette population, d'autant plus qu'elle a tendance à ne jamais consulter en l'absence de symptômes. Ces femmes ne perçoivent pas les bénéfices du dépistage sur leur santé, et le considèrent comme inutile.

« Mais le fait que le dépistage maintient en bonne santé ?.... non ! » E12

Elles pensent même que si le dépistage revient positif, l'état de santé va au contraire se dégrader.

« Si on cherche beaucoup, après on trouve quelque chose pas bien, après on n'est pas tranquille.... » E2

« Ben si tu as quelque chose tu risques d'être beaucoup moins en bonne santé quand même...s'ils dépistent un cancer... » E12

D'autres pensent que le dépistage est inutile car inefficace. Des histoires de famille sont relatées, où un parent, malgré des examens de santé négatifs, développe un cancer et en décède malheureusement. Il existe une confusion entre les examens médicaux liés au dépistage et ceux liés au bilan de la maladie en question.

« Le dépistage sert à découvrir avant qu'il ne soit trop tard. Si on a dépisté, on ne voit rien, à la fin on trouve des trucs c'est trop tard, ça ne sert à rien de dépister ! » E11

(2) Conviction personnelle « contre le dépistage »

Certaines femmes n'adhèrent pas au dépistage car elles se disent tout simplement « contre » le dépistage.

« Pour le cancer du sein, le cancer colorectal, en plus j'ai reçu il n'y a pas longtemps les papiers, autant vous dire que je suis contre, je n'irai ni pour l'un ni pour l'autre. » E1

« Il y a des convictions aussi « je ne veux pas » voilà. » E9

(3) Expérience antérieure traumatisante

Parfois, les examens de dépistage sont mal vécus car douloureux. Ces femmes renoncent alors à en bénéficier.

« Ben déjà la mammographie j'en ai fait une fois il y a longtemps parce que j'avais un petit souci, j'ai un très mauvais souvenir, donc je ne retournerai pas me refaire aplatir le sein » E1

« J'en connais qui sont tellement stressées qu'elles n'arrivent pas à se détendre, du coup l'examen est douloureux, alors elles n'y vont plus. » E9

2. Défaut de sensibilisation au CCU et à son dépistage par FCU

a) Désintérêt vis-à-vis du CCU

Les femmes interrogées sont peu sensibles au CCU et à son dépistage par FCU car elles éprouvent un manque d'intérêt à son égard. Elles se disent plus intéressées par le cancer du sein.

« Je ne me pose pas trop de questions là-dessus, c'est pour ça que je ne m'informe pas plus en fait.... » E4

« En y repensant, pour le sein, on se sent plus concernée, j'ai déjà fait des recherches sur internet pour le sein, alors que pour le cancer du col de l'utérus jamais ! On n'y fait pas trop attention en fait... » E3

b) Sentiment de ne pas être concernée

Bien souvent ces femmes ne se sentent pas concernées par le dépistage par FCU, car elles pensent n'avoir qu'une très faible probabilité de développer un CCU du fait de leur situation. Les facteurs que l'on retrouve chez ces femmes qui ne se sentent pas concernées sont : la ménopause, l'absence de rapports sexuels, le fait d'être asymptomatique.

« Parce qu'avec la ménopause tout marche au ralenti...je n'ai plus de rapports non plus donc....et puis j'avais déjà fait des frottis on ne trouvait rien...donc ça ne sert à rien de recommencer...surtout que tout est au ralenti...alors je n'insiste pas.... » E11

« Je l'ai jamais fait en plus celui là. Non je ne l'ai pas fait celui là. Parce que donc moi j'estime que... euh... bon je suis veuve, je n'ai pas d'ami, je n'ai personne donc je n'ai pas de... euh... comment dire ? Rapports quoi. Euh... C'est bête ce que je dis mais je ne sais pas si je pourrais attraper le cancer de l'utérus ou... » E5

« J'ai pas mal, j'ai pas de problème, j'ai pas mal au dos, je sais le mal au dos c'est l'utérus, j'ai pas de sang, j'ai pas de problème.....Alors, j'ai pas besoin. » E2

c) Méconnaissance du CCU et de son dépistage par FCU

On relève également un manque important de connaissances et d'informations chez ces femmes, en ce qui concerne le CCU et son dépistage par FCU. Les connaissances à propos des recommandations et des modalités du FCU, de la physiopathologie du CCU sont très souvent erronées.

« Ce n'est pas quelque chose qu'on peut se provoquer hein un cancer de toute façon, voilà ça arrive » E9

« C'est un examen qui est à faire tous les 5 ans » E10

« J'ai entendu des fois ils enlèvent l'utérus avec le truc qui rentre pour faire le frottis... Oui le truc qui rentre, un tuyau je crois, c'est froid, après ils vissent pour faire le frottis. J'ai entendu ils tirent l'utérus avec ça pour le sortir. » E2

Ces femmes sont parfois conscientes de ce manque de savoir.

« Bah écoutez, maintenant qu'on en parle, je me rends compte que voilà, je ne connais pas tout ! » E9

« Je ne sais pas grand-chose en fait....Parce que c'est vrai que j'ai entendu parler un tout petit peu du sujet, mais je ne connais pas de trop. » E4

A noter que les femmes qui présentent le plus de connaissances sur le FCU de dépistage sont celles qui ont été vaccinées contre le HPV.

d) Insuffisance de communication autour du CCU et du FCU

(1) De la part des médecins

Selon ces femmes, les médecins, gynécologues et généralistes confondus, ne communiquent pas assez sur le sujet. Ils n'insistent pas suffisamment sur l'importance du dépistage par FCU, et n'expliquent pas assez son intérêt. On ne leur rappelle pas non plus d'aller faire un FCU quand la période des trois ans entre deux FCU arrive à terme. Ainsi ces femmes, ayant l'esprit occupé par leurs difficultés du quotidien, oublient et ne se font pas dépister. Certaines assurent même que leur MG n'a jamais abordé le sujet avec elles.

« Ben rien de plus, « on fait le frottis comme ça s'est fait », et puis c'est tout...pas plus d'explication. En fait elle a vu sur son ordinateur que ça faisait un petit bout de temps que je ne l'avais pas fait, et elle m'a dit « on le fait », moi je n'étais pas venu pour ça à la base... » E3

« Parce qu'il faut y penser quoi ! Ce n'est pas la gynéco qui va dire « au fait, rappel du frottis ! ». Donc si tu n'y penses pas, tu n'y vas pas. » E8

« Faut que la gynéco elle dit « viens faire le frottis ». Elle doit dire c'est quand on doit faire le frottis : « viens faire le frottis le jour là ». Moi, personne ne me dit « viens faire le frottis » alors je reste (rires). » E2

« Non, ça fait plus de dix ans que je suis avec ma généraliste, jamais elle ne me parle d'examens gynécologiques ou de faire un frottis...elle ne me demande pas si je suis suivie chez un gynéco. Jamais, jamais, jamais. » E3

(2) De la part des pouvoirs publics

En comparaison avec le cancer du sein et du côlon qu'elles évoquent spontanément, ces femmes jugent la campagne de sensibilisation du CCU quasi inexistante, notamment en ce qui concerne le FCU de dépistage. Elles ne se rappellent pas avoir vu d'affiches ou de spots télévisuels à ce propos. Cependant, la campagne de promotion de la vaccination anti HPV semble avoir eu un impact chez elles, surtout avec l'utilisation des médias tels que la télévision.

« Si vous comparez par rapport au cancer du sein, tu n'es pas informé du tout du col de l'utérus » E12

« Pour le sein, et le colorectal il y en a plein, mais c'est vrai pour le col de l'utérus je n'en ai pas vu. Pour la vaccination, il y avait, mais pour le frottis je n'ai jamais vu ! » E1

Certaines jugent les méthodes d'informations des pouvoirs publics inefficaces, elles provoquent la peur. Une femme considère même la campagne d'information trop insistante :

« Le problème c'est que « il faut faire, il faut faire », on nous bassine avec, on fait des campagnes de pub, des machins, des bidules, je ne suis même pas sûre que ça ait beaucoup d'impact... » E1

e) Non réceptivité à l'information concernant le CCU et le FCU

Certaines femmes reconnaissent ne pas vouloir recevoir l'information sur le CCU et son dépistage par FCU, que le message de prévention soit délivré par leur médecin traitant en consultation, ou par des outils de communication via les campagnes de sensibilisation.

« Mais le mien n'ose même plus alors...Le mien s'est résigné maintenant...j'écoutais plus...c'est mon médecin traitant, je me réfère beaucoup à lui, ça fait trente ans qu'on se connaît » E12

« Ben on ne peut pas me donner un truc que je refuse. Tu vois par exemple si dans la rue quelqu'un me donne un prospectus : poubelle ! » E12

3. Faible investissement dans l'alliance thérapeutique dans le domaine de la gynécologie

a) Barrière de la langue

Parfois est évoqué la barrière de la langue, limitant la compréhension des explications données. Une femme participante ne comprend pas bien le français, mais selon elle, le suivi médical peut se faire malgré cette barrière de la langue.

« Oui il explique, mais problème je connais pas bien français.... » E13

« Pour moi, c'est pas problème. Pour visiter docteur, pour moi c'est pas problème, parce queen première place, c'est ma vie ! Je vais chez docteur, je comprends pas bien, mais je vais chez docteur. » E13

Selon une femme interrogée, cette barrière de la langue semble être supposée par le médecin qui aborde peu le sujet du FCU.

« Peut-être il croit je comprends pas » E2

b) Pudeur

La pudeur est très souvent mentionnée en tant que frein à la pratique du FCU de dépistage. Cette pudeur, quelle que soit la personne qui effectue le prélèvement, est liée au caractère intime du geste, qui atteint ainsi la sphère gynécologique. Elle peut être encore accrue lorsque le préleveur est le médecin traitant qui suit la patiente, du fait d'une relation très proche entre les deux personnes.

« Le sexe. Voilà. C'est que ça me gêne d'écartier les jambes, c'est vrai hein ? C'est bête parce qu'on...mais voilà ! » E5

« On se dit c'est mon médecin, il me voit c'est... c'est... il faudrait que ce soit quelqu'un que je ne connais pas, que je n'ai jamais vu. Vous voyez ? Euh... mais mon médecin généraliste c'est embêtant. » E5

c) Sentiment d'une relation médecin-patiente inadaptée

Pour certaines d'entre elles, la relation avec leur médecin est lésée par un manque de dialogue, voire même un manque de confiance. Ainsi, elles ne s'investissent pas dans l'alliance thérapeutique et ne se sentent pas encouragées au dépistage par FCU.

Ce manque de confiance peut être dû à une mauvaise expérience avec le médecin, provoquant alors un rejet de tous les médecins, ou tout simplement dû au fait de ne pas bien connaître son médecin, la relation de confiance nécessitant du temps pour se construire (changement récent de médecin, autre spécialiste peu souvent consulté).

« Le manque de confiance avec le médecin....quand on vous répond « ce n'est pas vous le médecin », ça vous dégoûte, ça donne pas envie de le revoir....ni lui ni un autre médecin ...ça vous refroidit... il y a un manque d'écoute en fait...ils se mettent pas à la place de la personne... »E11

« Quand je connais pas bien le docteur, j'arrive pas à parler, j'ai peur » E2

d) Sexe du médecin : pas d'examen gynécologique si c'est un homme

La plupart de ces femmes, tout âge et toute culture confondus, ont choisi une femme pour leur suivi gynécologique. Elles considèrent comme un réel frein au dépistage par FCU le fait que le préleveur soit un homme.

« Moi je n'ai eu que des femmes comme gynéco...c'était un choix » E1

« Pour moi, personnellement ça compte. Je n'irai pas le faire chez un homme. » E3

e) Croyance selon laquelle la gynécologie n'est pas du domaine du MG

Ces femmes ne reconnaissent pas le rôle transversal du généraliste. Elles émettent des doutes sur ses compétences en matière de gynécologie. Le fait que la spécialité de gynécologie existe suffit à les convaincre que le MG n'est pas apte à s'occuper de gynécologie.

« Moi, je trouve que c'est deux professions....après ils sont tous les deux médecins hein, mais ...euh....moi je sais que je préférerais aller chez ma gynéco que chez mon médecin.....Parce que pour moi, il est trop généraliste, je ne sais pas si...enfin je ne dis pas au niveau des

compétences, je ne dis pas « il n'est pas compétent » hein, mais j'ai plus confiance en ma gynéco qu'un médecin traitant. » E10

4. Peur

a) Appréhension de l'examen gynécologique

Ces femmes ressentent parfois de la douleur lors de l'examen gynécologique avec prélèvement par FCU. Elles appréhendent alors l'examen gynécologique car elles ont peur d'avoir de nouveau mal, et repoussent le RDV. Parfois, c'est l'examen en lui-même qui leur fait peur, avec des doutes sur les conditions d'hygiène.

« Ben le premier frottis, c'était douloureux. » E4

« En plus, j'ai pleuré, j'étais en mode stress... » E8

« Gynécologue, j'aime pas aller. Moi, j'ai peur...J'ai entendu aussi des fois les affaires de la gynéco elles sont sales, pas lavées, elles font des maladies après. » E2

b) Peur des résultats

La peur des résultats est largement évoquée. Ces femmes en situation de précarité, dont le quotidien est déjà difficile à gérer, préfèrent ne pas savoir si elles ont un cancer, pour ne pas avoir une difficulté de plus à affronter. Elles assimilent le cancer à la mort sans possibilité de guérison. Cette peur des résultats est d'autant plus difficile à maîtriser que les délais pour avoir les résultats sont jugés trop longs.

« C'est moi et puis la peur d'apprendre que j'ai quelque chose. C'est pour ça, tout ça se résume par la peur, pas la peine d'y aller j'ai déjà des emmerdes, pas la peine de m'en rajouter une. » E12

« Pour moi, cancer rime avec fin. » E1

« Pour moi et pour beaucoup de monde comme moi, le cancer c'est la mort. C'est « tu vas mourir de toute façon ». Jamais on n'entend que le cancer tu peux en guérir. » E12

« J'ai peur... (...) Ça fait trois semaines que je me demande si j'ai quelque chose et toi tu arrives au bout de trois semaines pour me dire que je n'ai rien. Tu vois si, par exemple, moi ça serait, si la radio, je l'ai faite, on me donne les résultats tout de suite, j'y vais. Attendre trois semaines ce n'est pas possible, plus pour mon moral ce n'est pas possible. » E12

c) Peur des traitements

On observe également une peur des traitements contre le CCU : la perte de la féminité, les effets secondaires de la chimiothérapie.

« Il y a des traitements après on se sent plus trop trop femme » E6

« Moi j'ai toujours peur de chimiothérapie, parce que j'ai eu un malade je travaillais, euh comme il a eu chimio et donc ça s'était pas bien passé, il souffrait beaucoup et tout ça, j'ai eu plutôt peur de ça. » E7

5. Difficultés d'accès aux soins

a) Liées à leur état de santé

On retrouve comme obstacle à la participation au dépistage du CCU par FCU la difficulté à se rendre chez le médecin à cause d'un mauvais état de santé. Ainsi, certaines de ces femmes interrogées prennent un RDV médical, mais en cas d'acutisation de leurs problèmes de santé, elles ne s'y rendent pas. Elles se résignent alors à venir en consultation médicale sans RDV voire à ne plus consulter.

« J'ai mal à la tête de temps en temps, j'ai mal au ventre, mais je peux pas toujours me déplacer. Je prends rendez-vous et j'ai mal au ventre je peux pas, aujourd'hui ce matin ça va, je vais... mais sans rendez-vous quoi. Je peux pas toujours aller, c'est pas possible... » E7

Pour une femme, cela est en rapport avec un handicap physique, le cabinet médical de sa gynécologue n'étant pas accessible aux fauteuils roulants. A cela, se rajoutent les difficultés pour effectuer l'examen gynécologique chez une femme paraplégique.

« Oui et bien je ne vais plus la voir, j'avais une gynéco attirée aussi, et aujourd'hui je ne la vois plus, (...) en plus pour moi c'est compliqué, je suis en fauteuil, je ne peux plus monter sur la table, en plus pour aller chez elle, maintenant il y a une marche, enfin c'est compliqué. » E1

« Et puis à partir du moment où c'est compliqué, moi je ne fais plus. Chez elle il y a une marche, ça complique, alors je ne fais plus. » E1

b) Cabinet de gynécologie trop éloigné du domicile

L'éloignement du cabinet de gynécologie est également un obstacle au dépistage par FCU chez ces femmes, contrairement au cabinet de leur MG dont elles rappellent la proximité. En effet, il est difficile pour ces femmes de s'y rendre, car elles disposent de moyens financiers limités : elles ne sont pas véhiculées ou n'ont pas le permis de conduire, les transports en communs sont donc à payer. De plus, elles se rendent souvent accompagnées de leurs enfants en consultation médicale, elles ne peuvent pas se déplacer sur des longs trajets de bus qui nécessitent des changements de lignes.

« Elle est loin, j'aime pas quand je peux pas aller chez docteur à pied. J'arrive pas à aller toute seule, j'arrive pas à appeler pour le rendez-vous. J'ai pas le temps d'aller. » E2

« Si gynécologue loin, centre-ville comme ça, j'ai les enfants, je viens au généraliste. Parce que ma situation, avec les deux petits, je peux pas changer le bus, comme ça pour aller loin. » E13

« Et puis faut se rendre chez le gynéco, ce n'est pas facile non plus...je n'ai pas de voiture, il faut payer le bus, je ne peux pas y aller tout le temps non plus... » E11

c) RDV chez le gynécologue trop éloigné dans le temps

Les RDV chez le gynécologue sont aussi éloignés dans le temps. En effet, la démographie médicale en matière de gynécologie ne permet pas d'avoir des RDV rapprochés dans le temps, notamment lorsqu'il s'agit de dépistage sans caractère d'urgence.

Or ces femmes ne se projettent pas dans le futur, et ont tendance à ne consulter que dans l'urgence. Le long délai d'attente pour obtenir un RDV chez le gynécologue les dissuade alors de prendre RDV.

« Ce qu'il y a c'est que prendre rendez-vous chez le gynécologue, des fois c'est long ...des fois il y a une attente assez longue. Après des fois « je ne peux pas y aller maintenant j'ai des rendez-vous ou autre qui sont importants »du coup je laisse tomber.»E6

d) Sentiment de discrimination

Une femme a perçu un sentiment de discrimination à son égard lorsqu'elle s'est rendue chez un médecin, car elle est bénéficiaire de la CMU-C.

« Tu sais tu es là, dans la salle d'attente, c'est bien maintenant tu as tout dans la carte vitale avant tu avais une carte à part, alors que là tu ne l'as plus. « -VOUS ETES CMU ? -Gueule plus fort connard ! Ils n'ont pas bien entendu au fond ! » » E12

6. Méfiance vis-à-vis des politiques de Santé Publique

a) Société qui fonctionne sur la peur

Selon ces femmes, la société joue sur la peur des gens dans tous les domaines, notamment en matière de santé. Elles pensent que le message de prévention délivré par les autorités de santé se base essentiellement sur la crainte de la maladie et de la mort. Elles se méfient alors de ces messages. Même à la télévision, les émissions sur la santé entretiennent la peur. Il n'y a pas de politique de Santé Publique visant à rassurer la population d'après elles.

« Je regardais avant certaines émissions, mais maintenant j'évite parce que ça fout les chocottes ! Quand on voit qu'ils font exprès de nous faire peur, pour qu'on achète des médicaments....je trouve qu'il y a un certain affolement pour des trucs de rien du tout ! » E11

« Moi ce que je reproche au cancer du sein et tout, c'est qu'ils ne t'expliquent rien mais il n'y a pas ... maintenant c'est ancré dans toutes les têtes parce qu'il y a la télévision que si tu t'es fait dépister c'est pour le cancer et ce mot là il fait peur. « Cancer ». Pour moi et pour beaucoup de monde comme moi, le cancer c'est la mort. C'est « tu vas mourir de toute façon ». Jamais on n'entend que le cancer tu peux en guérir. C'est ça aussi : le mot il fait peur. » E12

b) Recommandations inadaptées

Chez une femme interrogée, les recommandations concernant la pratique du FCU de dépistage sont remises en cause. Le délai de trois ans entre chaque FCU de dépistage lui semble trop long : elle pense que le cancer a le temps de se développer pendant cette durée. Cela traduit selon elle, un manque d'investissement des autorités de santé.

« On n'arrête pas de dire le frottis, le frottis, le frottis, après on va chez la gynéco et elle nous dit tous les deux trois ans ça suffit, c'est un acte médical etc., alors voilà, je trouve ça bizarre....je ne bosse pas à la sécu mais il y a une politique qui fait que si on peut en faire moins c'est mieux, c'est le sentiment que j'ai. » E1

« Si cancer il y a, en trois ans, il a le temps de se développer, ce n'est pas crédible comme truc ! » E1

c) Société misogyne : peu d'aides mises en place pour les femmes

Ces femmes, en situation de précarité, sont souvent seules et ont la charge des enfants. C'est à elles que revient la responsabilité de combler les besoins primaires de la famille : le logement, les vêtements, la nourriture. Elles ont alors tendance à s'oublier. Une femme déplore le manque d'aides de l'État pour les soutenir dans cette mission, ce qui leur permettrait de pouvoir s'occuper de leur santé.

« C'est vraiment une injustice...ça me révolte...moi je dis haut et fort que les femmes ne sont pas aidées dans ce pays !! On les laisse galérer toutes seules avec leurs enfants et après on s'étonne qu'elles ne s'occupent pas de leur santé ! » E11

7. Facteurs contribuant à la participation au dépistage par FCU

a) Importance du rôle de la mère

Chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C participantes au dépistage par FCU, c'est très souvent la mère qui incite à se rendre chez le médecin pour le premier examen gynécologique, et pour le premier FCU. Elle l'accompagne même en consultation. Ceci est valable même si la mère en question n'a pas de suivi gynécologique régulier. En effet, elles considèrent la santé comme une priorité quand elle concerne les enfants.

« Ma mère, comme elle fait aussi des frottis, elle m'a dit que ce n'était pas avant 25 ans, donc là, elle m'a dit c'était le moment quoi. » E10

« Moi mes filles le savent parce que je les ai matraquées avec. Ce que je ne fais pas pour moi je le matraque chez elles. » E12

« Et partout où vous pouvez vous renseigner dans notre milieu, la santé c'est une priorité pour les enfants. Le gamin n'a pas le droit d'être malade. » E12

b) Initiative du gynécologue

Hormis une seule femme interrogée, la participation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au FCU dans les trois ans s'est faite sous l'initiative du gynécologue, sans aucune demande de la patiente.

« Peut-être qu'on peut demander à ce que la gynéco fasse le frottis...moi en tout cas, je n'ai jamais demandé, c'est toujours elle qui le fait dans la foulée, j'y allais pour autre chose et elle en profitait pour faire le frottis en même temps. Je n'y suis jamais allée uniquement pour faire le frottis, c'était toujours pour des contrôles, des résultats d'examens, des échographies, mais jamais je n'ai dit « je suis là pour faire mon frottis ». » E3

8. Synthèse des freins au dépistage relevés par les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Tableau 2 : Synthèse des freins au dépistage par FCU relevés par les femmes bénéficiaires de la CMU-C

<p>Envahissement de la santé par les contraintes du mode de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres priorités, manque de temps • Santé perçue comme la capacité à agir malgré les symptômes • Fatalisme • Absence de projection dans le futur • Refus de la multiplicité des examens médicaux • Absence de prévention /absence de suivi gynécologique régulier • Refus de la maladie • Cancer considéré comme non grave devant le terrain (âge, antécédents médicaux) • Non adhésion au principe de dépistage <ul style="list-style-type: none"> ○ Conviction personnelle « contre le dépistage » ○ Inutilité ○ Expérience antérieure traumatisante
<p>Défaut de sensibilisation au CCU et à son dépistage par FCU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désintérêt vis-à-vis du CCU • Sentiment de ne pas être concernée : ménopause, absence de symptômes, absence de rapports sexuels • Méconnaissance du CCU et de son dépistage par FCU • Insuffisance de communication autour du CCU et FCU <ul style="list-style-type: none"> ○ de la part des médecins ○ de la part des pouvoirs publics • Non réceptivité à l'information concernant le CCU et le FCU
<p>Faible investissement dans l'alliance thérapeutique dans le domaine de la gynécologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barrière de la langue • Pudeur, parfois amplifiée auprès du MG • Sentiment d'une relation médecin-patiente inadaptée : pas de confiance en son médecin, pas de dialogue avec le médecin • Sexe du médecin : pas d'examen gynécologique si c'est un homme • Croyance selon laquelle la gynécologie n'est pas du domaine du MG
<p>Peur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appréhension de l'examen gynécologique • Peur des résultats • Peur des traitements
<p>Difficultés d'accès aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liées à leur santé • Cabinet trop éloigné du domicile • RDV gynécologue trop éloigné dans le temps • Sentiment de discrimination
<p>Méfiance vis-à-vis des politiques de Santé Publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Société qui fonctionne sur la peur • Recommandations inadaptées • Société misogyne : peu d'aide pour les femmes
<p>Facteurs contribuant à la participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance du rôle de la mère • Initiative du gynécologue

C. Solutions à envisager selon ces femmes

1. Renforcer le rôle central du médecin généraliste

a) **Plus de communication autour du FCU et de son dépistage par FCU**

Selon ces femmes, c'est essentiellement au MG que revient la mission d'informer les femmes sur le FCU en leur en expliquant l'intérêt et les modalités. Il doit faire régulièrement le point avec ses patientes sur leur dépistage par FCU, et les inciter à le faire le cas échéant.

En effet, elles considèrent que le MG est l'interlocuteur de choix pour promouvoir la pratique du FCU de dépistage. Il a un rôle de proximité avec ces patientes, les femmes le consultent plus régulièrement qu'un médecin d'une autre spécialité.

« Je pense que c'est surtout au médecin généraliste de mettre la main à la pâte, parce qu'on va le voir plus souvent qu'un gynécologue. Ils peuvent donner des conseils, et demander aux femmes qu'ils viennent les voir « Vous avez fait un frottis dernièrement ? C'est intéressant de le faire », et surtout expliquer pourquoi il faut le faire. Moi, je trouve que c'est les médecins généralistes parce qu'on va les voir plus souvent qu'un médecin spécialisé. » E3

b) **Promouvoir la pratique du FCU au cabinet du MG**

Pouvoir bénéficier du FCU de dépistage chez son médecin traitant permettrait à ces femmes d'y participer plus facilement. En effet, elles évoquent une relation de confiance avec leur médecin traitant, la proximité du cabinet avec leur domicile, et la disponibilité du MG qui donne des RDV rapidement.

*« Moi, avant, avec Dr ***, je faisais le frottis avec elle, ça ne me dérange pas. J'aime bien, c'est à côté de chez moi, je pars toute seule à pied, j'ai le rendez-vous vite, j'arrive à parler avec le généraliste, j'ai l'habitude. » E2*

« Parce que c'est vrai qu'au niveau des rendez-vous, on peut voir un généraliste plus facilement qu'un spécialiste...surtout s'il le propose en disant « voilà, je peux faire cet examen » et en expliquant pourquoi il faut le faire, je pense que c'est plus facile, plus abordable d'aller le faire chez le généraliste que chez le gynéco.(silence) Donc oui, moi ça me dirait bien, ça faciliterait plus les choses je crois. » E3

Cependant, elles ne sont pas unanimes à ce propos : certaines femmes ne pourraient pas faire le FCU chez leur médecin traitant, à cause de leur pudeur à son égard. Elles se sentent trop proches de leur médecin traitant pour aborder les problèmes d'ordre gynécologique.

« Pas chez lui. Vous voyez je ne passerais pas ce truc-là. Et pourtant ça fait 30 ans.... Dès que ça arrive à la taille, à part les jambes vous savez quand j'ai mal aux jambes ou..., mais le reste jamais. Vous voyez ça me dérangerait, ça me gênerait de... Ah non je ne pourrais pas ! » E12

2. Améliorer l'information

a) *La nécessité d'une campagne de sensibilisation de la même envergure qu'« Octobre Rose »*

Les femmes bénéficiaires de la CMU-C soulignent la nécessité de mettre en place une campagne de sensibilisation au CCU de grande ampleur pour augmenter le taux de participation au FCU de dépistage. Selon elles, pour que cette campagne ait un réel impact, elle doit être comparable à « Octobre Rose » qu'elles évoquent spontanément, témoignant d'un retentissement certain. On remarque que la campagne d'information concernant le vaccin anti-papillomavirus a également marqué les esprits.

« Bah en nous mettant le même matraquage que pour le cancer du sein. Regardez, quand il y a eu le vaccin papillon-là (rires), on a été plus ou moins au courant... en fait, tu en voyais partout. » E12

« Ils devraient faire comme « Octobre Rose » mais pour le col de l'utérus. » E8

b) *Outils de communication adaptés*

Améliorer l'information passe aussi par des outils de communication qui les toucheraient. Les moyens de communication qu'elles estiment efficaces sont :

(1) Affiches dans les salles d'attente

Il s'agit d'affiches explicatives sur l'intérêt du dépistage par FCU. Elles ne doivent pas engendrer la peur en se focalisant uniquement sur le risque de CCU. Ces affiches sont placardées dans les salles d'attente des cabinets médicaux. Elles considèrent que cet outil de communication est efficace pour la sensibilisation au cancer du sein.

« Non mais expliquer déjà ce qu'est un frottis et le pourquoi. Les conséquences les mettre aussi... Pas en tout petit, faut pas exagérer, mais en donner plusieurs, pas que cancer. Je sais pas : infection urinaire, ou je ne sais pas quoi. Tu en donnes. Et bon tu mets le mot cancer....mais pas tout seul... Ouais il servira de beurre entre les tartines, tu en mets un peu au-dessus et tu en mets un peu en-dessous... » E12

« Oui et puis aussi des affiches dans les salles d'attentes. Parce que voilà, dans la salle d'attente, ben on attend, on n'aime pas trop se regarder dans le blanc des yeux entre patients, donc on regarde ce qu'il y a autour... On regarde un peu les affiches, si on ne les lit pas complètement, on les lit en tout cas en diagonale. Donc voilà, si c'est bien fait, il peut y avoir un impact direct et puis fort tout de suite quoi. » E9

« Sinon des affiches à mettre dans les salles d'attente, comme pour le cancer du sein, ça marche pas mal ça pour le sein. Comme ça, ça attire l'œil et on lit les infos, au lieu de se regarder dans le blanc des yeux dans la salle d'attente (rires) » E3

(2) Plaquettes informatives

Dans le même registre, elles mentionnent également l'intérêt des plaquettes pour informer les femmes, qui reprendraient les principales informations concernant le CCU et son dépistage par FCU.

Ces plaquettes seraient distribuées dans les salles d'attente des médecins, mais elles seraient plus efficaces si elles étaient distribuées dans les établissements scolaires.

« À l'école, je dirais ! Pour informer les jeunes filles ! Parce que la scolarité est obligatoire, donc là on est sûre de toucher toutes les jeunes filles quoi hein. Puis sinon, dans les salles d'attente du médecin généraliste, et puis des autres médecins aussi. » E9

(3) Médias : télévision, radio

L'utilisation des médias comme la radio et surtout la télévision est largement proposée. Elles reconnaissent passer beaucoup de temps devant la télévision, et semblent être réceptives aux campagnes d'information télévisuelles, notamment lorsque les spots d'informations passent plusieurs fois dans la journée. Plusieurs ont ainsi évoqué spontanément la campagne d'information télévisuelle concernant le vaccin anti-papillomavirus, et déplorent le manque d'information pour le FCU de dépistage.

« Oui faire des pubs à la télé, ça passe en boucle, ils refont des nouveaux à chaque fois, et puis donc les personnes, vu qu'elles regardent beaucoup la télé certaines, elles tombent là-dessus et au bout d'un moment elles décident de faire la démarche pour le cancer du col de l'utérus ». E4

« Parce qu'à la télé, j'ai juste vu quand le vaccin est sorti...garda...gardasil?...mais après comme j'ai dit plus rien. » E8

(4) Réunions d'information de proximité,

Selon ces femmes, il faudrait organiser des réunions d'information de proximité. Le lieu de la réunion compte beaucoup chez ces femmes qui, rappelons-le, ont des difficultés pour se déplacer. Le plus efficace, selon elles, est d'utiliser les salles à disposition, à proximité des quartiers où elles résident : les centres sociaux, les mairies. Il faut également prendre en compte la garde des enfants pour déterminer l'horaire de ces réunions, le plus simple selon elles serait de les organiser au sein même des écoles.

« Des réunions....il faut faire des réunions....les centres sociaux doivent bien servir à quelque chose hein ? Il faut organiser des trucs à thèmes du genre « cancer du col de l'utérus » et tourner dans les mairies, les centres sociaux, les machins, comme octobre rose en fait....mais faut adapter les horaires de réunion...si vous faites une réunion de 10 à 12, ben celles qui ont les gamins à aller chercher à l'école ne pourront pas venir...si c'est de 18 à 20, elles laissent seuls les enfants à la maison pour venir ? Je ne crois pas non ! Et il y a aussi celles qui bossent...qui ne pourront pas venir parce qu'elles bossent.... » E11

« Faudrait faire ça dans des écoles....les enfants sont sur place et font leurs devoirs pendant que les mamans sont à la réunion...pas de perte de temps en allers-retours...ou je ne sais pas, faire samedi matin ou samedi après-midi, pour que ceux qui travaillent puissent venir. Faut que tout le monde s'adapte hein ! Ou plutôt qu'on s'adapte à tout le monde ! » E11

(5) Rôle de la mère

Elles reconnaissent la responsabilité de la mère dans la participation au FCU de dépistage. En informant mieux les mères, celles-ci vont à leur tour informer leurs filles, et cela permettra de promouvoir le FCU de dépistage.

« Donc je pense qu'il faut bien informer ses enfants là-dessus quoi hein. » E9

3. Simplifier la pratique du FCU de dépistage.

a) Effet incitateur du dépistage organisé

Souvent ces femmes envisagent différents moyens visant le rappel du FCU. Il peut s'agir d'un carnet comparable à celui des vaccins où l'on noterait les dates des FCU, ou d'un RDV pour réaliser le FCU pris à l'initiative du gynécologue.

« Faire une espèce de carnet de santé, comme à l'époque, avec les rappels de vaccins. Mais on y mettrait les rappels de frottis. » E8

« Faut que la gynéco elle dit « viens faire le frottis ». Elle doit dire c'est quand on doit faire le frottis : « viens faire le frottis le jour là ». Moi, si j'ai pas de problème je vais pas chez la gynéco. Mais si j'ai déjà rendez-vous, obligé je vais. » E2

Toujours dans cet esprit de rappel, plusieurs disent spontanément que recevoir un courrier pour leur rappeler d'aller faire un FCU les inciterait à y aller. De plus, elles sont sensibles à la démarche personnalisée. Elles semblent donc réceptives au DO. Elles proposent d'accompagner l'invitation au FCU d'une lettre d'explications sur le CCU, ce qui permettrait également de les informer.

« Ou la sécu, parce que je pense qu'ils ont une trace avec la carte vitale de ce qu'on fait, renvoie un courrier « ça fait plus de deux ans, ou bientôt deux ans, que vous avez fait votre frottis. Merci de contacter votre gynécologue. » Et la gynéco, qui reçoit le même courrier, qu'elle recontacte la personne. » E8

« Mais la lettre comme ça, ça aide pour y penser, c'est quelque chose de bien, ça marche pour les femmes font plus de frottis. » E2

« Je le ferai parce que je me dis ils se sont cassés la tête pour m'envoyer un courrier donc je vais le faire quand même. Hein ? Voilà ce que je me dirais moi. » E5

Certaines émettent des réserves : elles doivent pouvoir choisir le lieu et le préleveur, il faudrait que la durée de validité de l'invitation soit assez longue pour leur permettre de s'organiser pour s'y rendre.

« Oui ça pourrait être bien, mais il faudrait que je choisisse où le faire, chez ma gynéco ou à la limite chez le généraliste, mais pas qu'on m'impose l'endroit. Je voudrais aller chez le médecin que je connais, où j'ai déjà l'habitude d'aller. » E3

« J'irai ! C'est une solution...mais le problème c'est qu'il y a des limites...pas avant telle date, pas après telle date....c'est limité aussi dans le temps... » E11

Une femme y est complètement opposée :

« Je vous dis hein le colorectal et le sein j'ai reçu, ça a fini à la poubelle, je ne le ferai pas. Donc pour le frottis, ça sera pareil... » E1

b) Concentrer les examens médicaux

Une autre solution proposée pour inciter les femmes à participer au FCU de dépistage : rassembler les examens médicaux, notamment de dépistage, en un seul jour et au même endroit. Cela permettrait de pallier leurs difficultés de déplacement, et de pouvoir « économiser du temps » pour leur quotidien : la garde des enfants, s'occuper du foyer, etc.

« Mais si je peux passer tout ça grande journée, chez la même personne, je vais quand même plus... » E7

Selon une participante, la médecine préventive pourrait inciter les femmes à se faire dépister : en une demi-journée, tous les examens de santé sont réalisés. Le fait de pouvoir s'y rendre à plusieurs, entre amis ou en famille, l'incite d'autant plus à y participer.

« C'est normal c'est un lieu médical. Et tu vas vraiment pour faire un état général vous voyez. Donc quand un gynécologue vous demande “- Vous voulez ? - Allez-y...” » E12

« Parce que justement mon gamin était avec moi. On était deux. Les attentes en plus c'est de mieux en mieux tu restes quatre heures au lieu de huit. Ça va vite quoi, et puis au moins tu es débarrassé. » E12

c) Raccourcir le délai d'attente pour les résultats

Raccourcir le délai d'attente pour avoir les résultats permettrait de lutter en partie contre la peur des résultats.

« Oui, raccourcir le délai parce que moi trois semaines à me dire j'ai un cancer je n'en ai pas... » E12

d) Gratuité si pas de CMU-C

Certaines femmes suggèrent la gratuité de l'examen. En effet, étant bénéficiaires de la CMU-C, le FCU de dépistage est totalement pris en charge sans avance de frais. Elles pensent donc aux femmes qui n'en sont pas bénéficiaires et qui n'ont pas d'autre couverture santé.

« Pour certaines femmes qui n'ont pas les moyens de payer, qui n'ont pas de couverture maladie ». E4

4. Adaptation des politiques de Santé Publique

a) Modification des recommandations

Selon une femme interrogée, il faudrait adapter les recommandations en matière de participation au dépistage par FCU en fonction du profil de la patiente, c'est-à-dire en fonction de son âge, de son activité sexuelle et de sa période de vie génitale. Elle a du mal à faire confiance à des recommandations uniformes pour toute la société et qui ne sont pas adaptées à l'échelle de l'individu.

« On devrait adapter les fréquences en fonction des périodes de vie : quand on est jeune, et qu'on a plein de rapports, peut-être faire des choses plus systématiques. Après si la vie est plus régulière, peut-être espacer un peu. Faut tenir compte de la personne en face quoi. » E1

b) Mise en place d'aides pour les femmes

Là aussi ces femmes expriment la nécessité de mettre en place une politique de Santé Publique qui leur est adaptée. Il faut aider les femmes en situation de précarité à affronter leurs difficultés du quotidien, leur permettant ainsi de redonner la priorité à leur santé. Les aides évoquées sont financières, mais aussi matérielles telles que des structures pour la garde ponctuelle des enfants.

« Ben faut améliorer leur quotidien....une femme a le droit de souffler aussi....si je n'avais pas cinq heures à passer dans les transports, j'aurais eu plus de temps pour moi....pour moi et ma santé...il faut les aider à vivre....les aider à vivre et pas à survivre... » E11

5. Synthèse des solutions envisagées par les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Tableau 3 : Synthèse des solutions envisagées par les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Renforcer le rôle central du MG
<ul style="list-style-type: none">• Plus de communication autour du CCU et de son dépistage par FCU• Promouvoir la pratique du FCU au cabinet du MG
Améliorer l'information
<ul style="list-style-type: none">• Campagne de sensibilisation de la même envergure qu'« Octobre Rose »• Outils de communication adaptés :<ul style="list-style-type: none">○ affiches et brochures d'informations dans les salles d'attentes des cabinets médicaux,○ brochures d'information distribuées dans les écoles,○ médias : radio/TV,○ réunion de proximité,○ relais de l'information : mère
Simplifier la pratique du dépistage du CCU par FCU
<ul style="list-style-type: none">• Effet incitateur du dépistage organisé• Concentrer les examens médicaux• Raccourcir le délai d'attente des résultats• Gratuité si pas de CMU-C
Adaptation des politiques de Santé Publique
<ul style="list-style-type: none">• Modification des recommandations• Mise en place d'aides pour les femmes

II. Deuxième partie : les médecins généralistes

A. Population étudiée

1. Effectif

L'étude a eu lieu du 03/05/2016 au 29/06/2016. 13 MG ont été contactés par téléphone pour une prise de RDV. 3 MG ont refusé de participer à l'étude en raison d'un manque de temps. 1 MG a accepté le RDV mais a refusé d'être enregistré pendant l'entretien, son entretien n'a pas été inclus dans l'étude. Ainsi, 9 entretiens ont été réalisés et ont permis d'obtenir la saturation des données.

2. Caractéristiques

Les entretiens ont duré de 10 à 32 minutes. Parmi les 9 MG participants à l'étude, nous comptons 5 femmes, 3 MG se disent habitués à réaliser des prélèvements de FCU dans leur pratique courante. Le tableau 4 récapitule leurs principales caractéristiques.

Tableau 4 : Caractéristiques des MG participants

Entretien	Sexe	Âge	Installation en ZUS	Pratique du FCU	Durée
A	Femme	60 ans	1996	oui	24 min 13'
B	Homme	43 ans	2012	non	10 min 17'
C	Homme	42 ans	2007	non	32 min 47'
D	Homme	51 ans	1997	non	16 min 52'
E	Homme	37 ans	2014	non	21 min 05'
F	Femme	35 ans	2016	oui	16 min 28'
G	Femme	58 ans	1985	oui	13 min 48'
H	Femme	40 ans	2012	non	17 min 42'
I	Femme	59 ans	2008	non	19 min 33'

B. Obstacles au dépistage par FCU des patientes bénéficiaires de la CMU-C relevés par les MG

1. Difficultés à trouver le moment opportun en consultation pour aborder le thème du CCU et de son dépistage par FCU

Les MG interrogés soulignent l'importance de trouver le moment adéquat en consultation pour soulever la question de la prévention, et notamment du dépistage par FCU.

« Non mais voilà, en sachant que leur balancer le message comme ça, hop ! Moi je suis débarrassé, mais en face est-ce qu'elle l'a compris ? Donc ça sert strictement à rien que j'aborde le sujet si elles ne sont pas dans une période où elles vont le recevoir ce message, ça c'est de l'expérience vécue hein. » C

Cependant, ils avouent avoir des difficultés à trouver ce moment avec leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C, la promotion du FCU de dépistage est alors retardée. Cela est dû à plusieurs phénomènes selon eux :

a) Priorité donnée aux nombreux problèmes de santé aigus

Les MG interrogés reconnaissent que lorsqu'une patiente vient en consultation pour un problème de santé aigu, ils n'abordent pas le thème du CCU et de son dépistage par FCU, car ils estiment que la patiente ne serait pas réceptive au message dans ce contexte. Le problème d'après eux est le suivant : les femmes en situation de précarité ont tendance à consulter uniquement dans l'urgence, lorsque les symptômes sont trop marqués pour en faire abstraction. De plus, elles présentent un état de santé plus fragile, avec de nombreux phénomènes aigus. Ainsi l'opportunité d'aborder le sujet chez ces patientes dans un contexte plus favorable, en dehors de problèmes aigus, se fait rare.

« Mais c'est vrai que, en général, quand les patientes viennent pour un problème aigu, je n'en parle pas... » B

« C'est vrai que j'ai noté dans un certain nombre de dossiers « vérifier dépistage frottis tous les trois ans » et puis comme il y a bien souvent des tas d'autres soucis et que j'attends une période d'accalmie pour leur en parler, je ne leur en parle pas souvent. Le problème est là : c'est vrai qu'il y a beaucoup beaucoup d'évènements intercurrents. » C

b) Inadaptation du cadre de consultation

Autre difficulté ressentie par les MG pour sensibiliser au CCU la patiente bénéficiaire de la CMU-C en cours de consultation : l'environnement de consultation inadapté. Cela concerne la présence d'enfants en consultation, la consultation sans RDV, la consultation pour multiples motifs et le retard dans les consultations. Dans ces conditions, les MG interrogés estiment qu'il est difficile de soulever la question du dépistage du CCU, d'expliquer en quoi cela consiste et son intérêt.

« Après c'est toujours pareil, ça dépend aussi de la consultation, parce que quand c'est des gens qui viennent sans rendez-vous, qu'il faut voir les deux gamins, que je suis en retard, et ben le frottis, clairement il passe à la trappe. Je ne vais pas reprendre un quart d'heure pour expliquer. » F

« On n'arrive plus à avoir des patients qui viennent pour une pathologie, qu'on va prendre en compte, qu'on va écouter et qu'on va traiter, voilà. On a toujours des consultations qui deviennent de plus en plus compliquées, de plus en plus longues... » D

Les MG remarquent que les patientes bénéficiaires de la CMU-C consultent souvent avec leurs enfants, soit parce qu'elles ne peuvent pas les faire garder, soit parce qu'ils servent d'interprètes. Il est donc délicat pour les médecins de promouvoir le FCU de dépistage, qui a trait à la sexualité, devant les enfants.

« Bien souvent, elles viennent accompagnées de leurs enfants, même si je leur dis de venir seules, bon je sais que ça peut être compliqué pour certaines femmes qui vivent seules de se faire garder les enfants, mais je me demande si ce n'est pas un prétexte, si elles ne font pas exprès de venir avec...parce que les examiner au niveau gynéco, ou même parler de tout ça devant les enfants ce n'est pas possible. » I

Cependant, deux MG avouent parfois profiter d'une consultation jugée simple pour rattraper leur retard plutôt que d'aborder le thème du CCU. Ainsi le thème du CCU est rarement évoqué chez ces patientes.

« Heu après c'est vrai ce qui interfère également, c'est la disponibilité d'esprit du médecin, c'est-à-dire que même si je suis dans une accalmie, il suffit que le jour là, la personne en question vienne me voir pour un truc tout simple, et puis je vais en profiter pour rattraper mon retard que j'ai pris avec les autres. Donc de fil en aiguille, le message passe très tardivement... » C

c) Plus facile d'aborder le sujet au cours de certaines consultations : création de dossier, motif de consultation gynécologique

En revanche, il semble qu'aborder le sujet du FCU de dépistage est plus aisé au cours de certaines consultations. En effet, à la première consultation avec une patiente, la date du dernier FCU de dépistage fait partie de l'interrogatoire médical systématique de création de dossier selon ces MG.

« En général, quand je vois une patiente pour la première fois, sans même jeter un œil aux antécédents notés sur le dossier informatique, parce qu'en plus tout est loin d'être noté, je redemande les choses de bases : pas d'allergies médicamenteuses ou autre, tabac, médicaments pris tous les jours, antécédents médico-chirurgicaux, et à ce moment-là je vais demander de quand date le dernier frottis. » F

De même, cela semble plus facile d'en parler pour les MG interrogés lorsque le motif de consultation est gynécologique ou a trait à la sexualité (situation à risque de maladies sexuellement transmissibles notamment).

« Mais, c'est plus facile au cours de certaines consultations plutôt que d'autres. Par exemple, quand elles viennent pour un renouvellement de pilule par exemple je leur en parle, c'est plus facile à ce moment-là. » B

« Donc je demande pour le frottis de manière systématique, et surtout quand il y a un changement récent de partenaire, ou que les femmes sont quittées...c'est un bon moment pour en parler. » I

Pour certains MG, la consultation en début de grossesse est une occasion idéale pour faire le point sur leur dépistage par FCU.

« Je suis assurée qu'il y en a un pendant la grossesse. En suivi de maternité, il y en a toujours un. D'ailleurs, si elles n'ont pas de suivi gynécologique mais qu'elles ont eu des enfants récemment, je leur pose la question du frottis en leur décrivant la manière dont est réalisé l'examen et là elles sont capables de me dire si elles l'ont eu à la maternité ou pas. » H

Mais la plupart des MG interrogés reconnaissent ne jamais soulever la question du dépistage par FCU à ce moment-là, les démarches administratives et sociales prenant souvent le devant de la scène chez ces patientes.

« Pendant la grossesse on va plutôt aborder l'organisation du suivi de la grossesse, la préparation de la venue du nouvel enfant, donc pareil : problèmes de logement, problèmes de matériel, le papa, est-ce qu'il y en a un ou pas ? Si oui, ça serait sympa que je le voie aussi ! Mais tout ce qui est examen gynéco, frottis et tout ça, non. » C

2. Relation médecin-patiente affaiblie par des difficultés de communication en matière de gynécologie

a) *Obstacles socio-culturels*

(1) La barrière de la langue

Les MG expliquent que promouvoir le FCU de dépistage et sensibiliser au CCU chez les patientes non francophones est très difficile.

« Après il y a clairement le problème de la barrière linguistique qui fait que c'est difficile déjà rien que pour expliquer ce que c'est le frottis. » F

« Et il y a aussi la barrière de la langue. Je suis souvent sur Google Traduction®, et même si j'ai des consultations longues, on a du mal à se comprendre. J'ai aussi une part de femme qui ne savent pas lire alors...pas évident d'utiliser Google Traduction® dans ces cas-là hein. » B

Un seul MG interrogé ne se sent pas gêné par la langue pour expliquer et promouvoir le FCU.

*« La barrière de langue, il n'y en a pas. Ici, il n'y en a pas. Parce que les femmes sont accompagnées, souvent je fais des dessins pour expliquer. Si elles n'ont pas compris, elles viennent accompagnées la fois d'après, par leur conjoint, ou par une copine. C'est un village ici, ce n'est pas***, ce n'est pas***, c'est immense hein ***. Ici, c'est un village quoi. Quelles que soient les communautés, les femmes se connaissent et elles peuvent venir accompagnées et voilà. La barrière de langue, moi je ne la sens pas, ici je ne la sens pas ! » A*

(2) Différences culturelles dans le rapport au FCU de dépistage.

Selon les MG, la culture d'appartenance de ces femmes peut également expliquer leur défaut de dépistage par FCU. En effet, ces MG installés en ZUS reconnaissent avoir une part importante d'étrangers dans leur patientèle. Ils ont rencontré des différences culturelles dans leur pratique courante de la médecine, car les patients ont conservé une part des coutumes de leur pays d'origine. Ils suggèrent qu'il en va probablement de même pour le FCU de dépistage.

« Ou bien, ce n'est pas un truc qu'elles avaient l'habitude de faire là-bas. Bon, c'est anecdotique, mais par exemple, la dernière fois, j'avais des patients arméniens en consultation, un homme et sa femme, donc je demandais les choses classiques à la femme pour faire son dossier, du genre : allergies, traitement habituel, etc., Donc je demande pour le tabac, et là gros éclat de rire, je ne comprenais pas. Après le mari m'a expliqué qu'en Arménie, ça ne se fait pas du tout qu'une femme fume. Donc voilà, peut-être que pour le frottis, c'est pareil. » B

Certains MG remarquent qu'il est plus difficile d'aborder le sujet du FCU de dépistage dans certaines cultures, notamment dans la culture arabo-musulmane.

« Et d'autre part, on a beaucoup de femmes voilées ici, qui n'ont pas forcément envie d'aller consulter spécifiquement pour un abord gynécologique en fait. C'est plus difficile de les convaincre, c'est une forme de pudeur, donc après on insiste en disant qu'il y a des gynécologues femmes, mêmes dans les laboratoires, il y a possibilité d'avoir une femme

simplement en le demandant. En plus c'est un sujet que naturellement elles abordent moins spontanément que d'autres personnes d'autres cultures. » H

« Après il y a de tout, mais c'est vrai que la population d'origine maghrébine ne va pas venir faire le frottis chez un homme, il faut dire les choses comme elles sont. On en parle, mais voilà, ça ne va pas plus loin. » E

Un MG ayant fait un stage au Canada remarque qu'il y a une différence de comportement des femmes vis-à-vis du FCU de dépistage entre les deux pays.

« Au Canada, c'est comme ça que ça se passe, c'est clair et net. Je pense que les Canadiennes ont la même pudeur, mais elles savent parfaitement bien que c'est une organisation très carrée. Si dans leur centre local de service communautaire où elles vont, c'est par secteur géographique, c'est un peu comme les CMP, si dans l'équipe, il n'y a que des mecs, elles vont faire plouf !plouf ! » C

(3) Pas d'éducation au suivi gynécologique régulier, surtout après la ménopause.

L'absence d'éducation au suivi gynécologique régulier dans cette population est également considérée comme un obstacle à la participation au dépistage par FCU. En effet, les MG interrogés constatent que leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C n'ont souvent pas de suivi gynécologique en dehors de leurs grossesses. Ainsi, elles mettent fin au suivi gynécologique à la ménopause. Les MG concluent alors que la ménopause est la période la plus à risque de non participation au dépistage par FCU chez ces femmes bénéficiaires de la CMU-C.

« Euh, ici, on a une particularité sur ce cabinet, ce n'est pas tellement la CMU, c'est un obstacle culturel...les femmes d'un certain âge qui n'ont pas été habituées à avoir un frottis ou même un suivi gynécologique régulier, ce n'est pas dans leur éducation de le faire, donc il faut vraiment ramer pour les inciter à le faire. » H

« Selon mon expérience...heu...le suivi gynéco n'existe souvent pas. Le suivi obstétrical oui, mais ça s'arrête souvent au suivi obstétrical. C'est-à-dire la vie de la femme c'est les grossesses et les enfants, mais la gynécologie, donc tout ce qui est prévention, ce qui est contraception aussi, c'est souvent mis de côté. » A

« Mais à partir de 50-55 ans, c'est vrai que souvent elles arrêtent le suivi gynécologique. Voilà. Elles font plus de frottis jusqu'au bout, voilà quoi. Elles arrêtent à un certain moment, c'est vrai. Au début, elles font le frottis tous les trois ans et après, c'est moins régulier. » E

b) Préjugé sur les compétences limitées du MG en gynécologie

Selon les MG, les patientes bénéficiaires de la CMU-C ne reconnaissent pas leur habilité dans le domaine de la gynécologie. Souvent, ces femmes se tournent vers leur MG pour un motif gynécologique uniquement lorsque leur gynécologue n'est pas disponible, dans un contexte d'urgences.

« Heu les examens que j'ai pu faire, c'est plutôt examen des seins dans le contexte « j'ai une grosse boule là et j'ai mal » ou alors « j'ai le sein qui coule ». Voilà. C'est les seules circonstances dans lesquelles il va y avoir une demande d'examen. » C

De manière unanime, les MG interrogés assurent qu'aucune patiente bénéficiaire de la CMU-C n'a jamais abordé spontanément le sujet du FCU avec eux en consultation. Il n'y a pas de demande d'informations sur le CCU et son dépistage par FCU chez ces femmes. Elles ont parfois des réactions d'étonnement quand leur médecin traitant leur en parle, voire même de rejet.

« Généralement, les femmes ont leur suivi chez leur gynécologue et n'en parlent pas au médecin traitant. C'est moi qui pose la question en fait. Elles ne me disent rien. » E

« Oui beaucoup sont très étonnées. Parce que le sujet ça arrive un peu comme un cheveu sur la soupe, elles ne viennent pas pour ça en fait quand j'y pense.... » F

« Les femmes qui ont déjà eu leurs enfants n'en trouvent pas l'intérêt. Elles sont vraiment braquées quoi quand je leur en parle. » B

Parfois, c'est le MG lui-même qui met de côté la gynécologie quand la patiente est suivie par un gynécologue.

« Certaines « Oui, oui mon gynéco me l'a fait » pour celles qui ont un suivi gynécologique ailleurs, bah voilà du coup je mets de côté. C'est vrai qu'après je ne m'en occupe plus trop, surtout que je me base sur le fait que les gynécologues font beaucoup plus de frottis que ce qui est recommandé actuellement, donc voilà, je pars du principe qu'elles en ont un tous les six mois ou tous les ans si elles ont un suivi gynéco à côté, donc voilà. Celles qui ne sont pas suivies par un gynécologue par ailleurs, ben c'est fait ici. » F

c) Pudeur :

(1) Pudeur de la part de la patiente

D'après ces MG, la pudeur est également un frein au dépistage par FCU chez leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C. Ainsi, ces femmes vont éviter toutes les situations nécessitant un examen gynécologique. Parfois l'évocation seule du FCU par le MG provoque une gêne chez ces femmes, l'assimilant à la sexualité. La pudeur est aggravée si le MG est un homme.

« C'est peut-être par ce qu'elles sont pudiques, elles refusent le spéculum. Il y a des femmes qui viennent pour un symptôme gynéco, et bien des fois, elles refusent l'examen gynécologique avec moi, comme je suis un homme, alors je suis obligé de les orienter vers une femme... » B

« Disons que c'est un sujet qui s'aborde peut-être plus difficilement avec ces femmes là qu'avec d'autres, parce qu'effectivement on a l'impression que c'est plus tabou : faut essayer, pas de banaliser le sujet mais d'essayer de dire que ça fait partie de la vie, quelque chose qui fait partie de la santé comme de prendre sa tension ou autre chose mais bon c'est vrai que c'est peut-être, c'est vrai, plus tabou chez ces femmes là... » G

Parfois, la pudeur est dirigée vers le médecin traitant qu'elles connaissent et préfèrent consulter un médecin qu'elles ne connaissent pas pour un motif gynécologique.

« Parfois, je ne les connais pas du tout, il y a beaucoup de passages là. C'est souvent justement qu'elles choisissent quelqu'un qu'elles ne connaissent pas, elles veulent voir un

médecin qu'elles ne connaissent pas plutôt que leur médecin traitant pour parler de ce qui est en rapport avec la sphère gynéco, parce qu'elles ont un lien de familiarité avec le médecin traitant, et elles n'ont pas envie qu'il sache. Ça j'ai déjà eu aussi. » I

(2) Également pudeur de la part du médecin

Certains MG avouent également ressentir une certaine pudeur et avoir des réticences à pratiquer un FCU. Il est intéressant de noter qu'il s'agit d'hommes.

« Quand je remplaçais en campagne, j'en faisais des frottis mais là je n'en fais plus.... Parce que... parce qu'il y a plein de gynécos autour...et puis je ne sais pas trop où s'arrête la pudeur quoi. » B

« Le frottis...heu...le frottis il y a peut-être aussi une pudeur de ma part. Le sein : j'examine et point barre, le frottis : je pense toujours à me dire « est-ce que vraiment l'examen va lui rendre service ? ». Si c'est pour qu'ensuite, elle se retrouve chez le gynéco à la maternité, elle n'aura rien gagné ! Elle aura gagné quelque chose si le fait que ce soit moi qui l'ai fait lui évite un acte supplémentaire. Et les situations où je suis catégorique : si c'est moi qui le fait il n'y aura plus rien derrière, elles ne sont quand même pas fréquentes... » C

d) Le nomadisme médical

Un seul MG a constaté qu'une part de sa patientèle en précarité a tendance à changer souvent de médecin suite à des déménagements. Ce nomadisme médical nuit à la relation médecin-patient qui met du temps à se construire. Ainsi, n'ayant pas de relation médecin-patient de qualité, le suivi médical n'est pas régulier.

« Et puis, il y a le nomadisme...En fait il y a même deux types de nomadisme : il y a ceux qui n'aiment pas attendre, donc ils changent de médecin parce que ils n'ont pas le rendez-vous le jour même, et puis il y a 10 à 15% de la population qui changent chaque année car ils déménagent beaucoup, il y a beaucoup de mouvements. Et donc quand une relation avec la patiente se met bien en place au bout d'un certain temps, ce qui demande beaucoup d'investissement et d'énergie, donc on arrive à être plus ou moins au clair avec un suivi régulier, et boum !ils déménagent, et c'est au médecin suivant de tout recommencer. » I

3. Faible impact du message de promotion du FCU de dépistage chez ces patientes

a) Absence de prise de conscience de l'intérêt du dépistage

(1) Manque d'informations

Les MG interrogés reconnaissent de manière unanime qu'il existe un manque d'information concernant le CCU et son dépistage par FCU chez leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C.

« Je crois qu'elles ne sont pas renseignées sur les cancers de la sphère génitale, ça c'est clair. » I

« J'ai l'impression quand j'aborde la question du frottis que c'est la première fois qu'elles en entendent parler... » H

(2) Patientes bénéficiaires de la CMU-C peu réceptives aux messages de prévention :

Les MG s'accordent à dire que ces patientes, ne sont pas sensibles aux différents messages de prévention. La notion de prévention, de dépistage est quelque chose d'abstrait, elles ont du mal à le concevoir et donc à y adhérer. Elles ne ressentent pas le besoin de consulter en l'absence de symptômes, et ne consultent bien souvent que dans l'urgence. Plusieurs MG ont rapporté, d'après leur expérience personnelle, que lorsque ces femmes ont finalement accepté un RDV auprès d'eux pour faire un FCU, elles ne l'ont pas honoré.

« Sinon je regardais tout à l'heure mes objectifs dans le cadre de la ROSP et j'étais assez surprise de voir que dans la cible de la population que j'ai qui doit bénéficier d'un frottis, j'ai que 50% d'objectif atteint...alors que ça fait partie vraiment de l'interrogatoire standard de la consultation, donc c'est un peu surprenant...Comme quoi, même si on a un discours de prévention, ce n'est pas toujours suivi d'effets. » H

« Parce qu'elles consultent moins ! J'ai l'impression que quand les femmes consultent, elles ne viennent pas pour elles. On les voit mais elles viennent pour leurs enfants essentiellement. Il n'y a pas de consultation de prévention pour ces femmes-là. Elles ne prennent pas soin d'elles spécialement, et elles parent au plus pressé. On les voit le jour où elles ont une bronchite, où elles ont un problème aigu, mais pas pour un suivi gynéco sans problème. » F

« La notion de dépistage c'est une notion souvent abstraite, les gens qui sont bénéficiaires de la CMU, il a été démontré plusieurs fois, par des grandes études sociologiques qu'ils ne consultaient pas plus que les autres publics, mais ils consultent quand ils ont des symptômes. Et ce sont souvent des gens qui sont plus difficiles à convaincre sur la notion de symptômes – diagnostic, et pas forcément prescription. Qui dit symptômes dit une réponse quoi. Voilà. Et le dépistage, c'est souvent une notion abstraite. » A

Ils expliquent en partie cela par les difficultés rencontrées au quotidien par ces femmes, qui prennent la priorité sur leur santé. Parfois, il s'agit de la peur des résultats.

« Non, après c'est vraiment je pense qu'elles ont d'autres préoccupations, de la même façon que les gens qui sont précaires vont moins chez le dentiste, et ont un état bucco-dentaire qui est moins bon. Je pense que leurs préoccupations c'est nourrir leurs enfants...enfin les difficultés du quotidien je pense priment sur tout le reste. Il n'y a pas que le frottis qui est moins réalisé chez les femmes précaires, il y a tout le reste en fait je pense. » F

b) Information délivrée par le MG :

(1) Adaptée aux patientes bénéficiaires de la CMU-C

L'ensemble des MG interrogés assure fournir à leurs patientes, notamment bénéficiaires de la CMU-C, une information claire et adaptée. Différentes méthodes sont utilisées pour adapter au mieux l'information : la comparaison de l'infection chronique à HPV avec un bouton de fièvre, le dessin pour expliquer les modalités de prélèvement, la démonstration du matériel, la recherche sur internet de photographies de tables d'examens. Ils insistent sur le caractère chronique et asymptomatique de l'infection à HPV et la nécessité de se faire dépister même en l'absence de symptômes. Ils rappellent également les recommandations de la HAS sur la fréquence du dépistage et les âges concernés. Les MG qui ne réalisent pas de FCU en font la promotion en les incitant à aller chez le gynécologue ou au

laboratoire. Des affiches sont mises dans les salles d'attente et au sein même de la salle d'examen.

« Je leur justifie le dépistage, parce que parfois elles ne comprennent pas à quoi ça sert. Donc je leur explique que c'est pour dépister une maladie qui n'est pas visible de l'extérieur. Elles me disent « oui, mais je n'ai pas de symptômes, je n'ai pas de pertes... ». Donc je leur explique que c'est un examen qui permet de détecter la présence de cellules anormales au niveau du col avant même tout symptôme, d'où l'intérêt de le faire. Et je leur explique bien que comme ce n'est que tous les trois ans, elles peuvent bien faire l'effort d'y aller maintenant et je ne les ré-embêterai que dans trois ans. » H

« Je leur vulgarise certaines choses, pour qu'elles se familiarisent avec ça. On a déjà une conversation sur les règles, les douleurs génitales, les pertes etc., c'est assez vulgarisé pour qu'elles soient à l'aise et qu'il n'y ait pas de problème. Parce qu'elles n'ont pas parfois le vocabulaire... Donc elles ne savent pas comment ça se passe, je leur dis « vous êtes en position gynécologique, ça ne fait pas mal, on va chercher des cellules avec une petite brosse, mais on ne va pas vous blesser, ça ne saigne pas, c'est comme si vous mettiez un tampon. » I

« Bon il y a des affiches dans la salle d'attente, on essaie de faire un peu d'information aux patients. » E

Le discours d'incitation à la pratique du FCU n'est pas le même pour toutes les patientes bénéficiaires de la CMU-C, il est personnalisé en fonction de l'âge de la patiente, son mode de vie, ses croyances et ses peurs.

*« Donc, je leur dis « le labo le fait, c'est une femme, c'est discret, vous allez vous promener aux *** comme si vous alliez faire des courses, personne ne le saura... c'est même mieux que parfois d'aller chez le médecin... donc vous y allez, vous prenez rendez-vous, c'est une femme qui vous le fera » donc c'est très sécurisé pour certaines (en insistant sur le mot sécurisé). Donc voilà, c'est comme ça que j'en ai convaincu certaines à le faire. » I*

« Le problème c'est parfois le problème de la langue. Donc je leur dis « venez avec une amie qui parle français ». Voilà on essaie de trouver une solution » I

« C'est une forme de pudeur, donc après on insiste en disant qu'il y a des gynécologues femmes, mêmes dans les laboratoires, il y a possibilité d'avoir une femme simplement en le demandant. » H

« Donc en gros, elles ont leur ordonnance et quand je les revois en consultation, c'est noté dans le dossier « incitation au frottis faite » et je leur demande « est-ce que vous avez fait votre frottis ? Est-ce que l'ordonnance est toujours valable ? Pourquoi vous ne l'avez pas fait ? ». J'essaie d'appuyer sur la raison qui a fait qu'elles ne l'ont pas fait. » H

(2) Autocritique du MG : peut-être pas assez explicatives ?

Certains MG se remettent en question concernant la qualité de l'information qu'ils transmettent à leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C. Ils reconnaissent avoir des difficultés à rendre concret le concept de dépistage. Ils se demandent s'ils expliquent suffisamment bien l'intérêt et le principe d'un suivi gynécologique avec FCU réguliers.

« La notion de « à quoi ça sert le dépistage ? », ce n'est pas toujours facile à expliquer, sans faire trop peur, sans parler forcément de cancer... » A

« C'est vrai qu'aller chez le gynécologue, on dit « faut y aller régulièrement, faut y aller régulièrement », et peut-être qu'on n'explique pas pourquoi suffisamment. Ça c'est tout à fait possible. » D

Un MG suppose qu'il ne met pas assez en valeur le message de promotion du FCU de dépistage.

« Alors je pense que c'est un message parmi d'autres et que c'est peut-être noyé dans tous les messages qu'on essaie de passer justement. » D

c) Outils de communication des campagnes nationales de sensibilisation inadaptés

La plupart des MG interrogés déplorent le manque de supports de communication pour sensibiliser les femmes bénéficiaires de la CMU-C au FCU de dépistage. Ils n'ont pas connaissance de spots radiophoniques ou télévisuels à ce propos, et estiment que les moyens de communication sont beaucoup plus faibles que pour la campagne de sensibilisation au cancer du sein et au cancer colorectal.

« Ben il n'y a pas trop sur le frottis, pas trop, si on compare par rapport au cancer colorectal, au sein. Il n'y a pas trop d'infos sur les médias pour le frottis. » E

« Il y a un manque de supports. » A

« Alors après je ne sais même pas si il y a des campagnes radiophoniques ou télévisuelles là-dessus... » F

D'autres admettent qu'il existe plusieurs supports de communication pour la sensibilisation au CCU mais ils leurs semblent inopérants chez ces patientes bénéficiaires de la CMU-C :

- Un MG avoue que ces outils ne sont pas utilisés par tous les MG, et constate d'après son expérience que les brochures mises à disposition dans la salle d'attente sont inefficaces.

« Il y a déjà beaucoup de choses de faites. Il y a des documents qui existent...mais ils ne sont pas franchement dans toutes les salles d'attente...et de toute façon je sais qu'ils ne sont pas très lus parce qu'ils ne sont pas pris ! Je ne sais pas si elles ont honte d'être surprises à le lire dans la salle d'attente ou quoi, je ne sais pas, mais j'ai essayé pendant des années et ça n'a pas marché...le paquet est resté au même niveau, il a très rarement diminué de taille... » I.

- Plusieurs MG soulignent qu'une part non négligeable de leur patientèle bénéficiaire de la CMU-C ne sait pas lire et que les affiches et brochures multilingues sont donc souvent infructueuses.

« On a une affiche pas mal faite de l'INPES, avec des femmes de différents looks, de différents âges, de différentes origines, qui parle du frottis...mais ça parle aux femmes qui lisent hein... » A

- Un MG observe que les campagnes de dépistage ne sont efficaces que chez les personnes qui font déjà ce dépistage.

« Le problème c'est que les femmes qui sont réceptives aux campagnes de dépistage c'est celles qui le font déjà, donc finalement elles n'en ont pas besoin puisqu'elles le font déjà. C'est l'éternel problème des campagnes de dépistage de masse sur des populations qui ne se sentent pas vraiment concernées. » G

4. Obstacles matériels à la gestion du dépistage par FCU au cabinet de médecine générale

a) MG non destinataire des résultats du FCU s'il n'en est pas le prescripteur

La plupart des MG interrogés regrettent le manque de communication avec leurs confrères gynécologues. Ils déplorent le fait de ne pas être co-destinataires des résultats du FCU de dépistage qu'ils n'ont pas prescrit, et de ne pas en être tenus informés par courrier par leurs confrères gynécologues. Rares sont les patientes qui leur ont apporté un résultat de FCU en consultation. Ils regrettent en fait de n'avoir aucune preuve quant à la réalité et à la régularité du suivi par FCU, ce qui entrave leur promotion du FCU. Il est intéressant de remarquer que les MG réalisant des FCU font également ce constat.

« Donc les femmes que je suis sur le plan gynécologique, elles ont le frottis tous les trois ans. Celles qui me disent « Ah bah non, on a un gynécologue en ville » ou « Ah bah non, je l'ai fait à la maternité », c'est celles-là qui y échappent. Pour moi, dans mon exercice, ici, c'est celles-ci qui échappent au dépistage. » A

« Après, avec les gynécos, c'est vrai on n'a pas beaucoup de transmissions. On n'a pas de courrier. Voilà, les gynécologues font leur travail et c'est tout. (Silence) Moi je n'ai jamais reçu de résultats de frottis hein. » E

Quelques MG avouent alors qu'ils ne renseignent pas le dossier médical concernant la date du dernier FCU de dépistage quand ils n'en ont pas la trace écrite.

« Ben quand je reçois rien, bah en fait je ne me fie pas aux dires de la patiente donc, si elle me dit « ah bah oui je l'ai fait il y a six mois » c'est vrai que je ne le note pas. » F

b) Obstacles à la réalisation du FCU au cabinet : coût, manque de temps, rémunération peu incitative, manque de formation

Certains MG interrogés estiment qu'il y a trop de contraintes pour pratiquer soi-même le FCU : il faut une formation au geste, du matériel à acheter, du temps à accorder en plus pour installer la patiente, et la rémunération n'est pas incitative. Par contre, les MG qui pratiquent de façon régulière le FCU n'abordent pas ce point là.

« Bon déjà, il faut une bonne formation, même si c'est simple à faire, faut savoir le faire. Et puis c'est très chronophage, adapter les étriers sur la table d'examen, attendre que la patiente se déshabille et se rhabille entièrement, s'occuper de l'envoi au labo, avoir tout le matériel à disposition. Bon c'est sûr, c'est essentiellement des raisons matérielles mais ça compte. Il y a le coût que ça implique aussi, des speculums, que ce soient des jetables à usage unique ou ceux qu'on stérilise avec donc du matériel de stérilisation, ça coûte cher, ça prend plus de temps dans la consultation, et pour la rémunération qu'un frottis représente, ce n'est

pas du tout incitatif. En fait, si c'est pour en faire trois dans l'année, ça ne sert à rien d'en faire ! » H

5. Autre : le délai important pour un RDV chez le gynécologue

Les MG constatent qu'un délai important pour avoir un rendez-vous chez le gynécologue décourage leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C.

« Surtout que l'accès aux gynécologues est quand même difficile, on est quasiment dans la même difficulté d'accès qu'avec les ophtalmos donc...même en ville...Donc trouver un rendez-vous chez le gynéco, même quand elles sont motivées pour le faire, des fois elles ont rendez-vous six mois après, il n'y a pas l'action-réaction « j'ai mon ordonnance de frottis ou on me conseille d'aller le faire et je le fais de suite ». » H

Un MG précise que l'offre en gynécologues sur Nancy reste importante et ne comprend pas pourquoi l'allongement des délais de rendez-vous décourage la femme bénéficiaire de la CMU-C de s'y rendre.

« Même si les rendez-vous sont lointains...alors souvent on entend ça ! « je n'ai pas pris rendez-vous parce que le prochain rendez-vous c'est dans trois mois ». Alors moi j'ai du mal à l'entendre parce que ce n'est pas quelque chose d'urgent, alors je leur dis « ben valait mieux le prendre il y a deux mois ou trois mois et vous l'auriez maintenant ! ». En dehors de ça, on a quand même une offre sur Nancy qui est relativement importante, même si les délais se font de plus en plus longs. » D

C. Solutions envisagées par les médecins

Tous les MG interrogés s'accordent à dire que la meilleure façon d'augmenter le taux de participation au FCU de dépistage chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C est d'améliorer leur sensibilisation et leur information à son sujet. Ils proposent ainsi plusieurs façons d'y parvenir.

« Il faut surtout améliorer l'information. » B

1. Campagne d'information à grande échelle

a) La nécessité d'une campagne de sensibilisation de la même envergure qu'« Octobre Rose »

Les MG interrogés soulignent la nécessité de mettre en place une campagne de sensibilisation au CCU, comparable à celle du cancer du sein pour augmenter le taux de participation au FCU de dépistage de ces femmes.

« Genre une campagne « visite chez le gynécologue tous les deux ans » quelque chose comme ça. Comme on essaie de faire un peu pour le dépistage du cancer du sein par exemple. » D

« Donc il y a un grand intérêt pour la campagne de communication parce que mis à part nous, je ne sais pas qui leur rappelle en fait. » G

b) Utilisation des médias : radio, TV surtout

Parmi les outils de communication, les médecins estiment que l'utilisation des médias, notamment la télévision, serait la méthode la plus efficace pour informer les patientes

bénéficiaires de la CMU-C sur le sujet. En effet, ils remarquent que les différents spots télévisuels d'information ont eu un impact certain chez leurs patients bénéficiaires de la CMU-C, concernant les antibiotiques, le cancer du sein, et le cancer colorectal.

« Genre grand public. Parce que les gens qui ont la CMU regardent la télé hein. » A

« Des campagnes de pubs à la télé aussi, pour les antibiotiques ça avait bien marché ! Pour le colorectal et le sein, ça marche bien, les gens sont sensibilisés par les messages médiatiques. » B

2. Campagne d'information personnalisée, qui aurait plus d'impact chez ces patientes

a) Renforcer le rôle central du médecin généraliste

(1) MG= 1^{er} interlocuteur des patients bénéficiaires de la CMU-C

Tous les MG interrogés soulignent leur vocation de proximité avec les patients en situation de précarité. En effet, ils représentent les médecins de premier recours : ils remarquent que leurs patients bénéficiaires de la CMU-C ont des réticences à consulter des médecins d'autres spécialités et préfèrent s'adresser à eux. Le MG est alors l'interlocuteur de choix pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C.

« Parce que nous, on soigne les gens qui sont bénéficiaires de la CMU, c'est surtout nous qui les soignons. D'accord ? C'est souvent nous, le diabète, la pédiatrie, c'est souvent les médecins généralistes qui suivent ces domaines-là chez les patients bénéficiaires de la CMU. » A

« Surtout les populations démunies. Les populations démunies c'est clair et net c'est comme en campagne, ils n'ont qu'un seul médecin, et quand il faut aller en voir un autre, c'est les poignets liés et puis tractés pendant plusieurs kilomètres (rires). » C

Les MG reconnaissent leur mission de délivrer les messages de prévention pour tous. Ainsi, ils se doivent d'expliquer, promouvoir et inciter à participer au FCU de dépistage, notamment chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C dont ils sont le principal interlocuteur.

« Tous les sujets de prévention, l'interlocuteur c'est le médecin traitant ça c'est clair. » H

« Alors que les femmes qui ont un niveau culturel suffisamment important pour faire ça, elles ont un ou une gynéco ou elles en parlent avec leur médecin traitant. Mais par rapport aux femmes bénéficiaires de la CMU, il faudrait que ce soient les médecins généralistes qui disent « il faut le faire. Je peux le faire, ou je ne le fais pas mais il faut aller voir untel qui va vous le faire ». Ça c'est un argument important, il faut que les médecins généralistes puissent le proposer. » A

« Le médecin traitant doit en parler, insister. Quand on revoit une patiente pour un renouvellement de traitement, ou pour une pathologie aiguë, on pourrait en parler. » E

(2) Cibler les patientes chez qui il faut renforcer la promotion du FCU

Ainsi, les MG interrogés affirment que le principal vecteur d'information et de sensibilisation au FCU doit être le médecin traitant. Pour optimiser ce vecteur, les MG suggèrent de cibler les femmes chez qui ils doivent renforcer la promotion du FCU de dépistage. Il s'agit essentiellement des femmes à risque de non participation au FCU : les femmes bénéficiaires de la CMU-C et les femmes ménopausées.

« Il faut vraiment que les médecins traitants communiquent, surtout avec ce public : femmes bénéficiaires de la CMU. » A

« Vraiment insister sur la tranche d'âge de 50 à 65 ans, insister pour faire les rappels dans cette tranche d'âge. Voilà. » E

Un MG propose la mise en place de campagne d'information à destination des médecins généralistes pour les sensibiliser à ce ciblage, avec la mise en place d'alertes par exemple.

« Donc peut-être il faudrait une campagne auprès de tous les médecins, une alerte en disant « attention, patiente bénéficiaire de la CMU, il faut bien l'aiguiller pour qu'elle fasse son dépistage, ou bien le proposer vous-même. » » A

D'autres proposent également que le MG renforce le message de promotion du FCU chez les mères de familles ainsi que chez les jeunes filles, avant même d'atteindre l'âge des 25 ans. En effet, les MG reconnaissent l'importance du rôle de la mère dans le suivi gynécologique régulier. Ils soulignent également la portée d'une information et d'une éducation au FCU réalisée tôt, chez les jeunes filles.

« Je pense qu'il y a un travail d'information à faire sur les mères....parce que voilà, en général c'est la mère qui accompagne la fille pour le premier rendez-vous gynéco. » B

« Je pense qu'il y a aussi une éducation maternelle qui peut être aussi importante. » D

« Il faudrait informer les femmes à la source, pendant les cours d'éducation sexuelle au collège, il faudrait parler du dépistage du cancer du col de l'utérus à ce moment là, pour pouvoir attirer leur attention là-dessus. » H

« Ben déjà aussi en parler aussi dès qu'on prescrit la pilule. Aux jeunes filles, il faut en parler dès le début, donc il ne faut pas oublier quoi. C'est depuis toutes jeunes, qu'il faut leur en parler et qu'elles prennent conscience que ça fait partie de la surveillance, comme la pilule, on fait les prises de sang, mais on fait aussi le frottis et voilà donc ça.. Bon après ça c'est pour les jeunes, c'est pour dès la base, que ça devienne, pas systématique mais presque.» G

(3) Améliorer la communication avec les gynécologues

Pour permettre d'augmenter le taux de participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C, les MG interrogés estiment à l'unanimité qu'il faut améliorer la communication avec leurs confrères gynécologues. Gynécologues et généralistes doivent pouvoir s'adresser de manière réciproque leurs patients, et être tenus informés de leur suivi. Ils sont tous acteurs de la santé des femmes bénéficiaires de la CMU-C et ont un rôle à jouer dans la promotion du FCU de dépistage.

« Et surtout que tout le monde en parle, toute la filière en parle. » I

Ainsi, les MG proposent que le médecin généraliste reçoive lui aussi les résultats du FCU de dépistage même s'il n'en est pas le prescripteur, ce qui permettrait de pouvoir relancer la patiente quand le délai des trois ans entre deux FCU arrive à expiration. Un MG compare avec la mammographie pour laquelle les patientes ont tendance à oublier la date de réalisation.

« Et puis faudrait qu'on ait un retour ! Par exemple pour la mammographie avec ADECA, on a la mammographie, on l'enregistre, on est capable à ce moment-là de savoir à quel moment la mammographie a été faite. Si c'est en mai 2014, on va les revoir en consultation, on va dire « ben tenez votre dernière mammographie date de là », parce qu'elles ne savent pas, elles ne savent jamais. « Ah ben j'en ai faite une il y a six mois » ou « il y a quatre ans », en fait ça remonte à deux ans ! Le temps passe vite et elles ne se rendent pas obligatoirement compte, elles savent qu'elles en ont faite une, mais quand ? La date heu... Si effectivement on a un retour, on sait à quel moment ça a été fait, et on peut leur dire « attendez, là ce n'était pas il y a un an, c'était il y a trois ans déjà ! Il faut le faire ! ». » D

De plus, la maternité semble être un lieu permettant de rattraper les femmes qui échappent au FCU de dépistage. En effet, plusieurs MG interrogés proposent de profiter du séjour à la maternité après un accouchement pour transmettre une information brève sur le FCU de dépistage et pour adresser la patiente dans les semaines qui suivent chez son médecin traitant afin de mettre en place un suivi gynécologique régulier.

« Ben déjà toutes les jeunes femmes qui accouchent à la maternité, ça serait bien qu'on leur dise « revoyez votre médecin traitant dans les trois mois, parce qu'il y aura des dépistages à faire tous les trois ans ». Ça au niveau des maternités, ça serait...parce que c'est quand mêmes des femmes jeunes qui accouchent, bon le dépistage ça va jusqu'à 65 ans, mais voilà, les femmes pourraient être sensibilisées alors qu'elles sont encore jeunes pour justement continuer jusqu'à 65 ans. Or elles sortent avec rien du tout, nous on reçoit un courrier, après on les voit ou on ne les voit pas. Bon on reçoit un courrier hein, en général basique. La contraception est rarement évoquée, le dépistage n'est jamais évoqué dans le courrier, euh je pense que ça, ça pourrait être dit aux femmes. » A

« Bon après... euh...oui peut-être aussi effectivement une fois qu'elles ont accouché. Moi je dirais plutôt une fois qu'elles ont accouché et avant qu'elles ne sortent de la maternité, peut-être leur dire, bien insister pour qu'elles reviennent pour leur examen, et que ça sera l'occasion aussi de faire un frottis, enfin de leur en parler peut-être aussi à ce moment là oui... » G

(4) Renforcer la relation médecin-patient : pour faciliter l'adhésion de la patiente au dépistage par FCU

Les MG interrogés s'accordent à dire qu'une relation médecin-patient de qualité permet de mettre en place un suivi régulier.

« Et donc quand une relation avec la patiente se met bien en place au bout d'un certain temps, ce qui demande beaucoup d'investissement et d'énergie, donc on arrive à être plus ou moins au clair avec un suivi régulier. » I

Cependant, il leur est plus difficile de mettre en place une telle relation avec leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C, du fait de l'envahissement des contraintes du mode de vie sur leur santé. Les MG interrogés estiment donc que pour atteindre cette qualité, c'est au médecin généraliste de plus s'investir dans la relation, en communiquant davantage avec ses patientes bénéficiaires de la CMU-C.

« Faut vraiment que les médecins traitants communiquent, surtout avec ce public : femmes bénéficiaires de la CMU. » A

Il pourra ainsi trouver les arguments adaptés qui vont inciter la patiente bénéficiaire de la CMU-C à participer au dépistage par FCU. Les MG interrogés sont tous d'accord pour dire que la démarche individualisée a plus d'impact que les campagnes nationales de sensibilisation chez ces femmes.

« J'ai l'impression que la meilleure efficacité c'est la relation médecin-malade de médecine générale, parce qu'on est les médecins de premiers recours. C'est nous qui sommes les plus amènes à les inciter, les stimuler, leur rappeler pourquoi c'est important, et surtout de pas délivrer une information générique mais de cibler l'information sur leur sensibilité, leur croyance, leur histoire de vie...Il faut trouver l'argument qui va les percuter elles particulièrement. Donc je pense que c'est plus une histoire individuelle. Je ne pense pas que les patientes sur une campagne d'incitation nationale vont venir chez leur médecin en disant « bah docteur j'ai vu la campagne, est-ce que je suis concernée ? Qu'est-ce qu'il faut que je fasse, comment il faut faire ? », Ça je n'y crois pas trop. » H

Un MG propose en exemple la remise de brochures d'information adaptées à la patiente en main propre par le MG plutôt que de les laisser à disposition en salle d'attente.

« Et par exemple si j'ai une patiente d'origine roumaine et que je peux lui remettre une plaquette simple écrite en roumain, elle peut le lire, et on en reparle la prochaine fois, voir si elle est d'accord, ce qu'elle en pense... (Silence) Après faut que le médecin donne en main propre j'ai envie de dire la plaquette à la patiente, parce que la plaquette qui reste dans la salle d'attente, où la patiente doit se servir elle-même, je ne pense pas que ça ait un réel impact.... » F

(5) Effet incitateur de la pratique du FCU de dépistage au cabinet de médecine générale :

Plusieurs MG pensent que la pratique du FCU de dépistage au cabinet du MG permettrait d'augmenter le taux de participation de ces femmes bénéficiaires de la CMU-C. Ils justifient cela par le fait que le MG représente le principal interlocuteur de ces femmes bénéficiaires de la CMU-C, elles le consultent plus facilement qu'un médecin d'une autre spécialité, le cabinet est situé généralement à proximité du domicile, il y a une relation de confiance avec le médecin traitant. Ils estiment donc que cela permettrait de faciliter, et donc d'encourager, la pratique du FCU de dépistage à ces femmes.

« Je pense que ça a un côté pratique, un côté rassurant, c'est un praticien qu'elles connaissent (silence). Bien connaître les locaux tout simplement, parce que s'il faut aller chez un gynécologue, elles ne savent pas où ça se trouve à Nancy, ou à la maternité, c'est compliqué, les délais sont longs pour obtenir un rendez-vous. ...C'est plus simple chez le généraliste! » F

Une MG précise même qu'elle a réussi à rétablir un suivi avec FCU réguliers auprès de certaines de ses patientes qui n'étaient plus du tout suivies sur le plan gynécologique, car elle réalisait elle-même les FCU à son cabinet.

« Oui parce que, j'ai déjà eu plusieurs dames comme ça qui étaient déjà assez âgées, enfin, assez âgées je veux dire mais pas... qui avaient déjà des grands enfants, qui ne voyaient plus de gynéco etc., donc le fait que moi je faisais des frottis ça les a... elles étaient en confiance avec moi et puis après elles le faisaient régulièrement effectivement... Oui je pense que le fait que les médecins traitants en fassent je pense que ça facilite quand même oui... » G

Mais certains médecins émettent des réserves quant à la pratique du FCU au cabinet de médecine générale :

- Selon un MG, il ne s'agit pas de la solution miracle car certaines patientes ressentent de la pudeur vis-à-vis de leur médecin traitant et préfèrent consulter un médecin qu'elles ne connaissent pas pour les motifs gynécologiques.

« Pourquoi pas....il y a des femmes qui préfèrent voir quelqu'un d'autre pour les problèmes gynéco.... Pourquoi pas, mais ce n'est pas la solution miracle ! » B

- Un autre MG pense que le laboratoire est plus équipé pour réaliser de nombreux frottis :

« Mais je pense que c'est plus du ressort du laboratoire, qui est équipé massivement pour le faire, il a le personnel nécessaire et il peut traiter directement le prélèvement sur place, ça me paraît plus simple ! » H

- Enfin, un MG refuse tout simplement de réaliser de FCU de dépistage :

« Alors moi je pense qu'il faut que le médecin ait envie de le faire. Voilà. Moi sincèrement, ce n'est pas un domaine quealors, après il y a beaucoup de médecins qui le font, des médecins femmes, des médecins hommes, voilà. Après c'est comme tout, chaque médecin a un peu ses spécialités. C'est sûr que nous, quand on a le patient, on l'a à disposition, on va dire, le jour où il vient, on pourrait lui faire, mais moi ce n'est vraiment pas mon domaine d'expertise, je n'ai pas envie de participer à ça. » D

b) Rôle de la PMI :

Les MG pensent que la PMI a un rôle à jouer dans l'information et la sensibilisation de ces femmes bénéficiaires de la CMU-C. En effet, ils remarquent qu'elles ont tendance à bien faire suivre leurs enfants dans les différents centres de PMI, ils suggèrent donc qu'il faut profiter de cette opportunité pour les informer elles et les sensibiliser au FCU de dépistage. Ils proposent l'organisation de réunions à thème, la remise de plaquettes d'information, ou tout simplement une information orale au cours d'une consultation de suivi d'un enfant.

« Mais je pense que comme elles font bien suivre leurs enfants, je pense que c'est par le biais aussi de ces consultations-là qu'il faut bien leur dire qu'il faut essayer de parler d'elles... enfin voilà... il faut saisir l'opportunité-là, je veux dire du fait qu'elles vont faire le suivi des enfants, et ben en profiter pour parler d'elles aussi, et leur dire « et ben vous aussi il faut faire votre suivi quoi... » G

« Pour les femmes en âge de procréer, il faudrait faire des espèces de sujets, des réunions à thème, je sais pas moi, dans les centres de PMI.... »B

c) Dépistage organisé : rôle complémentaire au MG

Tous sont favorables au DO du CCU et pensent que cela permettrait d'augmenter le taux de participation au FCU de dépistage de leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C.

« Mais là, le simple fait de recevoir chez soi une lettre « avez-vous pensé au dépistage du cancer du col de l'utérus ? » avec quelques petites explications vraiment toutes simples, vraiment rien que ça, ça pourrait avoir un effet. » C

« Je pense que ça pourrait être une chose intéressante oui parce que les femmes pour la mammo, déjà elles ont pris le pli, enfin elles disent oui, ça fait partie de la campagne et ça y est, ça commence bien à rentrer dans les mœurs, elles y vont. Donc effectivement pour le frottis ça pourrait être tout à fait effectivement... être bien aussi. » G

Le principal argument avancé concernant l'effet bénéfique du DO du CCU, repose sur sa capacité à construire un cadre en consultation propice à l'incitation au FCU avec leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les MG constatent que fréquemment lorsque leurs patients en situation de précarité reçoivent un courrier médical, ils ne le comprennent pas et l'apportent à leur médecin traitant pour avoir une explication. C'est le cas notamment pour l'invitation au DO du cancer colorectal et du cancer du sein.

« C'est une bonne chose. Si les patients n'ont pas compris le courrier, et ça arrive souvent, ils viennent avec la lettre au cabinet, et je leur explique. Donc ça permettrait d'aborder le sujet avec eux. Donc voilà, c'est bien. » B

« Parce que quand les patients reçoivent un courrier, par exemple pour le dépistage du cancer colorectal, bon c'est des femmes qui sont plus âgées hein, mais hommes ou femmes, ils viennent avec le papier, ils n'ont souvent rien compris, mais ils viennent avec le papier pour nous demander ce que c'est, et là on leur explique, on leur remet le test, et ils adhèrent en fait. Ils viennent pour ça. Du coup, ça laisse du temps, c'est pas nous qui parlons de ça comme ça, ça vient d'ailleurs et eux sont prêts à entendre ce qu'on leur dit parce qu'ils viennent pour ça. » F

De plus, un MG remarque qu'un tel courrier permettrait également de rappeler au médecin de promouvoir le FCU auprès de ses patientes. Le rôle du DO est donc considéré comme complémentaire à celui du médecin traitant.

« Du coup, ça permettrait aussi de rappeler au médecin traitant d'inciter leur patiente....donc le dépistage organisé pourrait avoir un intérêt...intérêt complémentaire du rôle du médecin traitant. » H

Un MG souligne la démarche personnelle de l'envoi du courrier :

« En les invitant, comme ça peut être fait en médecine préventive par exemple. Parce que j'ai l'impression que quand c'est une démarche un peu personnelle...en fait en les invitant à consulter pour ça, par exemple en leur envoyant un courrier. » F

Certains MG émettent cependant des réserves quant à l'efficacité du DO du CCU, et ce pour plusieurs raisons :

- Un MG considère que la démarche n'est au contraire pas assez personnalisée, et suggère que l'efficacité serait plus grande si le courrier d'invitation était envoyé par le médecin traitant de la patiente bénéficiaire de la CMU-C.

« Sincèrement je pense que si ces patientes reçoivent une gentille lettre ou un gentil coup de fil du cabinet médical où elles vont régulièrement, à mon avis ça serait beaucoup plus efficace. Sincèrement. » C

- Un MG insiste sur le caractère très intime du FCU, il ne lui semble pas concevable d'inviter ses patientes par courrier.

« Après proposer un dépistage organisé comme c'est fait pour le sein ou le côlon, pourquoi pas ? Le seul problème c'est que ça touche à quelque chose d'intime...Par exemple, pour le cancer du côlon, les gens font ça chez eux, donc il n'y a pas de problème de personne extérieure. Pour le cancer du sein, les gens peuvent choisir leur radiologue, bon bien souvent elles y sont déjà allées plusieurs fois, le connaissent, donc du coup il y a une relation de confiance, même si ça touche à l'intimité féminine. Pour le frottis, c'est encore plus personnel, donc envoyer un bon aux gens en disant « allez faire votre frottis avec ce bon là », c'est plus compliqué je pense... »H

-autre limite évoquée par un MG : si l'invitation adresse la patiente vers un cabinet de gynécologie, le long délai d'attente pour avoir un RDV risque fortement de dissuader la patiente bénéficiaire de la CMU-C.

« Surtout que l'accès aux gynécologues est quand même difficile, on est quasiment dans la même difficulté d'accès qu'avec les ophtalmos donc...même en ville...Donc trouver un rendez-vous chez le gynéco, même quand elles sont motivées pour le faire, des fois elles ont rendez-vous six mois après, il n'y a pas l'action-réaction « j'ai mon ordonnance de frottis ou me conseille d'aller le faire et je le fais de suite » » H

- Enfin, plusieurs MG pointent du doigt les limites des autres DO déjà mis en place (cancer du sein et colorectal)

« Après c'est comme les mammographies, elles sont proposées aux femmes qui ont entre 50 et 75 ans, et je crois que le retour c'est une sur deux peut-être qui le fait, ou un peu plus. C'est pareil pour le dépistage du cancer colorectal, même si on arrive à augmenter le nombre, c'est quand même très peu. » D

« Bon, on verra peut-être dans quelques années, comme pour la mammo, qu'il y a des faux positifs et voilà. » I

D. Synthèse des résultats

Tableau 5 : synthèse des freins et des solutions relevés par les MG

<p>Difficultés à trouver le moment opportun en consultation avec ces patientes pour aborder le thème du CCU et de son dépistage par FCU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorités aux nombreux problèmes de santé aigus • Inadaptation du cadre de consultation : présence d'enfants, consultation sans RDV, retard dans les RDV, plusieurs motifs de consultation • Plus facile d'aborder le sujet au cours de certaines consultations : création de dossier, motif de consultation gynécologique.
<p>Relation médecin-patiente affaiblie par des difficultés de communication dans le domaine de la gynécologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstacles socio-culturels <p>Barrière de la langue Culture étrangère Pas d'éducation au suivi gynéco régulier, surtout après la ménopause</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préjugé sur les compétences limitées du MG en gynécologie • Pudeur <p>De la part de la patiente surtout si le médecin est un homme Également pudeur de la part du médecin</p>
<p>Faible impact du message de promotion du FCU de dépistage chez ces patientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de prise de conscience de l'intérêt du dépistage par FCU par ces patientes <p>Manque d'information chez ces femmes Femmes bénéficiaires de la CMU-C peu sensibles aux messages de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information délivrée par le MG : <p>Adaptée et personnalisée aux patientes (vulgarisation, usage d'images,...) Autocritique du MG : peut-être pas assez explicatives ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication des campagnes de sensibilisation nationales inadaptés
<p>Obstacles matériels à la gestion du dépistage par FCU au cabinet de médecine générale</p> <ul style="list-style-type: none"> • MG non destinataire des résultats du FCU s'il n'en est pas le prescripteur • Obstacles à la réalisation du FCU au cabinet de médecine générale (manque de temps, rémunération peu incitative, manque de formation) • Nomadisme médical
<p>Solutions envisagées : améliorer la sensibilisation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au CCU et son dépistage par FCU</p> <p><i>Campagne d'information à grande échelle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation de la même envergure qu'« Octobre Rose » • Utilisation des médias : radio, TV surtout <p><i>Campagne d'information personnalisée, qui aurait plus d'impact chez ces patientes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Renforcer le rôle central du MG :</u> <ul style="list-style-type: none"> • MG= 1^{er} interlocuteur des patients en situation de précarité • Ciblage des femmes chez qui il faut renforcer la promotion du FCU : femmes CMU-C, femmes ménopausées, les mères, les jeunes filles • Améliorer la communication avec les gynécologues • Renforcer la relation médecin-patiente • FCU réalisé au cabinet du MG <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Rôle de la PMI</u> • Profiter d'une consultation de suivi régulier pour les enfants pour promouvoir le dépistage par FCU, Réunion de proximité <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Dépistage organisé : rôle complémentaire au MG</u>

DISCUSSION

I. Forces et limites

A. Limites

1. Biais de sélection

a) *Pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C*

Dans cette étude, la méthodologie utilisée ne permet pas d'atteindre le cœur de la population précaire qui ne participent effectivement pas au FCU de dépistage : les femmes qui ne parlent pas français, les femmes en situation de précarité non bénéficiaires de la CMU-C, les femmes qui ne consultent pas le médecin (14) (38) (16) (58) (39) (35).

Cependant, il n'aurait pas été aisé d'aborder le sujet en présence d'un tiers traducteur, car cela a trait à l'intimité de la femme, et nous avons vu que la pudeur était un frein au dépistage du CCU dans notre enquête.

Il n'y a pas non plus de définition précise de la précarité sociale, mais il a été établi que les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent peu au FCU de dépistage (11) (14) (12). Aussi, nous avons privilégié le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C pour définir la population étudiée.

Par ailleurs, nous regrettons l'absence du critère d'inclusion « pas de FCU depuis plus de trois ans ». Le recrutement de la plupart des femmes s'est fait avec l'aide du MG, et dans cette étude, les MG avouent ne pas forcément renseigner la date du dernier FCU de dépistage dans le dossier médical en l'absence des résultats. De plus, il aurait été délicat de poser la question de la date du dernier FCU à la participante au moment du recrutement car il a eu lieu dans la salle d'attente du cabinet d'un MG ou au cours d'une réunion de l'antenne nancéenne d'ATD Quart Monde. Enfin, poser cette question aurait nui à la spontanéité des réponses. Toutefois, l'absence de ce critère d'inclusion nous a permis de mettre en exergue certains facteurs qui contribuent à la participation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au dépistage par FCU.

Pour finir, l'échantillon étudié n'est pas représentatif de la population féminine bénéficiaire de la CMU-C de Meurthe-et-Moselle, néanmoins il n'en n'a pas la vocation. L'échantillonnage raisonné nous a permis d'explorer une grande diversité de points de vue des femmes bénéficiaires de la CMU-C sur la non participation au FCU de dépistage (57) (59). En outre, le recrutement s'est fait auprès d'une population citadine de Meurthe-et-Moselle, le profil des personnes en situation de précarité en milieu rural n'étant pas le même, nous ne pouvons généraliser les résultats (60).

b) Pour les MG

L'échantillon étudié n'est pas représentatif des MG de Meurthe-et-Moselle, car les participants ont été recrutés selon leur installation géographique dans une ZUS. Ainsi, ils sont plus en contact avec la population en situation de précarité, et sont pour la plupart déjà sensibilisés aux difficultés de prévention. En effet, la Meurthe-et-Moselle présente le plus fort taux des bénéficiaires de la CMU-C en Lorraine (9). La pauvreté se concentre dans les milieux urbains où 21% des ménages sont à bas revenus, la moitié vivant dans le territoire de Nancy et couronne. Dans l'unité urbaine de Nancy, 7% des allocataires ont droit à la CMU-C, 10% dans la ville de Nancy et 19% dans les ZUS de l'agglomération nancéenne. Ce qui justifie notre choix de réaliser cette étude dans les ZUS de l'agglomération nancéenne (61).

Là encore, l'échantillonnage raisonné a permis une variabilité des points de vue des MG (57) (59).

2. Biais de recrutement

a) Les femmes bénéficiaires de la CMU-C

Le recrutement des femmes bénéficiaires de la CMU-C a également eu lieu au sein de l'antenne nancéenne de l'association ATD Quart Monde. Il existe un biais de recrutement car les personnes qui participent à ce mouvement sont sensibilisés aux problèmes liés à la précarité (19).

Il était initialement prévu que le recrutement se fasse dans la salle d'attente par nos soins, avec l'aide préalable du MG. Pour 4 femmes, c'est le MG lui-même qui a recruté les patientes au cours des consultations en nous les adressant directement à notre bureau au sein de son cabinet, sans qu'on leur ait présenté l'étude en salle d'attente. Nous avons réitéré la demande de consentement et la promesse de l'anonymat.

b) Les MG

La liste des MG installés dans les ZUS de Nancy a été établie par nos soins, des erreurs sont possibles.

De plus, un des MG qui ont mis à disposition une pièce de leur cabinet pour réaliser les entretiens avec les femmes bénéficiaires de la CMU-C, a également participé à l'étude. Cela peut induire un biais par la modification du comportement de ce médecin vis-à-vis du dépistage par FCU chez ses patientes bénéficiaires de la CMU-C suite à l'entretien. Cependant, on ne note pas de différence notable dans les discours des patientes, notamment concernant la communication du MG.

B. Forces

1. Méthodologie : ESD

Nous avons choisi de réaliser des ESD auprès des deux groupes étudiés car le thème de notre enquête relève de l'intimité féminine. Comme nous l'avons vu, la pudeur est présente à la fois chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C mais aussi chez les MG. Cela a permis également de mettre en relief la variabilité des points de vue, basés sur le vécu de chacun ainsi que sur l'expérience professionnelle pour les MG (57) (59).

2. Double population étudiée

La force de cette enquête est d'analyser deux visions de la même problématique, de la part de deux acteurs concernés : les MG et les femmes bénéficiaires de la CMU-C. Cette méthodologie s'inscrit donc dans une démarche de Santé Publique :

- elle offre la possibilité de mettre en adéquation, selon la classique triade de l'offre, la demande et le besoin de soins, la demande de soins des femmes bénéficiaires de la CMU-C et l'offre de soins des MG.
- la participation des populations aux programmes, actions ou projets portant sur les problématiques de santé ou les déterminants de la santé qui les affectent constitue une priorité stratégique du Plan Régional de Santé de Lorraine 2012-2017, par le biais de son schéma régional de prévention. Il est nécessaire d'impliquer les citoyens dans les actions de promotion de la santé, depuis la définition des besoins et la conception des interventions jusqu'à la réalisation et l'évaluation de celles-ci. Cet objectif ambitieux constitue un enjeu démocratique important (53).
- Selon le rapport Druais, aucun plan de Santé Publique ne peut s'exonérer de la réflexion et de l'implication des médecins généralistes (18).

II. Discussion

A. Les freins

Notre étude permet de mettre en exergue les freins à la participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C à partir d'un regard croisé sur cette problématique : selon ces femmes et les MG. Il est donc intéressant de mettre en parallèle les différents points de vue, résumés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Comparatif des freins relevés par les femmes bénéficiaires de la CMU-C et par les MG

Freins évoqués par les femmes bénéficiaires de la CMU-C	Freins évoqués par les MG
<p align="center">Envahissement de la santé par les contraintes du mode de vie : autres priorités / manque de temps, santé perçue comme la capacité à agir malgré les symptômes, fatalisme, absence de projection dans le futur, absence de prévention / pas de suivi gynécologique régulier, non adhésion au principe de dépistage</p>	
<p align="center">Défaut de sensibilisation de ces femmes au CCU et à son dépistage par FCU : Sentiment de ne pas être concernée, pas de réceptivité à l'information, méconnaissance ++, insuffisance de communication de la part des pouvoirs publics/outils de communication inadaptés,</p>	
Insuffisance de communication de la part des médecins.	Difficultés pour le MG à trouver le bon moment en consultation pour en parler
<p align="center">Faiblesse de la relation MG-patiente en matière de gynécologie : Barrière de la langue, sexe du médecin (homme)</p>	
Pudeur de la femme	Pudeur également du MG
<p align="center">Préjugé de ces femmes sur les compétences limitées du MG en gynécologie</p>	
-----	Pas d'implication du MG si la patiente a un suivi gynécologique
-----	Obstacles liés à la culture étrangère
<p align="center">Peur : Peur des résultats, appréhension de l'examen gynécologique.</p>	
Difficultés d'accès aux soins	-----
Méfiance vis-à-vis des politiques de Santé Publique.	-----
-----	Difficultés matérielles pour la gestion du dépistage par FCU au cabinet du MG.

Notre étude permet d'observer que certains freins au dépistage par FCU sont rapportés à la fois par les femmes bénéficiaires de la CMU-C et par les MG ; d'autres uniquement par les femmes bénéficiaires de la CMU-C ou les MG.

1. Obstacles liés à la patiente

a) *Envahissement de la santé par les contraintes du mode de vie.*

Les femmes bénéficiaires de la CMU-C interrogées ont tendance à faire passer leur santé au second plan face aux difficultés de la vie qui prennent alors la priorité, elles ne se projettent pas dans le futur. L'étude menée par le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et La Ligue contre le Cancer, dans le cadre de la campagne de communication nationale 2003-2005 sur le cancer du sein, a fait le même constat : plus la précarité est forte, plus le rapport au temps est bousculé, marqué par la vie au jour le jour, la question de la santé existe mais elle est traitée de façon secondaire, elle n'est pas une priorité par rapport à d'autres questions plus vitales au quotidien : se nourrir, se loger (58).

Ainsi, notre étude montre que la prévention et le dépistage nécessitent de bonnes conditions de base, c'est-à-dire des besoins physiologiques pourvus, en accord avec la théorie de Maslow. Il s'agit d'une classification hiérarchique des besoins des humains en cinq catégories : les besoins physiologiques, le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime, le besoin de s'accomplir. Selon la théorie de Maslow, si les besoins de base ne sont pas satisfaits, les besoins suivants ne peuvent l'être (62). C'est dans cette optique qu'une des participantes de notre enquête pointait du doigt la responsabilité de l'État dans la non participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C : elle considérait que l'État ne les aidait pas suffisamment à subvenir à leurs besoins physiologiques.

Par ailleurs, nous remarquons que les femmes bénéficiaires de la CMU-C ont une vision fataliste du cancer, annihilant alors toute démarche de prévention et d'adhésion au dépistage. Dans une étude américaine, les Afro-Américains en situation socio-économique défavorable éprouaient également un sentiment de fatalisme vis-à-vis du cancer, et n'adoptaient donc pas de d'attitude préventive à son égard. Cependant, contrairement aux résultats de notre étude, ils considéraient qu'il est important d'avoir des bilans de santé même en l'absence de symptômes (63). De même, en Belgique, une étude révélait que les femmes issues de milieux sociaux défavorisés avaient tendance à croire au fatalisme vis-à-vis du cancer et n'avaient pas intégré la démarche de prévention (64).

On peut se demander pourquoi les personnes en situation de précarité ont plus tendance à présenter cette vision fataliste du cancer ? On se rapproche alors de la théorie de la résignation apprise de Seligman : l'apprentissage de l'indépendance entre les actions et les résultats obtenus produit trois types de déficits : motivationnel, cognitif et émotionnel. Le premier se traduit par de la passivité avec inhibition de l'action, le second par la difficulté d'apprendre que certaines réponses de l'individu conduisent à des résultats, et le dernier par des états émotionnels négatifs. Cette théorie a évolué en empruntant des éléments à la théorie de l'attribution en se basant sur la manière dont la personne explique ou interprète son manque de contrôle sur une situation. La nature de sa réponse, l'attribution causale, donne alors les caractéristiques de la résignation qui suit. Si l'attribution causale est stable, elle induira une résignation chronique. D'autre part, si l'attribution causale est globale, alors les

symptômes de résignation seront susceptibles de se généraliser à des domaines variés (résignation apprise globale) (65).

On peut appliquer cette théorie aux personnes en situation de précarité en suggérant qu'elles perçoivent un manque de contrôle sur leurs difficultés du quotidien liée à l'attribution causale, stable et globale, qu'est la précarité. Ainsi dans le domaine de la santé, la résignation apprise chronique se traduirait par cette vision fataliste du cancer, le déficit cognitif secondaire correspondrait aux difficultés d'apprendre que le dépistage de lésions précancéreuses permet d'éviter le cancer, le déficit motivationnel avec inhibition de l'action correspondrait quant à lui à la non participation au dépistage.

Il faut donc lutter contre cette vision fataliste du cancer pour que ces femmes bénéficiaires de la CMU-C puissent adhérer à une démarche de prévention. Selon la théorie de la résignation apprise appliquée aux femmes bénéficiaires de la CMU-C, il faut essentiellement combattre la précarité, considérée comme l'attribution causale. On peut également combattre le déficit cognitif secondaire en insistant auprès de ces femmes sur le bénéfice d'un FCU de dépistage régulier.

Par ailleurs, dans notre étude, les femmes bénéficiaires de la CMU-C ont mal compris le principe et l'intérêt du dépistage et ne consultent le médecin qu'en cas de symptômes. Elles ont tendance à ne pas avoir de suivi gynécologique régulier, comme le confirme l'enquête sur la santé des bénéficiaires de la C.M.U. observée dans les Centres d'Examens de Santé de Bretagne (66). L'enquête réalisée par Médecins du Monde auprès des femmes fréquentant les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation montrait également que ces femmes sont peu sensibles ou méconnaissent la logique de la prévention par le dépistage en déclarant n'avoir jamais eu de symptômes ou de problèmes de santé qui nécessitent selon elles le recours à un dépistage (39). Notre étude met en exergue que l'initiative du gynécologue, sans demande préalable de la femme, contribue à la participation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au FCU de dépistage. Mais cela implique un suivi auprès d'un gynécologue...

La HAS a relevé dans son argumentaire, au travers d'une revue de la littérature, les mêmes freins à la participation au dépistage du CCU par FCU (35).

b) Peur

La peur des résultats et l'appréhension de l'examen gynécologique sont mentionnés également par les deux groupes de participants. On retrouve cet obstacle au dépistage par FCU dans la littérature (35) (67) (68) (69) (70).

Dans notre étude, la peur des résultats chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C était liée aux difficultés du quotidien, elles ne voulaient avoir une éventuelle difficulté de plus, qu'est le cancer, à gérer. Si on applique cela à la théorie de Maslow, on comprend que ces femmes ne parviennent pas pourvoir leurs besoins physiologiques et ne veulent pas de difficultés supplémentaires (62).

Concernant l'appréhension de l'examen gynécologique, elle est à rapprocher du frein occasionné par une expérience de dépistage antérieure traumatisante que notre étude a mis en évidence. Comme le reconnaît la HAS dans son argumentaire, certaines femmes redoutent de se faire dépister et ce d'autant plus qu'elles ont déjà eu une expérience négative de dépistage dans le passé (35).

La peur du traitement contre le cancer a été évoquée notamment par une femme bénéficiaire de la CMU-C qui a eu un antécédent de CCU. La thèse en médecine générale réalisée par Mme Rocher sur les représentations et le ressenti de l'examen gynécologique et du frottis, montrait également que le traitement anticancéreux suscitait la peur chez les femmes (70).

c) *Méfiance vis-à-vis des politiques de Santé Publique.*

Les femmes bénéficiaires de la CMU-C éprouvaient ainsi de la méfiance vis-à-vis des politiques de Santé Publique dans notre enquête. L'étude dirigée par le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et la Ligue contre le Cancer dans le cadre de la campagne de communication nationale 2003-2005 sur le cancer du sein, retrouve cette notion de méfiance vis-à-vis des institutions que ressentent les personnes en situation de précarité (58).

Dans notre enquête, une femme bénéficiaire de la CMU-C a jugé le délai de trois ans entre chaque FCU de dépistage, comme préconisé par la HAS (33), trop long pour être efficace. Dans l'étude réalisée en Bourgogne sur le point de vue des médecins sur les modalités de dépistage des cancers gynécologiques, certains gynécologues jugeaient également ce délai de trois ans trop long (68). Les MG que nous avons interrogés n'ont pas émis de critiques à l'égard de ces recommandations, tout comme dans l'étude réalisée par Mme Squimbre dans le cadre de sa thèse en médecine générale sur les obstacles à la réalisation du FCU en médecine générale (69). De plus, dans son rapport de 2007, l'INCa semble indiquer une conformation plus importante chez les MG des âges limites et du rythme recommandé concernant le FCU de dépistage (15).

d) *Méconnaissance du CCU/FCU*

Notre enquête témoigne que ces femmes bénéficiaires de la CMU-C présentent un important déficit de connaissances, ou des connaissances erronées, sur le CCU et son dépistage par FCU, ce que confirment les MG interrogés. Le manque de connaissance sur les cancers dans la population précaire est retrouvé dans la littérature internationale (35). Une étude récente réalisée en Angleterre objectivait que les personnes appartenant à une classe socio-économique défavorisée présentaient un taux de reconnaissance de symptômes de cancer significativement plus faible que les personnes issues des classes aisées (71). Une étude réalisée aux USA faisait le même constat (63). L'enquête réalisée par Médecins du Monde a montré que la principale raison évoquée par les femmes de ne pas avoir pratiqué cet examen est le fait de ne pas connaître le FCU (39).

Or, on sait que le niveau de connaissances influe sur les comportements : il est plus important chez les femmes qui participent délibérément au dépistage (72). Dans notre étude, les femmes bénéficiaires de la CMU-C ayant réalisé un FCU de dépistage dans les trois ans présentaient également un manque important de connaissances. Ceci s'explique car cela a été fait sous la directive du gynécologue sans demande de la patiente, hormis le cas d'une femme interrogée. Il est intéressant de remarquer que celles qui présentaient le plus de connaissances vis-à-vis du FCU et du CCU étaient celles qui étaient vaccinées contre le HPV.

e) *Sentiment de ne pas être concernées*

Notre étude montre que ces femmes bénéficiaires de la CMU-C ne se sentent pas concernées par le FCU. Ce point de vue est partagé par les femmes et les MG interrogés. Il y a plusieurs raisons évoquées :

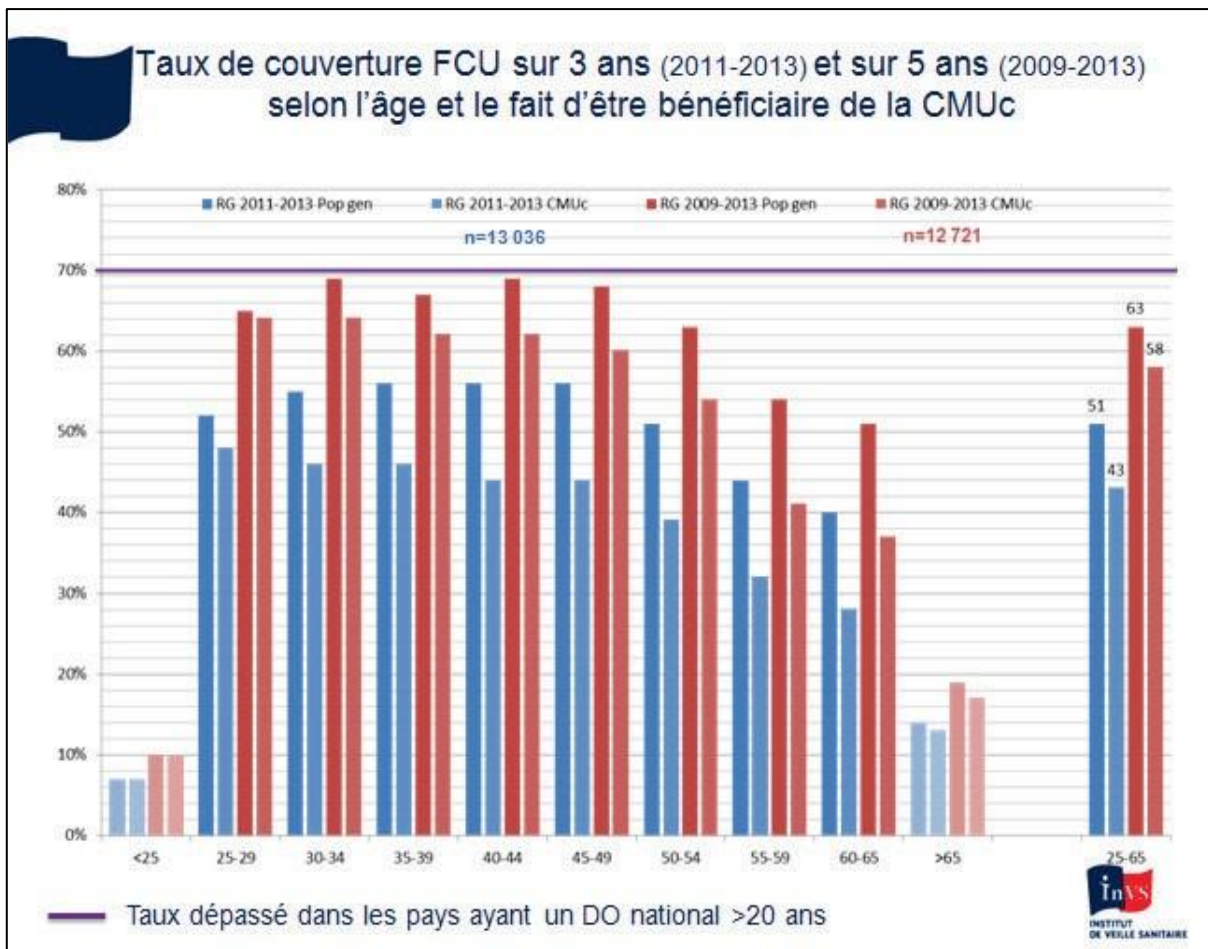
- La ménopause

Les MG reconnaissent avoir plus de mal à inciter à la pratique du FCU ces femmes ménopausées, qui sont plus réfractaires. En fait les médecins nous expliquent qu'elles bénéficient d'un suivi obstétrical plutôt qu'un suivi gynécologique, donc à la ménopause, elles arrêtent leur suivi. Les femmes, quant à elles, nous disent qu'avec la ménopause, elles ne ressentent ni le besoin ni l'utilité d'un tel dépistage. Dans notre échantillon, nous remarquons que parmi les sept femmes ménopausées, quatre n'ont pas fait de FCU dans les trois ans, et une a un antécédent de CCU.

On retrouve ce frein dans la littérature, avec la notion d'âge avancé concernant l'argumentaire de la HAS et l'INCa : après 55 ans, une femme sur deux ne fait pas de FCU, contre une femme sur trois avant cet âge (35) (11). En 2006-2008, le taux de couverture du dépistage par FCU en France est maximal pour les femmes âgées de 35 à 39 ans, mais il n'atteint que 61.8%. Ensuite, le taux chute à partir de 50 ans pour n'atteindre que 41.9% chez les femmes de 60 à 64 ans (73).

Selon les données de la figure 1 établies par Santé Publique France et reprises par l'INCa, les disparités sociales en matière de pratique du FCU s'accroissent avec l'âge. Avant l'âge de trente ans, il y a peu de différences au niveau du taux de couverture du FCU entre les femmes bénéficiaires de la CMU-C et les femmes issues de la population générale. Puis l'écart se creuse progressivement et devient maximal à partir de 55 ans (14) (74).

Figure 1 : Taux de couverture du FCU sur 3 et 5 ans selon l'âge et le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C



En Meurthe-et-Moselle, c'est le même constat. Le taux de participation au FCU s'effondre parmi les femmes bénéficiaires de la CMU-C après 50 ans : il n'est que de 25% contre 43.4% parmi les femmes relevant du Régime Général de l'Assurance Maladie. Avant 50 ans, cette disparité existe mais est légèrement moins marquée : 34.2% pour les femmes âgées de 25 à 49 ans bénéficiaires de la CMU-C contre 51% pour les femmes âgées de 25 à 49 ans relevant du Régime Général de l'Assurance Maladie (52).

On observe la même tendance dans notre échantillon : toutes les participantes appartenant à la classe d'âge 25-49 ans ont eu un FCU récemment. Parmi les six femmes ménopausées éligibles au FCU de dépistage et âgées de 50 ans et plus, seules deux d'entre elles ont eu FCU dans les trois ans. Une des participantes à l'étude âgée de plus de 50 ans est exclue du dépistage par FCU triennal suite à l'hystérectomie totale qu'elle a subie pour un CCU, conformément aux recommandations de la HAS (29). Soulignons que la HAS, dans son argumentaire, relève que le jeune âge est également un frein au dépistage (35), ce que l'on ne retrouve pas dans notre étude.

Cet obstacle à la participation au FCU est d'autant plus problématique qu'un deuxième pic d'infection par HPV est observé chez les femmes ménopausées, probablement en rapport avec une sénescence de l'immunité cellulaire (27).

- Le fait d'être asymptomatique

MG et femmes interrogées s'accordent à dire que les femmes bénéficiaires de la CMU-C ne se sentent pas concernées par le FCU si elles ne présentent aucun symptôme gynécologique. Comme expliqué plus haut et conformément aux données de la littérature (63) (64) (39) (35), notre étude montre bien que ces femmes bénéficiaires de la CMU-C n'ont pas compris la logique du dépistage et n'ont pas acquis de démarche de prévention.

De plus, les femmes bénéficiaires de la CMU-C interrogées ont tendance à consulter le médecin uniquement à l'apparition de symptômes, elles ont tendance à ne pas avoir de suivi gynécologique régulier en dehors de toute symptomatologie, surtout après la ménopause. L'absence de suivi médical régulier est un frein au dépistage par FCU reconnu dans la littérature. En effet, 91% des femmes qui n'ont pas consulté de médecin généraliste et 58% des femmes qui n'ont pas consulté de gynécologue n'ont pas réalisé de FCU sur une période de quatre ans tandis que 90 % des femmes ayant une consultation par un gynécologue tous les ans ont bénéficié d'un FCU (16).

- L'absence de rapports sexuels.

Ces femmes pensent que n'ayant plus de rapports sexuels, elles n'ont plus de risque de développer un CCU. Nous retrouvons là un manque de connaissances sur la physiopathologie et l'évolution lente du CCU. La HAS a également relevé le célibat comme un obstacle au FCU de dépistage (35). À noter que dans une étude récente en Rhône-Alpes, qui s'intéressait aux obstacles au dépistage par FCU rencontrés par les MG chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, certains MG confiaient ne pas être convaincus du bénéfice du FCU chez les femmes ménopausées ou en l'absence de rapports sexuels depuis plusieurs années (67). Cela n'a pas été observé dans notre étude.

2. Obstacles liés à la relation médecin-patiente

Selon à la fois les MG et les femmes bénéficiaires de la CMU-C interrogés, la pudeur ressentie par la patiente, qui est parfois augmentée à l'encontre du médecin traitant, le sexe masculin du médecin, la barrière de la langue et le préjugé qu'ont ces femmes sur les compétences limitées du MG en gynécologie, entravent l'alliance thérapeutique avec le MG dans le domaine de la gynécologie et sont donc des freins à la participation au FCU de dépistage. Ces freins sont également retrouvés dans la littérature (67) (68) (69) (70).

a) Pudeur

Dans notre étude, certains MG ont reconnu également ressentir de la pudeur vis-à-vis de leurs patientes en ce qui concerne le FCU et ont donc des réticences à le réaliser eux-mêmes. Il est intéressant de remarquer qu'il s'agissait de médecins hommes. Dans un rapport sur la prévention des cancers gynécologiques en Bourgogne dirigée par l'Observatoire Régional de la Santé, il a été montré que les femmes généralistes, qui ont répondu, ont significativement plus souvent effectué le FCU de dépistage que leurs confrères hommes (87.5% de femmes et 68.8% des hommes le pratiquent) (68).

À noter que dans la thèse de Mme Rocher, le sexe du médecin ne semblait pas intervenir dans la participation au dépistage chez les femmes non participantes issues de diverses catégories sociales (70).

b) Préjugé sur les compétences limitées du MG en gynécologie.

Concernant le préjugé qu'ont ces femmes sur les compétences limitées du MG en gynécologie, il peut être nourri par les MG eux-mêmes. En effet, notre étude a révélé que parfois le MG reconnaissait ne pas s'intéresser au suivi gynécologique de la patiente lorsque celle-ci déclarait consulter régulièrement un gynécologue. Une thèse récente, réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais, s'intéressait aux obstacles à la réalisation du FCU en médecine générale. Elle montrait que les MG reprochaient à leurs confrères de ne pas être impliqués dans le suivi gynécologique quand celui-ci était assuré par le gynécologue (69). Cela peut donc entretenir l'idée qu'ont ces femmes que le MG n'est pas habilité à s'occuper de gynécologie : 88% des femmes interrogées au cours d'une enquête réalisée par la SOFRES (Société Française d'Études et de Sondage) pensaient que le gynécologue était plus compétent et maîtrisait mieux ce domaine thérapeutique que le médecin généraliste (75).

c) Obstacles culturels

Les MG interrogés évoquent également la présence d'obstacles liés à la culture du pays d'origine. Les femmes bénéficiaires de la CMU-C n'évoquaient pas ce frein dans notre étude, contrairement à la littérature (35) (11).

3. Obstacles liés à l'organisation des soins

a) Difficultés d'accès aux soins

(1) Liées à leur santé

On observe dans la littérature que la situation de santé défavorable est associée à une moindre participation au dépistage par FCU : il s'agit notamment des femmes souffrant d'une affection longue durée (ALD), et plus largement celles souffrant de pathologies chroniques (11). Il est donc logique de retrouver ce frein dans notre enquête car les personnes

bénéficiaires de la CMU-C sont en moins bonne santé : elles sont 1.8 fois plus nombreuses à âge et à sexe identique à être en ALD (10).

Par ailleurs, notre étude nous éclaire sur cet obstacle. L'acutisation d'une maladie empêchant d'honorer un RDV médical, un éventuel problème d'accessibilité du cabinet médical aux fauteuils roulants, mais aussi le rejet, éprouvé par les femmes interrogées, de la multiplicité des RDV médicaux, concourent à un renoncement au dépistage par FCU en cas de situation de santé défavorable.

(2) Cabinet médical trop éloigné du domicile

De nombreuses femmes bénéficiaires de la CMU-C nous ont également confié que lorsque le cabinet du médecin, bien souvent du gynécologue, était éloigné de leur domicile, elles avaient des réticences à s'y rendre. Ces femmes mentionnaient surtout des problèmes de transport: pas de véhicule personnel, transports en commun à payer, itinéraire non connu, enfants qui les accompagnent. La distance avec le cabinet est donc un déterminant à la participation au FCU chez ces femmes. Plus le lieu de prélèvement est proche du lieu d'habitation et plus l'adhésion a des chances d'être grande (35).

(3) RDV auprès du gynécologue trop éloigné dans le temps

Comme dans d'autres études (70) (76), les femmes bénéficiaires de la CMU-C déploraient un RDV gynécologique trop éloigné dans le temps qui les décourageait à consulter. Un MG déplorait également le manque « d'action-réaction » entre le moment de la prise de décision pour le FCU et la date de rendez-vous auprès du gynécologue.

La baisse de la démographie médicale ne va pas améliorer la situation. En Lorraine, sur la période 2008-2013, les effectifs concernant les médecins spécialisés en gynécologie médicale ont diminué de 15%. Cette tendance va se confirmer sur la période 2013-2018 (diminution de 13%) (77).

(4) Sentiment de discrimination

Une femme bénéficiaire de la CMU-C rapportait percevoir un sentiment de discrimination dans certains cabinets médicaux par rapport à la CMU-C. Aucune autre femme interrogée n'a soulevé cette question, ni les MG interrogés.

Cependant, cette discrimination à l'accès aux soins à l'encontre des personnes bénéficiaires de la CMU-C est réelle. Dans une étude réalisée dans le Val-de-Marne en 2006, 44.4% des gynécologues refusaient le soin aux patientes bénéficiaires de la CMU-C. Ce chiffre est beaucoup moins important chez les MG de secteur 1 (sans dépassement d'honoraire) où il s'élève à 1.6 %, contre 16.7% chez les MG de secteur 2 (honoraires libres) (78).

b) Faible communication de la part des pouvoirs publics

Tous s'accordent à dire qu'il y a un manque de communication de la part des pouvoirs publics. Les MG interrogés constatent que les outils de communication utilisés sont inadaptés à leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C (illettrisme,...) Les femmes bénéficiaires de la CMU-C insistent sur le manque important, voire même l'absence de communication de la part des pouvoirs publics, en dépit des stratégies mises en place par l'INCa et l'Assurance Maladie au niveau national et local (cf. annexes 5 et 6) (79) (80).

4. Obstacles liés au MG

a) Faible communication de la part du MG

D'un part, les femmes interrogées déplorait l'insuffisance de communication autour du FCU de la part des médecins, particulièrement leur médecin traitant. L'enquête réalisée par Médecins du Monde met en évidence qu'un quart des femmes fréquentant les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation n'ont pas fait de FCU car il ne leur à jamais été proposé, notamment par leur médecin (39). D'autre part, notre étude montre que les MG ont des difficultés à communiquer avec ce public sur le dépistage par FCU. Ces difficultés sont retrouvées dans la littérature. Devant la multiplicité et la complexité des plaintes émises par ces patientes en situation de précarité, les soins préventifs ne sont pas la priorité, et la prise en charge est réduite au strict nécessaire (81) (82).

Nous observons que le sujet semble plus facile à aborder par le MG au cours de certaines consultations (motif gynécologique ou à la création de dossier). Dans l'étude réalisée sur le point de vue des médecins sur les modalités de dépistage des cancers gynécologiques en Bourgogne, la consultation pour motif gynécologique apparaît comme le contexte principal de réalisation du FCU de dépistage. Plus qu'un contexte, le motif gynécologique apparaît comme la condition de réalisation du FCU de dépistage. Parmi les généralistes ayant réalisé un FCU, plus des trois quarts l'ont fait lors d'une consultation pour motif gynécologique (68).

Il est important de souligner que dans notre étude, le début de grossesse n'est pas une occasion jugée adéquate pour aborder le dépistage par FCU selon la plupart des MG interrogés, malgré l'arrêté du 03 février 2010 (47). L'Inca fait le même constat. Dans sa revue de la littérature, elle cite une enquête réalisée par l'Assurance Maladie auprès de MG de Franche-Comté : l'incitation de la part des MG au FCU est modérée en début de grossesse (16).

Par ailleurs, d'autres études réalisées en France pointaient du doigt la faible communication et incitation du MG au FCU de dépistage, ces études n'étaient pas concentrées sur les femmes en situation de précarité (76) (70).

b) Difficultés techniques pour la pratique du FCU au cabinet de MG

En adéquation avec les données de la littérature (67) (69) (15) (68), certains MG interrogés expliquaient qu'ils ne pratiquaient pas le FCU au cabinet en raison de difficultés techniques : manque de temps, manque de formation au geste , rémunération peu incitative, problèmes de matériel.

c) Faible communication avec le gynécologue

La faible communication avec le gynécologue est un frein au dépistage pour la plupart des MG interrogés. Ils déplorent vraiment l'absence de transmission des résultats du FCU. Cet obstacle à l'incitation, et donc à la pratique du FCU de dépistage est retrouvé dans la littérature (69) (68). Pourtant, la HAS donne la mission au médecin traitant de coordonner le dépistage pour chacune de ses patientes. Il effectue la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés, incite à la participation au dépistage, prescrit un test

de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif (33).

B. Solutions envisagées

Tous s'accordent à dire, MG et femmes confondus, que la principale solution est d'améliorer la sensibilisation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au CCU et à son dépistage par FCU en augmentant leur niveau de connaissances à ce sujet.

Cela passe essentiellement par le renforcement du rôle du MG, l'instauration d'un dépistage organisé du CCU par FCU et la mise en place d'une campagne d'information grand public avec des moyens de communication adaptés, de la même envergure que la campagne de sensibilisation au cancer du sein.

1. Renforcer le rôle central du MG

a) MG : le premier interlocuteur des patients bénéficiaires de la CMU-C

MG et femmes bénéficiaires de la CMU-C s'accordent à dire que le MG est leur interlocuteur privilégié, le médecin de premiers recours. Une revue de la littérature le confirme : plus on descend dans la hiérarchie sociale, plus on note une préférence pour le médecin généraliste au détriment des autres spécialistes (83).

C'est donc en toute logique que notre étude montre la nécessité de renforcer l'incitation et la promotion du FCU par le médecin traitant auprès de ce public pour augmenter le taux de participation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au FCU de dépistage. En effet, le conseil du professionnel de santé est le premier facteur favorisant le recours au dépistage des populations précaires (63) (84).

Cela est en adéquation avec le Plan Cancer 2009-2013 (85), dont la mesure 16 fournit le cadre aux recommandations de la HAS de 2010. Elles préconisent une implication forte du MG pour l'information et l'incitation au FCU de dépistage et confortent sa mission de coordonner le dépistage (33). La loi du 09 août 2004 relative à la politique de Santé Publique quant à elle, instaure la notion de consultation de prévention en médecine générale, dans une volonté d'organiser une activité de prévention plus systématisée par les MG (45).

Dans notre enquête, les MG pensent que le meilleur moyen d'inciter les femmes bénéficiaires de la CMU-C à participer au FCU de dépistage est de se baser sur la relation médecin-patiente pour trouver les arguments convaincants car personnalisés à la patiente. Nous retrouvons dans une étude réalisée auprès de MG ayant une expérience en milieux défavorisés en Belgique, cette notion « d'incitation personnalisée ». Selon cette étude, le meilleur moyen de faire de la prévention en milieux défavorisés serait de parvenir à tirer parti des préoccupations du patient (83).

b) Cibler pour mieux inciter

Notre étude démontre l'intérêt d'un ciblage des femmes chez qui le MG doit renforcer la promotion du FCU: les femmes bénéficiaires de la CMU-C, et les femmes ménopausées notamment. Dans ce sens, un MG suggère la mise en place d'une campagne d'information à visée des généralistes pour les y sensibiliser. L'Inca a mis en place en 2016 un dispositif à destination des professionnels de santé : e-mailing aux gynécologues, MG, sages-femmes et

centres de santé, publication d'une fiche d'aide à la pratique dédiée aux MG ; un courrier aux sociétés savantes et une présence sur les logiciels d'aide à la prescription des médecins généralistes les réorientant vers la fiche d'aide à la pratique. Cette fiche alerte les MG sur le faible taux de participation au FCU de dépistage chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, issues de catégories socio-économiques les moins favorisées, admises en ALD, en situation de handicap. Elle incite également les MG à proposer un FCU au moment de la déclaration de grossesse à leurs patientes qui n'en ont pas fait depuis plus de trois ans (79) (86). Nous jugeons cela nécessaire car dans notre étude le début de grossesse ne semblait pas être un moment propice pour proposer un FCU de dépistage selon plusieurs MG interrogés.

Ainsi, le MG doit être encore plus attentif et renforcer son incitation chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C ménopausées. Comme nous l'avons vu précédemment, le différentiel de pratique du FCU entre femmes bénéficiaires de la CMU-C et femmes issues de la population générale s'accroît avec l'âge et est maximal à partir de 55 ans (14).

Ce ciblage doit également concerner les jeunes filles et les mères. En effet, notre étude souligne le rôle positif de la mère dans la participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C. Nous insistons sur l'importance de bien les éduquer pour qu'à leur tour elles aussi éduquent leurs filles. L'étude réalisée par Mme Rocher sur les femmes non participantes au FCU de dépistage mettait en valeur également ce rôle positif de la mère même si elle-même ne se faisait pas dépister (70).

c) Améliorer la communication avec les gynécologues

Améliorer la communication des MG avec les gynécologues permettrait d'augmenter le taux de participation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au FCU de dépistage. Les MG proposent d'être systématiquement co-destinataires des résultats du FCU, cela semble indispensable pour mener à bien leur mission de coordination du dépistage du CCU, comme le préconise la HAS ainsi que le Plan Cancer 2014-2019 (33) (46). De plus, au cours du séjour à la maternité, les gynécologues et les sages-femmes pourraient adresser leur patientes vers le MG pour établir le suivi gynécologique.

d) Autres relais de l'information

Dans notre étude, les MG et les femmes bénéficiaires de la CMU-C suggèrent de délivrer une information très tôt dans la vie de la femme, dès l'école. Cela est en conformité avec la HAS qui propose d'initier l'information sur le FCU de dépistage à l'école (33) ainsi que le Plan Cancer 2014-2019 dont l'action 11.11 a pour objectif de développer l'éducation à la santé en milieu scolaire (46).

Le MG, bien qu'interlocuteur privilégié des femmes bénéficiaires de la CMU-C, n'est pas le seul à devoir promouvoir le FCU. Selon notre étude, tous les acteurs de la santé des femmes en situation de précarité doivent aussi promouvoir le FCU conformément aux recommandations de la HAS (33).

Les MG interrogés ont également souligné l'importance que les femmes bénéficiaires de la CMU-C accordent à la santé de leurs enfants. Ils proposent donc de profiter des centres de PMI que ces femmes consultent pour le suivi de leurs enfants, pour délivrer une information et une promotion au FCU de dépistage. L'étude dirigée par le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et la Ligue contre le Cancer suggère également d'utiliser le biais

de la santé des enfants avec les centre PMI pour faire de la prévention auprès de ces femmes (58).

e) Pratique du FCU au cabinet du MG

D'après les MG et les femmes interrogés, la pratique du FCU au cabinet du MG faciliterait la participation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au FCU de dépistage. Elles ont confiance en leur médecin traitant, c'est le médecin de premiers recours. Cela permettrait également de lever le frein lié aux difficultés d'accès aux soins que nous avons mis en évidence. Mais plusieurs obstacles s'y heurtent selon notre enquête, et en accord avec la littérature (68) (67) (69) (70):

- La pudeur : ressentie par les femmes parfois accrue vis-à-vis du médecin traitant, mais aussi pudeur du MG
- La non-motivation du MG à la réalisation du FCU
- Les difficultés matérielles : le temps, la rémunération peu incitative, problèmes de matériels

Actuellement, le prélèvement du FCU est coté par l'acte JKHD001 qui s'élève à 12.46 euros. L'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur, soit un total de 29.23 euros pour un médecin généraliste de secteur 1 (87). La HAS envisage éventuellement des incitations financières à la réalisation du FCU dans ses recommandations (33). Ceci est une piste qui permettrait d'étendre la pratique du FCU de dépistage au cabinet de MG.

2. Dépistage organisé

Notre enquête montre que le DO inciterait les femmes bénéficiaires de la CMU-C à participer au dépistage par FCU. Comme le suggèrent les femmes interrogées, la HAS préconise d'accompagner le courrier d'invitation au FCU d'une lettre d'information (33). Les MG y sont également favorables. Ils soulignent que le DO a surtout un rôle complémentaire au MG pour ce public. Il permet de créer une consultation dédiée à la prévention du CCU.

Cela est en accord avec les expériences de DO en France. Cela concerne 13 départements. Les premiers résultats témoignent d'un impact positif du programme, avec notamment un gain significatif de couverture de dépistage par sollicitation de femmes peu ou pas dépistées (48). Le Plan Cancer 2014-2019 prévoit de le généraliser à l'ensemble du territoire français d'ici 2018 (46).

On peut se demander si le dispositif de DO serait plus efficace s'il existait des stratégies spécifiques aux femmes bénéficiaires de la CMU-C. Dans sa revue de la littérature, l'Inca cite une étude française qui s'est intéressée aux inégalités de participation dans les villes de Strasbourg et de Mulhouse afin d'améliorer la participation aux campagnes de DO. Une stratégie d'information a été mise en place spécifiquement pour les femmes en situation de précarité. Elle consistait en l'envoi d'une invitation aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME (Aide Médicale d'État) n'ayant pas réalisé de FCU depuis 3 ans. Le courrier était accompagné d'un carton « frottis offert », une brochure établie en 7 langues, une liste de centres de dépistage et un talon-réponse à remplir par le MG. Cette action a permis d'augmenter le taux de participation de ces femmes (11,9% contre 7,8% pour les bénéficiaires de la CMU-C ou AME ayant reçu une invitation classique) (16).

3. Campagne d'information grand public plus importante

Notre étude insiste sur la nécessité d'une campagne grand public pour sensibiliser les femmes bénéficiaires de la CMU-C. Une campagne de communication accompagnant la mise en place du DO est d'ailleurs prévue début 2018 (46).

La difficulté est de recourir à des moyens de communication efficaces auprès des femmes bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les campagnes de prévention sont avant tout reçues par les populations qui en ont le moins besoin, c'est-à-dire les plus attentives à leur état de santé et les mieux sensibilisées aux enjeux de Santé Publique (88). On peut citer en exemple le bilan bucco-dentaire mis en place par l'Assurance Maladie en 1999 d'abord pour les adolescents de 15 à 18 ans, puis étendu en 2003 à ceux âgés de 13 à 18 ans. Ce bilan bucco-dentaire permet un examen de dépistage et de prévention gratuit, ainsi que le remboursement intégral des soins conservateurs consécutifs, chez un praticien du choix de la famille. Ce bilan est malheureusement peu suivi : des proportions allant de 10 à 30 % de réponses selon les régions. Les enfants en bénéficiant étaient déjà suivis ou allaient se rendre chez leur dentiste, mais les adolescents de familles défavorisées n'ont pas répondu à cette offre (89).

Une revue de la littérature internationale, à travers les USA, le Canada, l'Australie et les pays de l'Europe de l'Ouest, sur l'utilisation des médias de masse a conclu que les campagnes de prévention promouvant l'arrêt du tabac étaient souvent moins efficaces dans les populations socio-économiquement défavorisées (90). Une autre étude américaine a fait le même constat : les personnes en situation socio-économique défavorisée semblaient moins sensibles aux campagnes de prévention concernant le soleil et le tabac (91).

Dans notre étude, MG et femmes bénéficiaires de la CMU-C s'accordent à dire que la campagne d'information devrait être de grande envergure, comparable à celle qui concerne le cancer du sein avec « Octobre Rose ». Remarquons que la campagne de sensibilisation sur le vaccin anti-papillomavirus a eu un impact sur ces femmes bénéficiaires de la CMU-C.

Ces dernières nous suggèrent l'utilisation de brochures d'informations et d'affiches dans les salles d'attentes des cabinets médicaux. Ces brochures peuvent également être distribuées dans les écoles. Ces documents devraient comporter des informations simples et ne pas susciter la peur. Les MG interrogés quant à eux trouvent ces outils peu efficaces, du fait de la barrière de la lecture et de la langue.

Nous soulignons que l'utilisation de la radio, mais surtout de la télévision est unanimement proposée et considérée comme un moyen de communication efficace dans notre enquête. Il semble donc judicieux de faire passer des messages adaptés à ce public par les médias qui leurs sont familiers (83). De plus, une couverture importante par les médias pourrait améliorer l'impact des campagnes d'information chez les personnes en situation socio-économique défavorable (91).

Les femmes interrogées ont proposé également la mise en place de réunions d'informations de proximité (écoles, salles de quartier, ...), levant ainsi le frein lié aux difficultés de déplacement des femmes bénéficiaires de la CMU-C.

CONCLUSION

I. Rappel des principaux résultats

A. Les obstacles à la participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C

Ainsi, notre étude a permis de comprendre pourquoi les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent peu au FCU de dépistage. On observe un envahissement des contraintes du mode de vie sur la santé: autres priorités, fatalisme, absence de projection dans le futur, absence de prévention et de suivi gynécologique régulier, non adhésion au dépistage. Elles ressentent de la peur vis-à-vis des résultats et de l'examen gynécologique, elles se méfient des politiques de Santé Publique.

Nous avons également mis en évidence un défaut de sensibilisation de ces femmes vis-à-vis du CCU et son dépistage par FCU : elles éprouvent un désintérêt vis-à-vis du CCU, le sentiment de ne pas être concernées (surtout en cas de ménopause, célibat, et d'absence de symptômes), elles présentent de graves lacunes sur les connaissances du CCU et FCU. Cela peut s'expliquer en partie par une insuffisance de communication de la part des pouvoirs publics mais aussi des MG. Ces derniers éprouvent des difficultés pour informer leurs patientes bénéficiaires de la CMU-C, surtout pour trouver le bon moment en consultation pour en parler. Cependant ils fournissent, quand ils le peuvent donc, une information adaptée à la patiente, vulgarisée et personnalisée en fonction de son style de vie, ses croyances et ses peurs.

On retrouve également une alliance thérapeutique faible avec le MG en gynécologie. Cela est lié à la barrière de la langue, aux différences culturelles vis-à-vis de l'examen gynécologique et du FCU, à la pudeur aggravée si le MG est un homme, à la fois de la part de la patiente mais aussi du MG, ainsi qu'au préjugé de ces femmes sur les compétences limitées du MG en gynécologie.

Les femmes bénéficiaires de la CMU-C présentent des difficultés également d'accès aux soins : le RDV chez le gynécologue étant bien souvent éloigné dans le temps et dans l'espace, elles ont des difficultés de déplacement du fait d'un mauvais état de santé, et elles ressentent un sentiment de discrimination. Les MG ont des obstacles à la gestion du FCU au cabinet : insuffisance de communication avec le gynécologue, avec notamment l'absence de transmission des résultats du FCU et problèmes matériels entravant la pratique du FCU au cabinet notamment.

Il apparaît au contraire que chez ces femmes, la mère joue un rôle essentiel à la participation au FCU de dépistage : la mère incite sa fille à y participer. L'initiative du gynécologue est également un facteur contribuant à la participation des femmes bénéficiaires de la CMU-C au FCU de dépistage.

B. Les solutions proposées pour augmenter le taux de participation au FCU de dépistage des femmes bénéficiaires de la CMU-C

La richesse de notre étude est de permettre d'envisager des solutions pour augmenter le taux de participation au FCU de dépistage de ces femmes bénéficiaires de la CMU-C.

Le renforcement du rôle central du MG est la solution primordiale. Le MG doit tenir une place centrale dans le dépistage du CCU. Cela passe par la réception des résultats du FCU et une meilleure communication avec les confrères gynécologues. Il représente le premier interlocuteur des personnes en situation de précarité, c'est donc essentiellement à lui que revient la mission de promouvoir le FCU chez ces femmes bénéficiaires de la CMU-C. Pour cela, il doit se baser sur la relation médecin-patiente et réaliser ce que nous appelons « une incitation personnalisée ». Cela consiste à adapter l'incitation au FCU en fonction des croyances, des peurs, du style de vie de la patiente et ce, de manière individuelle. Le message de promotion du FCU doit être également renforcé chez les jeunes filles, les mères, les femmes ménopausées. La pratique du FCU au cabinet du MG permettrait aussi de faciliter le dépistage chez ces femmes bénéficiaires de la CMU-C.

L'instauration d'un DO du CCU augmenterait le taux de participation au FCU des femmes bénéficiaires de la CMU-C. La mise en place d'une campagne d'information grand public permettrait d'améliorer la sensibilisation au CCU de ces femmes, elle serait de la même envergure que pour le cancer du sein, et reposerait sur des moyens de communication adaptés avec notamment l'utilisation de la télévision.

II. Perspectives

A. Impact des campagnes de communication déjà existantes

L'INCa et l'Assurance Maladie, entre autres, ont utilisé différents moyens de communication à l'échelle nationale et départementale pour sensibiliser au CCU et à son dépistage par FCU (voir annexe 5 et 6) (15). Nous avons pu évaluer leur impact en les comparant aux propositions faites par les femmes bénéficiaires de la CMU-C dans notre étude.

Ainsi, concernant les outils de communication déjà mis en place, il semblerait que les affiches, les plaquettes d'information et les spots radio n'ont pas eu d'impact auprès des femmes bénéficiaires de la CMU-C. On peut supposer que les spots radios n'ont pas été émis assez longtemps pour avoir un impact, les périodes de diffusion sont courtes. Or une couverture importante par les médias pourrait améliorer l'impact des campagnes d'information chez les personnes en situation socio-économique défavorable (91).

La télévision n'a pas été utilisée, elle semble être un moyen de communication efficace chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C (83). D'ailleurs nous remarquons dans notre étude son impact concernant la vaccination anti-papillomavirus.

De même, les femmes bénéficiaires de la CMU-C interrogées ne semblent pas avoir connaissance des réunions d'information qui ont été mises en place.

Concernant le fond avec les messages de promotion du FCU délivrés par ces instances au niveau des affiches et des brochures d'information ainsi que des spots radio, on constate que l'on informe sur :

- Le rythme du FCU de dépistage, à savoir deux FCU normaux à un an d'intervalle puis un FCU tous les trois ans, mais sans explications.
- La physiopathologie du CCU avec l'infection par HPV d'évolution lente. Pas de justification du délai de trois entre deux FCU (après deux FCU normaux à un an d'intervalle) basée sur cette physiopathologie.
- L'orientation : vers qui s'adresser pour bénéficier d'un FCU de dépistage
- Le remboursement. Précision de la gratuité de l'examen pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C
- L'importance de poursuivre les FCU de dépistage jusqu'à 65 ans, notamment dans les situations suivantes : après 50 ans, en l'absence de rapports sexuels, après la ménopause, en cas de vaccination contre le HPV, en l'absence de symptômes.
- L'intérêt du FCU : il permet de repérer les lésions au niveau du col et des les traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer. Si cancer il y a, il est détecté à un stade précoce et traité avec des soins « plus légers ». utilisation du message « 90% des cancers du col de l'utérus peuvent être évités ». Pas de mention explicite du terme « guérison » pour le CCU.
- Le déroulement de l'examen : non douloureux mais une gêne peut être ressentie.
- La possibilité de demander une femme pour faire cet examen
- L'anatomie : avec un schéma de l'utérus. Il s'agit de la seule illustration. Ces différents messages ne sont donc pas accessibles aux femmes qui ne savent pas lire (en dehors des spots radio diffusés sur des courtes périodes).
- A noter la brochure multi langues : traduites en cinq langues, mais qui ne s'adressent qu'aux femmes qui savent lire.

B. Campagnes de communication à venir

A l'aube de la mise en place d'une campagne de communication pour le DO, il est intéressant de soulever la question des stratégies à adopter pour mieux sensibiliser les femmes bénéficiaires de la CMU-C au dépistage par FCU.

Plusieurs études ont mis en évidence l'intérêt de prendre compte le niveau socio-économique du public visé pour réaliser des campagnes de communication efficaces (71) (90)

(91). Une étude américaine a montré significativement une plus grande efficacité des campagnes d'information chez les sujets défavorisés quand elles sont basées sur des histoires vécues et des publicités à fort potentiel émotif (92). Ceci est à prendre en compte pour établir de nouvelles stratégies de communication.

Au terme de nos recherches, nos propositions concrètes pour promouvoir le FCU de dépistage sont donc :

1. Concernant les MG :

- Information claire et adaptée, répétée à la patiente bénéficiaire de la CMU-C concernant la pratique du FCU de dépistage, transmise par tous les acteurs de la santé : MG, gynécologue, centres de PMI notamment.

Cette information reprend les éléments de physiopathologie du CCU, explique l'intérêt du dépistage par FCU notamment en l'absence de symptômes, de rapports sexuels ou en cas de ménopause, justifie le rythme des FCU, dans une dynamique positive, sans susciter la peur de la patiente.

- Mettre en place une « incitation personnalisée » à la patiente en se basant sur la relation médecin-patient : tirer parti des préoccupations de la patiente pour la sensibiliser au FCU de dépistage.

Avec une attention particulière aux mères pour qu'à leur tour, elles incitent leurs filles, ainsi qu'aux femmes ménopausées ou n'ayant plus de rapport sexuels.

Remise en mains propres par le MG des brochures d'informations à leurs patientes.

- Le MG reçoit les résultats des FCU même s'il n'en est pas le prescripteur.
- Plus d'implication du MG dans le domaine de la gynécologie, d'autant plus si sa patiente n'a pas de suivi auprès d'un confrère gynécologue.
- Réassurance de la part du MG (mais aussi du préleveur) sur le caractère indolore du FCU, examen à pratiquer de manière douce en tenant compte de l'appréhension de la patiente.

En effet, le bon déroulement du FCU est essentiel pour susciter la participation régulière de la femme au dépistage (35).

- Nous encourageons la mise en place du DO, qui comme le montre notre étude, permettrait de créer un cadre propice en consultation pour promouvoir le FCU auprès des femmes bénéficiaires de la CMU-C.
- Nous encourageons également la pratique du FCU au cabinet du MG.
- Renforcer la promotion du FCU de dépistage en début de grossesse en cas d'absence de FCU réalisé dans les trois ans, en accord avec l'arrêté du 03 février 2010 (47).

2. Concernant les campagnes de communication grand public :

a) Les outils de communication :

- L'usage de la télévision, qui semble être un média familier à ce public (83).
- Pour les barrières de lecture : utilisations de dessins, compréhensibles par tous.

b) Les messages à faire passer

- Adopter une approche positive sans susciter la peur

Comme le préconise l'Agence Régionale de la Santé de Lorraine, il faut des messages adaptés aux besoins du public en précarité, en évitant les connotations moralisatrices ou culpabilisantes. Il faut partir des préoccupations de ces femmes bénéficiaires de la CMU-C, s'appuyer sur les bénéfices individuels ou familiaux attendus. L'ARS Lorraine recommande d'aborder la santé par la notion de « bien-être » plutôt que par la lutte contre les pathologies (53). Nous suggérons également, d'après notre étude, d'aborder la santé selon la notion de « capacité à agir ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé se définit par un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (93). Nous soulignons que cette définition n'a pas été modifiée depuis 70 ans, malgré une société dont les besoins et les envies sont en perpétuelle évolution. La santé, comme le définit l'OMS (93), n'est pas accessible pour les personnes en situation de précarité, chez qui le bien-être social notamment n'est jamais atteint. Nous nous demandons également si « cet état de complet bien être » est jamais atteint par qui que ce soit. C'est pourquoi, nous suggérons, d'après notre étude, une nouvelle définition de la santé : « la capacité à agir en vue de l'accomplissement d'un projet de vie ». Cette définition est applicable à tous, et adaptée à chacun selon le projet de vie à accomplir. Ainsi, en tenant compte de cette définition de la santé, les politiques de Santé Publique seraient peut-être plus efficaces car plus adaptées à l'individu.

Toujours selon cette définition, nous pouvons envisager la prévention comme permettant « la capacité à agir sur le long terme ». Nous savons d'après notre travail que les femmes bénéficiaires de la CMU-C ne se projetaient pas dans le futur et avaient tendance à vivre au jour le jour. Chez elles, la santé semblait se résumer alors à « la capacité à agir sur le court terme ». Il faudrait donc élaborer en collaboration avec ces femmes bénéficiaires de la CMU-C et à partir de leurs préoccupations, un projet de vie sur le long terme afin de les sensibiliser aux démarches de prévention.

- Explications des principes du dépistage du CCU par FCU :
 - o Justification du délai de trois ans entre deux FCU, et ce après deux FCU normaux à un an d'intervalle, qui n'altère en rien l'efficacité de ce dépistage.
 - o Insister sur le bénéfice du FCU de dépistage : permet de détecter des lésions précancéreuses et évite ainsi le cancer et ses traitements lourds.

Cela permettrait également de lutter contre la vision fataliste du cancer en combattant le déficit cognitif secondaire à la résignation apprise.

- Explications de la logique de dépistage, insister sur le fait de ne pas attendre la survenue de symptômes pour se faire dépister.
- Lutte contre la peur du cancer :
 - Rassurer sur le caractère « guérissable » du CCU s'il est dépisté à temps, employer de manière explicite le terme « guérison » pour le CCU.
 - Concernant la peur qu'inspire le mot « cancer » en lui-même, on peut envisager d'associer la pratique du FCU de dépistage à la recherche de signes d'infection à HPV, sans avoir à mentionner le CCU.

On promouvoir alors le « dépistage d'une infection à HPV » au lieu du « dépistage du CCU ». Cela pose la question de la place du test HPV. La loi relative à la politique de Santé Publique s'est fixée comme objectif la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus par l'atteinte d'un taux de dépistage de 80% pour les femmes âgées de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV (41). Actuellement, la HAS recommande l'utilisation du test HPV exclusivement dans le cadre d'un frottis de dépistage de type ASC-US (anomalies malpighiennes de signification incertaine, voir annexe) (15).

- Education à la pratique du FCU de dépistage à instaurer dès l'adolescence, en milieu scolaire.
- Promotion du MG :
 - Rassurer sur les compétences du MG dans le domaine de la gynécologie
 - On peut également envisager des campagnes de communication qui promeuvent tout simplement la consultation régulière chez le MG.

Selon Bourdillon *et al.*, ce dernier aura alors la mission de personnaliser les messages de Santé Publique de dimension collective (nationale ou locorégionale) en des messages individualisés, audibles par chacune car émis dans le langage de chacune, connu du médecin traitant. De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués (94). C'est ce que nous avons appelé dans notre étude « l'incitation personnalisée » par le MG. Elle nous paraît indispensable auprès des femmes bénéficiaires de la CMU-C pour qui le MG constitue l'interlocuteur privilégié. Cette « incitation personnalisée » semble être la meilleure façon de faire de la prévention dans les milieux défavorisés (83). Elle se base donc sur une relation médecin-patient de qualité. En effet, une meilleure communication entre médecin et patient induit un meilleur état de santé des patients (95).

Nos propositions sont en conformité avec le projet réalisé par le Centre Régional d'Education pour la Santé (CRES) de Lorraine dont l'objectif était d'expérimenter, en un an, un programme de communication sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, en direction des femmes en situation de précarité, à travers une démarche d'éducation par les pairs. Ce programme a eu lieu dans deux départements de la région Lorraine : la Meurthe-et-Moselle et la Meuse. Deux groupes de femmes-relais ont été mobilisés : femmes bénévoles de

la Croix-Rouge de Bar-le-Duc (Meuse) et femmes du Centre de documentation et d'information des femmes et de la famille (CEDIFF) implanté sur le quartier du Haut-du-Lièvre de Nancy (Meurthe-et-Moselle). La construction des actions collectives avec ces deux groupes, ainsi que deux médecins (un gynécologue et un généraliste) s'est déroulée en trois étapes : la définition des priorités de communication – la construction de l'action collective de communication et son animation – la construction du protocole d'évaluation des actions.

Les objectifs et messages de communication définis étaient les suivants :

- Déplacer la représentation du dépistage vécue comme « une rupture » entre la « bonne santé » et la maladie, voire une provocation de la maladie : « Le dépistage, un acte de santé quand tout va bien ».
- Permettre à ces femmes de réinvestir leur condition féminine et les spécificités de santé qu'elle inclut : « Une consultation gynécologique annuelle, toutes les femmes sont concernées ».
- Redonner confiance en la médecine : « Les cancers du sein et du col de l'utérus, plus tôt ils sont dépistés, plus grandes sont les chances d'en guérir ».
- Valoriser le rôle de proximité du médecin, interlocuteur à privilégier : « Prendre soin de soi est important pour le bien-être, le médecin est à disposition pour en parler. »

Les résultats de cette expérimentation sont positifs : 89 % des participantes ont déclaré avoir l'intention de prendre un rendez-vous avec leur médecin généraliste pour aborder le sujet du dépistage et du suivi gynécologique et 24 % d'entre elles ont pris rendez-vous avec un des médecins co-animateurs de l'action, signifiant ainsi un passage à l'acte. Cependant, la participation effective n'a pas été mesurée (96).

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. 2009 déc p. 1- 100.
2. Garner E. Cervical Cancer: Disparities in screening , treatment and survival. *Cancer Epidemiol Prev Biomark.* 1 mars 2003;12(3):242s- 247s.
3. Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. *IARC Sci Publ.* 1997;(138):65- 176.
4. Menvielle G, Luce D, Geoffroy-Perez B, Chastang J-F, Leclerc A. Social inequalities and cancer mortality in France, 1975-1990. *Cancer Causes Control CCC.* juin 2005;16(5):501- 13.
5. Bryere J, Dejardin O, Bouvier V, Colonna M, Guizard A-V, Troussard X, et al. Socioeconomic environment and cancer incidence: a French population-based study in Normandy. *BMC Cancer.* 13 févr 2014;14:87.
6. Ibfelt EH, Kjær SK, Høgdall C, Steding-Jessen M, Kjær TK, Osler M, et al. Socioeconomic position and survival after cervical cancer: influence of cancer stage, comorbidity and smoking among Danish women diagnosed between 2005 and 2010. *Br J Cancer.* 29 oct 2013;109(9):2489- 95.
7. Ibfelt E, Kjær SK, Johansen C, Høgdall C, Steding-Jessen M, Frederiksen K, et al. Socioeconomic Position and Stage of Cervical Cancer in Danish Women Diagnosed 2005 to 2009. *Cancer Epidemiol Prev Biomark.* 1 mai 2012;21(5):835- 42.
8. Zhan FB, Lin Y. Racial/Ethnic, socioeconomic, and geographic disparities of cervical cancer advanced-stage diagnosis in Texas. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* oct 2014;24(5):519- 27.
9. IRDES. Données de cadrage : la couverture maladie universelle (CMU) [Internet]. 2013. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm>
10. Païta M, Ricordeau P, de Roquefeuil L, Studer A, Vallier N, Weill A. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. *Points Repère.* août 2007;(8).
11. Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus./Synthèse / Etude médico-économique /Phase 1. 2015 déc. (Appui à la décision).
12. Prouvost H, Poirier G, Sampil M, Brosh S. Première exploitation de l'enquête décennale de l'INSEE. Extraction réalisée pour le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais. *ORS Nord-Pas-De-Calais;* 2004 déc.
13. Baldauf J-J, Y.Akladios C, Fender M. Femmes en situation de précarité : comment améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus ? *Rev Prat.* :pp 792-797.
14. Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus /Analyse des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance Maladie / Etude médico-économique /Phase 1. 2015 déc. (Appui à la décision). Report No.: Annexe 4.

15. Institut National du Cancer. Etat des lieux sur le dépistage du cancer du col utérin en France. 2007 sept. (Rapport et synthèse).
16. Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus /Revue de la littérature /Étude médico-économique /Phase 1. 2015 déc. (Appui à la décision). Report No.: Annexe 1.
17. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
18. Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de soins. Ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes; 2015 mars.
19. ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde – Penser et agir autrement contre la misère (Agir tous pour la dignité) [Internet]. Disponible sur: <https://www.atd-quartmonde.fr/>
20. Institut National du Cancer. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus en France métropolitaine - données essentielles. [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/12-epidemiologie-cancer-col-uterus-france-metropolitaine-essentiel/32-epidemiologie-col-uterus-france-essentielle.html>
21. Belot A, Delafosse P, Remontet L, Binder-Foucard F. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (France): Institut de veille sanitaire; 2013 p. 56- 60.
22. Institut National du Cancer. Prévalence et survie nationales du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/11-prevalence-survie-france-cancer-col-uterus.html#ind7>
23. Albertyn G, Arbyn M, Bourgain C, Buntix F, Dhont M, Drijkoningen M, et al. Recommandations techniques pour des frottis de col satisfaisants. Rev Médecine Générale. oct 2002;(196):360- 3.
24. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Item 147: Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin: lésions bénignes du col utérin [Internet]. 2010. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item147_3/site/html/cours.pdf
25. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol. sept 1999;189(1):12- 9.
26. Institut national du cancer. Facteurs de risque et de prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/70-facteurs-risque-prevention-cancer-col-uterus.html>
27. Alain S, Hantz S, Denis F. Papillomavirus : les virus et la physiopathologie de l'infection. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 1 janv 2010;13(1):5- 19.

28. Organisation Mondiale de la Santé. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus. Aide-mémoire N°380 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/fr/>
29. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. 2013 juin. (Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS)).
30. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Facteurs de risque du cancer du col utérin : connaissances actuelles. 2004 mai. (Prévention du cancer cervical, Aide mémoire).
31. Bergeron C. HVP et cancer : classification des lésions. Rev Francoph Lab. oct 2008;2008(405):43- 50.
32. Tranbaloc P. Histoire naturelle des lésions précurseurs du cancer du col utérin. Gynécologie Obstétrique Fertil. juin 2008;36(6):650- 5.
33. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010 juill. (Synthèse des recommandations en Santé Publique).
34. Service des recommandations professionnelles, Service évaluation économique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes); 2002 sept. (Recommandations pour la pratique clinique).
35. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. 2010 juill. (Recommandations en santé publique).
36. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Which factors influence screening practices for female cancer in France? Rev Épidémiologie Santé Publique. oct 2008;56(5):303- 13.
37. Dalmon C, Rodrigues A, Alves A, Madelenat P, Mahieu-Caputo D, Uzan M, et al. Cancer du col et précarité, accès aux soins diagnostic et traitement. Bull Cancer (Paris). oct 2009;96(10):961- 9.
38. Lanta S, Gondry J, Boulanger J. Dépistage et cancer du col : l'état des lieux en France. Amiens: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; 2010 déc. (Extrait des mises à jour en gynécologie médicale). Report No.: 2010- 34è journée nationale.
39. Médecins du Monde. Enquête: contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France. 2013 mars.
40. Guthmann J, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Institut de veille sanitaire; 2016. (Analyse de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012).
41. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes); 2012. (Baromètres santé).
42. Santé Publique France. ISS: Définition et concepts du champ [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
43. Leclerc A, Fassin D, Granjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. La découverte/INSERM. 2000. 451 p. (Recherches).

44. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). 1999 : La Couverture maladie universelle (CMU) [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/1999-La-Couverture-maladie.html>
45. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
46. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des affaires sociales et de la Santé. Plan Cancer 2014-2019.
47. Journal Officiel du 12 février 2010. Arrêté du 3 février 2010 relatif à la proposition de réalisation d'un frottis cervico-utérin lors du premier examen prénatal. p. 2540.
48. 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 Épidémiologique Hebd. 20 mai 2014;(13-14- 15).
49. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. Int J Epidemiol. juin 2010;39(3):757- 65.
50. Institut National du Cancer. Mortalité observée par cancer du col de l'utérus chez la femme dans les régions et départements français durant la période 2004-2008 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/13-mortalite-cancer-col-uterus-france/28-mortalite-cancer-col-uterus-femme-regions-france-2004-2008-tsm.html>
51. Tilatte A. 327 000 personnes pauvres en Lorraine. INSEE Anal Lorraine. juin 2015;(24).
52. Direction Régionale du Service Médical du Nord-Est. 2017.
53. Agence Régionale de Santé Lorraine. Plan Régional de Santé 2012-2017.
54. INSEE. Agglomération (unité urbaine) : Nancy [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/duicq/uu.asp?reg=41&uu=54701>
55. Assurance Maladie. Annuaire santé d'amei.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.amei.fr/>
56. Ministère de la ville, de la Jeunesse et des Sports. Atlas des Zones urbaines sensibles (Zus) [Internet]. Disponible sur: <http://sig.ville.gouv.fr/atlas/ZUS/>
57. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 1 mai 2002;3(2):81- 90.
58. Le Cain A, Mourouga P. Accompagner vers le dépistage les femmes en situation précaire. Améliorer la prévention des cancers. Santé Homme. févr 2005;(375):34 à 36.
59. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;(84):142- 5.
60. Roos W. Pauvreté - précarité en Lorraine : entre urbain et rural, deux visages de la pauvreté. Econ Lorraine- INSEE. avr 2004;(5).

61. Richet D. Pauvreté - précarité en Meurthe-et-Moselle: plus de 42000 ménages vivent sous le seuil de bas revenus. Econ Lorraine- INSEE. juill 2012;(288).
62. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50(4):370- 96.
63. Scroggins TG, Bartley TK. Cancer Knowledge, Attitudes and Beliefs among African Americans. Ochsner J. avr 1999;1(2):52- 7.
64. Escoyez B, Mairiaux P. [Breast and cervical cancer screening: beliefs and behaviors among the female population of the city of Liege (Belgium)]. Rev Med Liege. mai 2003;58(5):319- 26.
65. Martin-Krumm C, Sarrazin P. Théorie des styles explicatifs et performance sportive : fondements théoriques, données empiriques et perspectives. Mov Sport Sci. no 52(2):9- 43.
66. Observatoire Régional de Santé de Bretagne. La santé des bénéficiaires de la C.M.U. observée dans les Centres d'Examens de Santé de Bretagne. 2006 nov.
67. 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. déc 2012;43(4):261- 8.
68. Weber A, Lemery B, Millot I. Prévention des cancers gynécologiques : Points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) - ORS Bourgogne; 2004 sept.
69. Squimbre C. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale: étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse médecine]. Université du Droit et de la Santé Lille 2; 2012.
70. Rocher J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. [Thèse médecine]. [Créteil]: Université Paris Val-de-Marne; 2014.
71. Niksic M, Rachet B, Warburton FG, Wardle J, Ramirez AJ, Forbes LJJ. Cancer symptom awareness and barriers to symptomatic presentation in England--are we clear on cancer? Br J Cancer. 28 juill 2015;113(3):533- 42.
72. Blanc D, Sartori V, Hedelin G, Schaffer P. Influence des connaissances relatives au cancer sur les comportements de prévention dans la population du Bas-Rhin. Bull Cancer (Paris). 1 juill 1998;85(6):569- 77.
73. Institut National du Cancer. Taux de couverture par frottis-cervico-utérin selon la classe d'âge en France, période 2006-2008 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/65-taux-participation-depistage-cancer-col-uterus/153-taux-de-couverture-frottis-cervico-uterin-femmes-age-france-2006-2008.html>
74. Santé Publique France.
75. CNGOF. Gynécologie et santé des femmes. L'organisation et les filières de soins. [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_04.htm

76. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2011;(98):122- 8.
77. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2013. Conseil National de l'Ordre National des Médecins; 2013. (Atlas Régionaux de la démographie médicale en France). Report No.: 3.
78. DIES, Fonds CMU. Analyse de pratiques de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Fonds CMU; 2006 mai.
79. Institut National du Cancer.
80. Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe-et-Moselle.
81. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien Soc Polit*. 2006;(55):115- 24.
82. Romain M. Situation de précarité et dépistages organisés des cancers. Etude descriptive en soins primaires et analyse des freins à la proposition et à la réalisation [Thèse médecine]. Université de Bordeaux, U.F.R. des Sciences Médicales; 2014.
83. Heremans P, Deccache A. A better integration of prevention in general medicine for precarious people. *Santé Publique*. 1999;(n°2):225- 41.
84. Lançon F, Sannino N, Viguier J. Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein. *BEH*. 26 sept 2012;(35-36- 37).
85. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère de la Santé et des Sports. Plan Cancer 2009-2013.
86. Institut National du Cancer. Dépistage et prévention de cancer du col de l'utérus - Le rôle du médecin généraliste - [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-et-prevention-de-cancer-du-col-de-l-uterus-Le-role-du-medecin-generaliste>
87. CCAM en ligne - [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abreegee.php?code=JKQX001>
88. Lamoureux P. Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé. *Trib Santé*. no 9(4):35- 42.
89. Azogui-Lévy S, Boy-Lefèvre M-L. La santé bucco-dentaire en France. *Actual Doss En Santé Publique*. juin 2005;(51):4- 8.
90. Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Soc Sci Med* 1982. nov 2008;67(9):1343- 55.
91. Viswanath K, Breen N, Meissner H, Moser RP, Hesse B, Steele WR, et al. Cancer knowledge and disparities in the information age. *J Health Commun*. 2006;11 Suppl 1:1- 17.

92. Durkin SJ, Biener L, Wakefield MA. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *Am J Public Health*. déc 2009;99(12):2217- 23.
93. Organisation Mondiale de la Santé. La définition de la santé de l’OMS. Préambule à la Constitution de l’Organisation Mondiale de la Santé; 1946.
94. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique*. 1 déc 2008;20(5):489- 500.
95. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature [Thèse médecine]. Université Joseph Fourier - Faculté de Médecine de Grenoble; 2011.
96. Cambon L, Mangin G, Barthélémy L. Expérimentation d’une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. *Santé Publique*. 22 janv 2008;19(6):513- 23.

ANNEXES

ANNEXE 1 : ATD Quart-Monde

Le Mouvement ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart-Monde a été fondé en 1957 par Joseph Wresinski. Il a pour objectif de lutter contre la misère et l'exclusion en permettant à chaque personne l'accès aux droits fondamentaux de tout citoyen et contrairement à l'assistance de favoriser des solutions pérennes de droit commun. L'approche de la lutte contre la pauvreté est fondée sur le respect de la dignité de tout être humain, elle place les personnes en situation de précarité au centre de cette lutte en s'appuyant sur leurs voix et leurs expériences (19).

Présent dans 25 pays, ATD Quart-Monde a contribué en France à l'élaboration de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 et à la mise en place de la CMU (19). Selon l'article 1 de cette loi, « la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. ». Cette loi garantit l'accès aux droits fondamentaux dans le domaine de la protection de la santé entre autres.

ANNEXE 2 : Résultat d'un FCU selon la classification de Bethesda

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT

- Satisfaisant pour évaluation
- Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

INTERPRÉTATION/ RÉSULTAT

Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (NIL/M).

S'il y a lieu, préciser :

présence de micro-organismes :

- Trichomonas vaginalis ;
- éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ;
- anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ;
- bactéries de type actinomyces ;
- modifications cellulaires évoquant un herpès simplex ;

autres modifications non néoplasiques :

- modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ;
- présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ;
- atrophie.

Anomalies des cellules malpighiennes :

- atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)
- lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koilocytes/dysplasie légère/CIN 1 ;
- lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ;
- carcinome malpighien.

Anomalies des cellules glandulaires :

- atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales, ou sans autre précision (NOS) ;
- atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;
- adénocarcinome endocervical in situ (AIS) ;
- adénocarcinome.

Autres (liste non limitative) :

cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.

Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions

ANNEXE 3 : Guide d'entretien des femmes bénéficiaires de la CMU-C

Présentation

Âge, nombre d'enfants, statut matrimonial.

1) État des lieux des connaissances sur le dépistage du CCU

a) Santé

- Que veut dire pour vous être en bonne santé ?
- Que pensez-vous d'aller consulter le médecin ou de faire un examen quand on n'a pas de symptômes ?

b) Cancer

- Avez-vous déjà entendu parler de « dépistage »? pour quelles maladies ? est-ce utile ?
- Quels cancers peut-on dépister ? et spécifiquement chez la femme ?

c) Cancer du col de l'utérus

- Dites- moi tout ce que vous savez à propos du CCU.
- Dites-moi tout ce que vous savez sur le dépistage du CCU.

d) Information

- Comment qualifiez-vous votre niveau d'information ?

2) Pratique personnelle du FCU de dépistage

- Suivi médical

-Avez-vous un médecin traitant désigné ?

-Est-ce que vous avez un suivi gynécologique régulier ?

-Ménopause ?

- Racontez-moi en détail comment s'est passé votre dernier examen gynécologique avec FCU.
- FCU et grossesses ? (si grossesses ultérieures à 2010)

3) Freins à la réalisation du FCU de dépistage

- **Selon vous, pour quelles raisons les femmes ne font pas de FCU de dépistage régulièrement? +++**
- quelles sont les difficultés pour vous d'aller consulter votre médecin généraliste ? gynécologue ?

4) Solutions à envisager

- **À votre avis, comment pourrait-on encourager les femmes à participer de manière régulière au FCU de dépistage ?+++**
- comment pourrait-on mieux les informer sur ce sujet ?
- que pensez-vous du fait d'aller faire le FCU chez le médecin généraliste ?
- dépistage organisé : et si vous receviez par courrier une invitation pour y participer ?

ANNEXE 4 : Guide d'entretien des MG

Présentation : Sexe, année d'installation, âge

État des lieux de la pratique du FCU

-En général, **concernant le dépistage du cancer du col, qu'est-ce que vous faites avec vos patientes?** +++

*réalisation du FCU au cabinet?

*Si aucune pratique, quelle orientation pour réaliser le FCU (laboratoire, gynécologue, confrère généraliste ?)

*précision dans le dossier médical date du dernier FCU ?

*et pendant la grossesse (en rapport avec arrêté du 03/02/2010)?

- **Est-ce que vous en parlez ? Les patientes abordent d'elles- mêmes le sujet ?**

- **Qu'est-ce que vous leur dites à ce sujet? Quelle information leur transmettez-vous ?**

Obstacles à la réalisation du FCU par le MG chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C

-D'après votre expérience, **pour quelles raisons les femmes bénéficiaires de la CMU-C ont moins recours au FCU de dépistage ?** +++

-Quelle est leur réaction quand vous abordez le sujet du FCU ?

- Que pensez-vous de leur niveau d'information le frottis et son intérêt ?

Solutions à envisager

-**Selon vous, comment inciter les femmes bénéficiaires de la CMU-C à participer au dépistage du CCU par FCU ?**+++

-**Comment mieux les informer ?**

-Plan cancer 2014-2019, que pensez-vous du dépistage organisé?

ANNEXE 5 : Les outils de communication mis en place par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie a mené une campagne de communication sur le cancer du col de l'utérus à partir de fin 2014. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a établi comme objectif de donner davantage d'impact à la campagne de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus en partenariat avec l'Institut National du Cancer (Inca).

Au niveau national :

- octobre 2014 : courriers de sensibilisation envoyés aux femmes âgées de 25 à 65 ans non dépistées (femmes affiliées à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) n'ayant pas fait de frottis depuis 2012)

- en 2015 : lancement de la deuxième campagne de courriers.

- mise en place sur le site ameli santé de l'Assurance Maladie d'un outil pédagogique qui transmet des informations et permet de jouer sous forme de quizz.

- -en 2016 : dans le cadre de la 10ème semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus, lancement d'une troisième campagne de courriers

En Meurthe-et-Moselle :

- en 2016 :

Dans les locaux de la CPAM de Nancy, mise en place d'un stand d'information le jeudi 18/02/2016 et le mardi 23/02/16.

Affichage dans les bus et les trams du Grand Nancy pendant une semaine en février 2016.

- en 2015 :

Communiqué de presse pour les médias

Animation sur le dépistage par FCU les 17/11/15, 24/11/15, 04/12/15 et 09/12/15 dans le hall d'accueil CPAM Nancy et de Longwy.

Enquête de la CPAM pour déterminer les cantons de Meurthe-et-Moselle ayant un faible taux de participation au FCU. Cette enquête a permis l'envoi de plaquettes d'informations, envoi de mails aux mairies, courriers aux médecins +centres de PMI +centres médico-sociaux, envoi de mail +sms aux assurées qui avaient au préalable donné leur accord à la CNAM.

Diffusion des affiches de l'Inca, déclinées en dépliants d'informations, auprès des partenaires institutionnels ou associatifs (collectivités locales, pmi, caf, ...), professionnels de santé (cabinets médicaux, infirmiers, pharmacies, laboratoires, établissements de soins, centres d'examen de santé), agences d'accueil des CPAM.

ANNEXE 6 : Les outils de communication mis en place par l'INCa

L'INCa mène depuis 2005 des actions d'information destinées à inciter les femmes concernées à pratiquer un dépistage du cancer du col de l'utérus. A partir de 2008, la complémentarité dépistage/ vaccination a été mise en œuvre puis a été à nouveau distinguée :

En 2016

- **Une campagne radio « APRÈS 45 ANS, LE FROTTIS C'EST SURTOUT PAS FINI », diffusée du 23 janvier au 9 février 2016,**

lancement à l'occasion de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus du 24 au 30 janvier 2016 - sur les antennes de Chérie FM, Europe 1, France Bleu, France Inter, les Indépendants, MFM, Nostalgie, RFM, RTL et RTL2.- cf spot radio en écoute sur notre site : <http://www.e-cancer.fr/content/view/full/157855> –

- complétée par des relations presse, <http://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Apres-45-ans-le-frottis-ce-n-est-surtout-pas-fini>
- des actions sur le site de l'INCa et les réseaux sociaux,
- un dispositif à destination des professionnels de santé e-mailing aux gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes et centres de santé, création d'une [fiche d'aide à la pratique](#) à destination des médecins généralistes; un courrier aux sociétés savantes et une présence sur les logiciels d'aide à la prescription des médecins généralistes les réorientant vers la [fiche d'aide à la pratique](#)
- des actions en partenariat avec des associations de lutte contre la précarité intervenant auprès des autres catégories de femmes ayant été identifiées comme sous-participantes (Médecins du Monde, Fnars, Secours Populaire...)
- des outils d'information mis à la disposition des acteurs locaux : dépliant sur le FCU de dépistage pour délivrer des informations sur ce qu'est cet examen, quand et pourquoi se faire dépister, les différents professionnels habilités à réaliser un frottis et ses conditions de prise en charge) ; affichette, carte postale, bannière internet, mais aussi des outils (dépliants et affichettes) traduits en anglais, arabe, chinois et turc pour toucher des personnes d'origine étrangère dans leur langue .
- afin de toucher de manière plus adaptée les femmes d'origine africaine, un [dépliant](#) et une [affichette](#) réalisés en partenariat avec Afrique Avenir, association qui développe en France des actions en faveur des populations d'origine africaine, et avec le concours de l'animatrice Lady Ngo Mang Epesse.

→Pour accéder à tous ces outils : http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rechercher-des-publications?theme=&year=&type_cancer=5&langue=&public=2&collection=

En 2015

- **Une campagne radio diffusée du 17 janvier au 3 février 2015**

à l'occasion de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus- sur une sélection de stations nationales (RTL, NRJ, Nostalgie, France Bleu, RFM, Chérie FM, les Indépendantes et Skyrock) et de stations communautaires (Africa n°1, Beur

FM, Radio Orient). Une campagne portée par deux ambassadrices : Sophie Davant (journaliste et animatrice) et Karine Ferri (animatrice) : <http://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/Nouvelle-campagne-pour-le-dépistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

- **Une campagne radio particulière pour les DOM**

avec des spots portés par des animatrices locales en partenariat avec les principales stations (Martinique 1ère, RCI Martinique, Guadeloupe 1ère, RCI Guadeloupe, Réunion 1ère, Freedom, ExoFM, Guyane 1ère, et Mayotte 1ère).

- le même dispositif qu'en 2016 auprès des professionnels de santé
- les mêmes outils d'information qu'en 2016

En 2014

- **reconduction de la campagne radio 2013 du 11 au 28 janvier 2014**
- actions auprès des professionnels de santé, mise à disposition des outils d'information, relations presse...

En 2013 : campagne menée en juin 2013

- **campagne radio diffusée du 15 juin au 1er juillet 2013** sur une sélection de radios nationales et de stations DOM.
- Plusieurs mailings d'information aux partenaires et relais locaux
- Actions sur notre site et réseaux sociaux,
- La mise à disposition d'outils d'information grand public (dépliants, affichettes) et professionnels de santé
- Des relations presse

En 2012

Pas de campagne grand média, hors mise à disposition des outils d'information aux acteurs de terrain

En 2011

- **une opération événementielle sur la ligne Cancer info relayée par un partenariat media, RTL.**

En partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF), l'Institut National du Cancer a organisé deux journées événementielles, les 16 et 17 juin, durant lesquelles des gynécologues ont répondu à des questions du grand public sur le cancer du col de l'utérus (prévention et dépistage) sur la ligne téléphonique Cancer info.

Ces journées ont été promues via un partenariat avec RTL. Dès le 15 juin, la station a annoncé les deux journées événementielles des 16 et 17 juin. Durant les deux jours, RTL s'est mobilisée en diffusant des messages de sensibilisation sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus et en incitant les auditrices à poser toutes leurs questions aux gynécologues exceptionnellement disponibles sur la ligne Cancer info de 9h à 19h. Les messages ont été diffusés tout au long des 3 jours, en direct, par la voix de la speakerine RTL.

- **Un dossier de presse sonore,** regroupant une série de programmes sonores (spots radio, interviews, témoignages...) consacrés à la prévention et au dépistage du cancer du col de l'utérus, à destination des radios

locales. L'objectif : la reprise d'un ou plusieurs contenu(s) du dossier de presse sonore par les animateurs radios sur les antennes locales. A la fin du mois de juillet, on pouvait comptabiliser 1 343 diffusions des interviews, témoignages ou questions-réponses sur plus de 100 fréquences radio différentes, 349 diffusions des bandes annonces des journées spéciales Cancer info, 635 diffusions des messages publicitaires, soit plus de 22h de temps d'antenne cumulé

- un accompagnement des actions de proximité via la mise à disposition d'outils d'information : affichettes, annonces presse, dépliants... anciennes maquettes, voici le lien wetransfer vous permettant de télécharger l'historique des créations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus : <https://we.tl/VoOETpQaot>

2010 : campagne menée en juin 2010 avec un double objectif :

- 1) Alerter les femmes qui n'ont pas fait de FCU depuis plus de 3 ans sur l'importance du FCU comme moyen d'agir contre le cancer du col de l'utérus
 - Une campagne radio nationale de sensibilisation pour toutes les femmes : un spot radio s'adressant aux femmes qui n'avaient pas fait de FCU depuis plus de trois ans **diffusé du 5 au 22 juin 2010**, sur une sélection de stations les plus écoutées par les femmes de 30 à 65 ans des catégories socioprofessionnelles moins favorisées : RTL, Europe 1, MFM, France Bleu, NRJ, Nostalgie, RFM, Chérie FM, Fun Radio, Les indépendant, diffusion DOM...
 - Une campagne radio spécifique à destination des femmes d'origine migrante sur Africa n°1, Beur FM et Radio Orient à la même période. Ces stations ont également organisé en partenariat avec l'INCa des émissions spéciales sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, permettant aux auditrices de poser leurs questions en direct aux intervenants.
 - Des outils d'information visant à accompagner les structures de gestion pilotes du dépistage organisé, mise à disposition d'outils d'information de proximité sur le dépistage du cancer du col de l'utérus : un dépliant d'information, une affichette d'information, une affichette multilingue, une exposition mobile
- 2) Contribuer à améliorer la couverture vaccinale par des actions d'information.

Avant 2010 (2009-2005) :

Actions d'information menées auprès :

- des professionnels de santé

Création avec l'Inpes d'un document synthétique de référence sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (« Repères pour votre pratique») afin de donner des ressources aux généralistes sur le frottis et la vaccination mis en ligne sur les sites de l'Inpes, de l'INCa et encarter dans les principaux titres de la presse professionnelle (Le Quotidien du médecin, Le généraliste, etc.) ; et

- des femmes
 - Outils d'information : dépliant, affichette pour clarifier le propos sur le dépistage du cancer du col de l'utérus : intérêt du dépistage, modalités pratiques, qui est concerné, à quel rythme, quelle articulation avec le vaccin, etc.
 - valorisation du module d'information (alors disponible sur le site de l'INCa) « cancer du col de l'utérus, méfiez-vous des idées qui circulent »

- Coproduction de chroniques d'information avec des radios « communautaires » (Beur FM, Africa n°1 ...) et des media des DOM.
- A noter que l'INCa a lancé du 27 novembre 2007 au 20 décembre une campagne radio destinée à informer les femmes migrantes africaines et maghrébines sur trois stations (Radio Orient, Beur FM et Africa N°1) qui diffusent chacune des émissions spéciales portant notamment sur les risques de cancer, le dépistage, les cancers du sein et du col utérin. Les auditrices pouvaient intervenir en direct.
- Des spots de sensibilisation ont été diffusés du 10 au 20 décembre 2007, avec des messages tels que « On doit toujours faire attention à la santé de ses seins ; Pour rester en bonne santé, il faut toujours se surveiller ; à partir de 25 ans, on doit penser à faire un frottis...».

ANNEXE 7 : Entretien avec le médecin généraliste F

Moi : Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, qu'est-ce que vous faites avec vos patientes ?

F : Moi, personnellement ou... ?

Moi : (hochement de tête)

F: Ben j'applique les recommandations que je connais, à savoir : à partir de 25 ans, les deux premiers frottis à un an d'intervalle, et ensuite tous les trois ans s'il n'y a pas de souci.

Moi : Humm

F: Là, je suis installée depuis peu de temps en fait, je n'ai pas eu l'occasion d'en faire beaucoup. Mais sinon les frottis peuvent être faits ici, ou sinon je les adresse, ça dépend, ça dépend du choix des dames en fait.

Moi : D'accord. Vous notez dans le dossier la date du dernier frottis ?

F: Quand je reçois le résultat, ouais.

Moi : Mais si vous ne recevez rien ?

F: Ben quand je ne reçois rien, bah en fait je ne me fie pas aux dires de la patiente donc, si elle me dit « ah bah oui je l'ai fait il y a six mois » c'est vrai que je ne le note pas

Moi : Et pendant la grossesse ? Ça se passe comment pour le dépistage de vos patientes enceintes ?

F : Bah ça ne change rien, on peut faire le frottis pendant la grossesse bien sûr.

Moi : Comment ça se passe pour parler du dépistage ? C'est vous qui abordez le sujet ? Ou les patientes ?

F : C'est moi.

Moi : Et qu'est-ce que vous leur dites ?

F : Je leur demande de quand date leur derniers frottis. Souvent elles ne savent pas ce que c'est. Je leur explique et voilà. Certaines « Oui, oui mon gynéco me l'a fait » pour celles qui ont un suivi gynécologique ailleurs, bah voilà du coup je mets de côté. C'est vrai qu'après je ne m'en occupe plus trop, surtout que je me base sur le fait que les gynécologues font beaucoup plus de frottis que ce qui est recommandé actuellement, donc voilà, je pars du principe qu'elles en ont un tous les six mois ou tous les ans si elles ont un suivi gynéco à côté, donc voilà. Celles qui ne sont pas suivies par un gynécologue par ailleurs, ben c'est fait ici. .

Moi : Quand vous dites « je leur explique », vous leur dites quoi ?

F: Je leur dis que c'est pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, que c'est un prélèvement qui se fait pour voir s'il ya des cellules anormales, et si le dépistage est fait, si jamais ya un début de cancer, ça se traite très bien. Parce que c'est un cancer qui évolue très lentement, donc voilà.

Moi : D'accord. Vous leur expliquez comme ça de manière systématique, à toutes les patientes ?

F: Aux patientes francophones déjà. Aux patientes non francophones c'est une autre affaire.

Moi : Humm

F : Après ça dépend toujours du motif de consultation. Si c'est une consultation pour un vaccin, ou pour ...enfin sans problème aigu, heu je vais plus facilement y revenir. Si c'est une consultation où j'ai trois ou quatre personnes en face de moi, où il faut voir les enfants, le mari, la dame, ça va passer à la trappe clairement. (silence). En général, quand je vois une patiente pour la première fois, sans même jeter un œil aux antécédents notés sur le dossier informatique, parce qu'en plus tout est loin d'être noté, je redemande les choses de bases : pas d'allergies médicamenteuses ou autres, tabac, médicaments pris tous les jours, antécédents médico-chirurgicaux, et à ce moment-là je vais demander de quand date le dernier frottis. Après c'est toujours pareil, ça dépend aussi de la consultation, parce que quand c'est des gens qui viennent sans rendez-vous, qu'il faut voir les deux gamins, que je suis en retard, et ben le frottis, clairement il passe à la trappe. Je ne vais pas reprendre un quart d'heure pour expliquer.

Moi : D'accord. D'après une étude menée par l'INCa notamment, les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent peu au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis. Selon votre expérience, pour quelles raisons?

F : Parce qu'elles consultent moins ! J'ai l'impression que quand les femmes consultent, elles ne viennent pas pour elles. On les voit mais elles viennent pour leurs enfants essentiellement. Il n'y a pas de consultation de prévention pour ces femmes-là. Elles ne prennent pas soin d'elles spécialement, et elles parent au plus pressé. On les voit le jour où elles ont une bronchite, où elles ont un problème aigu, mais pas pour un suivi gynéco sans problème.

Moi : D'accord. Vous voyez d'autres raisons ?

F: Le manque d'informations.... Donc pourquoi elles auraient moins de frottis ? Parce qu'elles consultent toujours dans l'urgence, parce qu'elles sont très rarement seules en consultation aussi : je ne vais pas m'amuser à faire un frottis quand il y a l'enfant de cinq ans qui joue à côté, ce n'est pas adapté ! Heu... le manque d'informations...c'est ce qu'il me vient comme ça...Je n'y ai pas réfléchi de façon approfondie (rires).

Moi : D'accord. Quelles sont leur réaction quand vous abordez le sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

F : Il y en a qui sont très étonnées....on parle bien des femmes bénéficiaires de la CMU-C ?

Moi : Oui toujours.

F : Oui beaucoup sont très étonnées. Parce que le sujet, ça arrive un peu comme un cheveu sur la soupe, elles ne viennent pas pour ça quoi...en fait quand j'y pense. ...Et elles ne sont pas toujours réceptives à ce que je leur dis...Après il y a clairement le problème de la barrière linguistique qui fait que c'est difficile déjà rien que pour expliquer ce que c'est le frottis.

...Parce que souvent elles me disent « je reviendrai », je leur donne un rendez-vous et elles ne viennent pas quoi. Donc c'est qu'elles ne sont pas très réceptives ! (rires)

Moi : D'accord. Vous voyez d'autres raisons qui expliqueraient leur moindre dépistage ?

F : (silence) Non, après c'est vraiment je pense qu'elles ont d'autres préoccupations, de la même façon que les gens qui sont précaires vont moins chez le dentiste, et ont un état bucco-dentaire qui est moins bon. Je pense que leurs préoccupations c'est nourrir leurs enfants...enfin les difficultés du quotidien je pense priment sur tout le reste. Il n'y a pas que le frottis qui est moins réalisé chez les femmes précaires, il y a tout le reste en fait je pense.

Moi : D'accord. Selon vous et votre expérience, comment on pourrait inciter les femmes bénéficiaires de la CMU-C à participer au dépistage du cancer du col de l'utérus ?

F: En les invitant, comme ça peut être fait en médecine préventive par exemple. Parce que j'ai l'impression que quand c'est une démarche un peu personnelle...en fait en les invitant à consulter pour ça, par exemple en leur envoyant un courrier. Parce que quand les patients reçoivent un courrier, par exemple pour le dépistage du cancer colorectal, bon c'est des femmes qui sont plus âgées hein, mais hommes ou femmes, ils viennent avec le papier, ils n'ont souvent rien compris, mais ils viennent avec le papier pour nous demander ce que c'est, et là on leur explique, on leur remet le test, et ils adhèrent en fait. Ils viennent pour ça. Du coup, ça laisse du temps, c'est pas nous qui parlons de ça comme ça, ça vient d'ailleurs et eux sont prêts à entendre ce qu'on leur dit parce qu'ils viennent pour ça.

Moi : Justement, le plan cancer 2014-2019 met en place à l'échelle nationale le dépistage organisé pour le cancer du col de l'utérus.

F : C'est une bonne chose.

Moi : D'accord. Comment on pourrait mieux informer ces femmes ?

F: En prenant le temps de le faire. Je pense que c'est ça la clé, en prenant le temps de le faire, en leur demandant de venir avec un traducteur, en ayant des plaquettes dans différentes langues. Alors après je ne sais même pas s'il y a des campagnes radiophoniques ou télévisuelles là-dessus...je n'ai pas la télé (rires), je ne sais pas s'il y a des pubs pour ça. À la radio, je n'en ai pas spécialement entendu....il y a peut-être des campagnes télévisuelles....

Moi : Humm

F: Faut avoir le temps de la réflexion quand on se fait proposer quelque chose comme ça. Et par exemple si j'ai une patiente d'origine roumaine et que je peux lui remettre une plaquette simple écrit en roumain, elle peut le lire, et on en reparle la prochaine fois, voir si elle est d'accord, ce qu'elle en pense... (Silence) Après faut que le médecin donne en main propre j'ai envie de dire la plaquette à la patiente, parce que la plaquette qui reste dans la salle d'attente, où la patiente doit se servir elle-même, je ne pense pas que c'est un réel impact....enfin c'est ce que je pense.

Moi : Vous voyez d'autres solutions pour mieux inciter ces femmes à faire régulièrement des frottis de dépistage ?

F: À part l'information, je ne vois pas comment...Il est hors de question de rendre ça obligatoire, il y a ce qu'on appelle un « consentement éclairé », concept auquel je tiens beaucoup, donc voilà. Pour moi, tout vient de l'information.

Moi : Que pensez-vous de faire le frottis chez le médecin généraliste ?

F: Oui ça pourrait être une solution! Je pense que ça a un côté pratique, un côté rassurant, c'est un praticien qu'elles connaissent (silence). Bien connaître les locaux tout simplement, parce que s'il faut aller chez un gynécologue, elles ne savent pas où ça se trouve à Nancy, ou à la maternité, c'est compliqué, les délais sont longs pour obtenir un rendez-vous. ...C'est plus simple chez le généraliste !

Moi : Autre chose à rajouter sur les obstacles ? Ou les solutions à envisager ?

F : Il y a un obstacle aussi : faire garder les enfants. Les enfants : chronophages, énergivores, qui empêchent de faire plein de choses (rires).

Moi : Autre chose ?

F : (silence) Non, je ne pense pas.

Moi : Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé !

F: Je vous en prie.

ANNEXE 8 : Entretien avec la femme bénéficiaire de la CMU-C n°12 : E12

Moi : Qu'est ce que cela veut dire pour vous être en bonne santé ? Qu'est-ce que cela représente ?

E12 : C'est avoir mal nulle part et être en forme.

Moi : Vous y pensez souvent à rester en bonne santé ?

E12 : Pour rester debout, oui. En bonne santé...tant que je peux encore marcher et que je ne suis pas ...je ne suis pas handicapée ...autrement je n'y pense pas plus que ça à la santé.

Moi : C'est tenir debout et réussir à vivre, c'est bien cela ?

E12 : Exactement !

Moi : D'accord. Est-ce que vous pensez qu'on peut être malade alors qu'on se sent en bonne santé ?

E12 : Bien sûr ! On peut tenir debout en étant malade, j'ai tenu debout pendant je ne sais combien de temps et suite à une visite à une médecine préventive toute bête, j'ai appris que j'avais un fibrome de 11 cm de diamètre. Pour moi, j'étais bien.

Moi : Humm

E12 : Je suis beaucoup mieux depuis que je l'ai fait enlever (rires).

Moi : Oui j'imagine (rires). Que représente pour vous aller consulter un médecin quand on n'a pas de symptôme ?

E12 : Pour moi c'est inutile, c'est une perte de temps... c'est une perte de temps.

Moi : Pour vous qu'est-ce que c'est le dépistage ?

E12 : Rien du tout !

Moi : Rien ?

E12 : Le dépistage je sais ce que c'est quand même, le dépistage c'est comme le cancer du sein ou le cancer du côlon. Le dépistage c'est voir si tu l'as ou tu ne l'as pas.

Moi : Humm.

E12 : Mais à côté de ça, pour moi je m'en fous quoi.

Moi : C'est quelque chose d'utile ?

E12 : Peut-être pour les autres...

Moi : Et pour vous ?

E12 : Pour moi, pour l'instant non.

Moi : Hmm. Est-ce que vous pensez que ça permet de rester en bonne santé de faire des dépistages ?

E12 : Ben si t'as quelque chose tu risques d'être beaucoup moins en bonne santé quand même...S'ils dépistent un cancer...mais le fait que le dépistage maintient en bonne santé non.

Moi : D'accord. Quels sont les cancers que l'on peut dépister chez la femme ?

E12: Celui du sein, celui de l'utérus, et celui colorectal maintenant.

Moi : À propos du cancer du col de l'utérus, dites moi ce que vous savez ?

E12 :....Rien....moi, la santé ce n'est pas une priorité pour moi et c'est vraiment un domaine où je m'en éloigne le plus possible.Je ne m'y intéresse pas du tout...

Moi : ...et l'utérus, le col de l'utérus ?

E12 : Rien...

Moi : Et comment on fait le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

E12: Je ne sais pas ...À mon avis, ils font des prélèvements sur le col de l'utérus...Comme pour la mammographie, ils peuvent faire une échographie aussi...ça m'étonnerait qu'ils fassent une radio...Je pense que le mieux c'est des prélèvements...le frottis.

Moi : D'accord. Donc dites-moi tout ce que vous savez sur le frottis.

E12 : Ben le médecin prend un long coton-tige et il fait un prélèvement.

Moi : Donc c'est quel médecin ? Un gynécologue, un généraliste ?

E12 : Plutôt un gynécologue.

Moi : C'est forcément un médecin ?

E12 : Bah oui quand même.

Moi : Quels femmes sont concernées par le frottis ? À quel âge ?

E12 : Toutes les femmes.

Moi : À partir de quel âge ? Et jusqu'à quel âge ?

E12 : À partir du moment où elles ont leurs règles... Bon elles sont encore petites mais je ne sais pas, de 16 ans jusqu'à ... tant qu'elles peuvent avoir quand même leur activité sexuelle quoi.

Moi : Et si la femme n'a plus de rapports sexuels ?

E12 : Ça ne sert à rien... C'est pour ça que je n'y vais pas.

Moi : Continuez...

E12 : Bah déjà je n'ai pas de rapports parce que je suis toute seule. Mais même avant hein parce que mes enfants je ne les ai pas eu comme ça, je n'y allais pas. Alors que mes filles elles...

Moi : Si la femme est ménopausée, est-ce que c'est encore utile de faire des frottis ?

E12 : Ce n'est pas parce que tu es ménopausée que tu n'as pas de sécrétions, tu n'as pas de tout ça...Tu sais j'ai fait des frottis qu'au moment où quand j'étais enceinte et la visite obligatoire après.

Moi : Donc les frottis vous les avez fait pendant les grossesses, en dehors vous n'y allez pas, c'est bien ça ?

E12 : Oui c'est ça...Je suis une anti médecin moi.

Moi : Pourquoi ?

E12 : Pourquoi ? Parce que déjà je n'accepte pas quand je suis malade. Pour moi être malade c'est être diminué et ça je ne l'accepte pas. Et c'est pour ça tant que je suis debout et que je peux jongler avec mes douleurs, avec mes maux, avec ... je fais.

Moi : D'accord. Si on revenait au frottis, à quelle fréquence une femme doit-elle faire un frottis ?

E12 : C'est une fois par an non ?

Moi : Humm. Donc Racontez-moi avec le maximum de détail votre dernier frottis : la date, le lieu, la personne qui vous l'a fait, qui a fait la demande d'examen etc.

E12 : C'était...il y a 10 ou 20 ans... Il y a 20 ans, l'âge du dernier...C'était pour.... le ...comment... quand tu retournes à la maternité pour la... la visite...

Moi : Post-natale ?

E12 : Exactement...Donc c'était avec la sage femme.

Moi : Une femme donc ?

E12 : Oui, bah moi peu importe...Des fois les hommes sont plus doux que les femmes....Pour Naim, pour le premier, ma mère a toujours eu un gynéco homme donc moi j'y suis allée, jeune, chez lui. C'est lui qui m'a accouché de mon premier.

Moi : D'accord. Et donc comment ça c'était passé ? C'est vous qui aviez demandé à bénéficier du frottis ? Ou la sage-femme vous l'a proposé ?

E12 : Non, c'est la sage-femme.

Moi : D'accord. Concernant l'examen gynécologique, le geste du frottis, comment vous le ressentez ?

E12 : C'est comme un tout autre examen.

Moi : C'est-à-dire ?

E12 : Ben normal quoi... De toute façon c'est un examen, si tu es là c'est sur ton bon vouloir. Donc déjà quand tu prends rendez-vous tu sais le pourquoi du comment que tu es là. Donc le

frottis, quand il faut faire un frottis il vaut mieux le faire. Je ne pense pas que le médecin va te faire ou te prescrire quelque chose sans savoir le pourquoi du comment.

Moi : Ok. Vous avez un suivi gynécologique régulier depuis votre dernier frottis?

E12 : Non...pas depuis 20 ans.

Moi : D'accord. Comment vous avez eu ces informations sur le frottis de dépistage : sur la fréquence, l'âge où il faut commencer, chez qui on peut le faire....

E12 : J'en avais fait donc à ce moment là... Mon premier a 36 ans. On ne me disait pas comment ça se passait. On me disait « déshabillez-vous, mettez-vous sur la table » et il faisait ce qu'il avait à faire. On ne m'a jamais expliqué l'intérêt de le faire... Après je ne cherche pas non plus à avoir des infos.... On ne peut pas me donner un truc que je refuse. Tu vois par exemple si dans la rue quelqu'un me donne un prospectus : poubelle !

Moi : Et avec votre médecin généraliste ?

E12 : Non ! Mais le mien n'ose même plus alors...Le mien s'est résigné maintenant...je n'écoutais plus...C'est mon médecin traitant, je me réfère beaucoup à lui, ça fait trente ans qu'on se connaît. Pour mon fibrome, il m'a dit « c'est bien fait pour votre gueule », depuis le temps qu'il m'en parlait... En fait, quand j'ai su vraiment ce que j'avais, j'ai mis un an avant d'aller voir un chirurgien...quand même...

Moi : OK. Pour quelles raisons vous ne faites pas de frottis de dépistage régulièrement ?

E12 : C'est moi. C'est moi et puis la peur d'apprendre que j'ai quelque chose. C'est pour ça, tout ça se résume par la peur, pas la peine d'y aller j'ai déjà des emmerde pas la peine de m'en rajouter une. Vous voyez quand ils m'ont dépisté le fibrome j'ai quand même mis un an avant d'aller chez le médecin et quand le médecin a vu les photos il a dit « oh là là ! il y a une suspicion de cancer ! ». Je ne sais même pas ce qu'il m'a dit après. J'étais en train de m'imaginer qu'il fallait que je mette mes affaires en ordre pour les gamins. Il m'a dit « suspicion ». Heureusement que j'ai une amie qui a tout dirigé après. Mais je peux vous assurer que dans ma tête je n'écoutais plus ce qu'il me disait. J'étais en train de régler mes affaires dans ma tête. Et le pire que je voyais c'était la souffrance du gosse. C'est tout...

Moi : La peur...

E12 : Oui exactement, c'est la peur de la mort.

Moi : Autre chose ?

E12 : ...Bah non puisqu'avec la CMU le dépistage est gratuit. J'ai déjà été dans des réunions de prévention au CHU de Brabois, ils nous ont montré les radios, les mammo comment elles se faisaient et tout. Non c'est moi. La seule barrière c'est moi....Et puis la santé qui n'est pas du tout ma priorité.

Moi : Qu'est ce que vous pensez de faire le frottis chez le généraliste ?

E12 : Pas chez lui. Vous voyez je ne passerai pas ce truc-là. Et pourtant ça fait trente ans ! Dès que ça arrive à la taille, à part les jambes vous savez quand j'ai mal aux jambes ou.., mais le reste jamais.

Moi : Et pourquoi ?

E12 : Vous voyez ça me dérangerait, ça me gênerait de... Ah non je ne pourrais pas ! Ah ça serait impossible ! Vraiment impossible ! Même au bout de trente ans et pourtant... je ne pourrais pas. Vous savez quand j'étais enceinte et qu'il regarde plus ou moins quand les fois où il écoute le cœur ou quoi,... Il me demandait. Je lui disais non. Vous savez, il me baissait un peu la culotte, « Non ! ». Il me dit « Non ? Ok. » Et il ne le faisait pas de lui-même.

Moi : Vous qualifiez comment votre relation avec votre médecin traitant ?

E12 : C'est mon petit. Il me connaît tellement bien qu'il y a des choses que je lui dis que personne ne sait. Parce qu'il me dit « Ça ne va pas ? - Mais si. - Vous vous foutez de ma gueule ! » Et je pleure. Il me regarde et quand j'ai fini, il me dit « On y va ! ». Pourtant j'ai eu des choses, j'ai été à la mat' alors que c'était bénin.

Moi : C'est votre médecin traitant désigné ?

E12 : Oui.

Moi : Est-ce que vous avez des difficultés particulières pour aller consulter votre médecin généraliste ?

E12 : Non

Moi : Et pour aller consulter un gynécologue par exemple ?

E12 : Juste avant mon opération, je devais justement aller voir un gynécologue. Pour voir exactement où ça en était quand ils m'ont fait la radio. Donc j'ai été voir un gynéco et il m'a ausculté comme tout gynéco. Non ça ne me dérange vraiment pas. Ce n'est pas les consultations les choses comme ça qui.... Mon fibrome je me le suis fait enlevé il y a un an et demi et c'était la première fois que je rentrais dans un hôpital en cinquante sept ans. Bah à part les accouchements mais pour moi ce n'est pas ça. C'était la première fois de ma vie que je me faisais opérer. J'ai toujours eu une santé...

Moi : Pourquoi alors ?

E12 : J'ai peur... Je vais vous dire, vous allez passer votre mammographie ou peu importe, tu attends au moins huit jours déjà pour l'examen, huit jours où tu es en train de te dire j'ai ça ou je n'ai pas ça. Au bout de huit jours on vous dit : « On a peut-être une suspicion. ». Ça veut dire qu'il faut attendre encore au moins quinze jours. Et au bout de trois semaines, on vous dit : « En fait tu n'as rien ! ». Ça fait trois semaines que je me demande si j'ai quelque chose et toi tu arrives au bout de trois semaines pour me dire que je n'ai rien. Tu vois si, par exemple, si la radio, je l'ai faite, on me donne les résultats tout de suite, j'y vais. Attendre trois semaines ce n'est pas possible, plus pour mon moral ce n'est pas possible.

Moi : D'accord donc le délai des résultats ?

E12 : C'est le délai des résultats qui aussi qui me... tu n'as pas le temps de t'angoisser ou de je ne sais pas quoi ou de psychoter en te disant si c'est si long, peut-être que... Mais comme lui quand il m'a dit qu'il y a une suspicion de cancer, c'était le lundi je m'en rappellerai toujours, mon amie a dit « non non », il lui dit mercredi ou le 31 Aout, je l'ai entendu lui dire

mercredi. Quand on est sorti, je lui ai dit « -Qu'est-ce qu'il y a mercredi ? -Tu rentres à l'hosto -Ah bon ? ». Et je vous assure ils me donnent les cachets pour « zener », je ne sais jamais quand est-ce que je suis partie, quel chemin j'ai pris. Je me suis réveillée, j'étais dans ma chambre et opérée. Je n'ai rien vu.

Moi : Qu'est-ce que vous avez ressenti ?

E12: ...La peur ...À mon avis ça devait être là-dedans parce que je ne les ai jamais vu venir me chercher, m'ouvrir, enfin, je ne sais pas comment était la lampe de la salle d'opérations. Et quand je suis revenue, la première chose que j'ai vue : j'étais dans le lit, puis avec la morphine tu es plus ou moins dans le coltard quand même, première chose quand je l'ai vu je lui ai dit : « Alors ? » Il m'a dit : « Il n'y a rien. Au revoir ». Comment s'est passée l'opération ? Qu'est-ce que je risquais ? Je m'en fous. Et il y avait cancer ou il n'y avait pas cancer ? Il m'a dit qu'il n'y avait pas.

Moi : D'accord, revenons au cancer du col de l'utérus. Comment considérez-vous votre niveau d'informations sur le cancer du col de l'utérus et de son dépistage ?

E12: Si tu n'es pas bien informée, tu ne le seras jamais assez. C'est comme le SIDA, à force d'en faire des pubs bientôt tu vas l'attraper...

Moi : Et vous personnellement, vous vous considérez bien informée ?

E12: Oui, c'est moi qui ne suit pas l'information c'est tout... L'information est bien faite quand même, il y a octobre rose. Là, ils te matraquent avec le cancer, le dépistage... Le col de l'utérus un peu moins...

Moi : Voilà, pour le col de l'utérus justement ?

E12: Ah bah il n'y a pas trop... Il n'y a pratiquement pas d'infos là-dessus... Si vous comparez par rapport au cancer du sein, tu n'es pas informé du tout du col de l'utérus.

Moi : D'accord... Et bien comment on pourrait améliorer ça ?

E12: Bah en nous mettant le même matraquage que pour le cancer du sein. Regardez, quand il y a eu le vaccin papillon-là (rire), on a été plus ou moins au courant... En fait, tu en voyais partout. Moi mes filles elles l'ont fait. Vous savez, je ne fais pas attention à moi alors que ma mère, c'était une obsédée des médecins. Peut-être c'est elle qui m'a déglinguée... ça doit être ça. Et pourtant on était renseigné plus ou moins mais les médecins en parlaient. Il y avait des affiches un peu partout quand même. Que le col de l'utérus...rien !

Moi : Et le frottis ?

E12: Ah bah le frottis encore moins hein. Alors si vous trouvez une pub sur le frottis autre que destinée au médecin vous me l'amenez. Il faut que je la vois celle là ! Parce qu'il n'y en a aucune !

Moi : Qu'est-ce qu'on pourrait faire alors ?

E12: Faire des affiches pour le frottis... Parce qu'il y a plein de jeunes de votre âge qui ne le savent pas... Moi mes filles le savent parce que je les ai matraquées avec. Ce que je ne fais pas pour moi je le matraque chez elles.

Moi : Hmm.

E12: Mais elles le savent parce qu'elles ont toujours eu l'éducation que je leur ai donnée... Mais il y a plein de jeunes qui ne savent pas tout ça.

Moi : Quoi d'autres pour améliorer le niveau d'information?

E12: Le même truc publicitaire que le cancer du sein. Et surtout expliquer le pourquoi. Parce que vous savez les pubs il y a des gamines qui les regardent, et les gamines la télé c'est... Des trucs où les gamines et puis les petites adultes j'appelle ça, sont intéressées. J'habite sur un quartier où des gamines ont déjà eu des gamins, je crois que pour elles la santé ce n'est pas...

Moi :... D'accord... Ça serait quoi la place du médecin généraliste pour l'information ?

E12: Bah il peut toujours expliquer le cancer, le frottis, etc. C'est sûr que lui peut toujours expliquer mais il faut que celui d'en face veuille bien écouter... Vous voyez une personne en face tu es obligé d'être attentif, alors qu'une affiche, tu la lis ou tu ne la lis pas... Mais tu as toujours cette petite curiosité envers une affiche, parce que c'est coloré, parce que tu vois que rien que comme ça tu y vas, tandis que lui il va te parler... et tu n'écouteras pas forcément... Puis il le sait. En même temps le généraliste quand il te connaît bien il le sait tout de suite si ça t'intéresse ou si ça ne t'intéresse pas.

Moi : Donc selon vous, qu'est-ce qui serait plus efficace du coup ?

E12: Les affiches.

Moi : Les affiches... d'accord.

E12:... Mais un peu plus explicatives et puis moins barbares. Moi ce que je reproche au cancer du sein et tout, c'est qu'ils ne t'expliquent rien mais il n'y a pas ... Maintenant c'est ancré dans toutes les têtes, parce qu'il y a la télévision, que si tu t'es fait dépistée c'est pour le cancer et ce mot là il fait peur. « Cancer ». Pour moi et pour beaucoup de monde comme moi, le cancer c'est la mort. C'est « tu vas mourir de toute façon ». Jamais on n'entend que le cancer tu peux en guérir. C'est ça aussi : le mot il fait peur... Moi, j'ai peur d'entendre que j'en ai un alors...

Moi : D'accord. Comment on pourrait donner une information sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage par frottis sans faire peur, pour inciter les femmes à faire le frottis de dépistage ?

E12: Non mais expliquer déjà ce qu'est un frottis et le pourquoi. Les conséquences les mettre aussi... Pas en tout petit, faut pas exagérer, mais en donner plusieurs, pas que cancer. Je ne sais pas : infection urinaire, ou je ne sais pas quoi. Tu en donnes. Et bon tu mets le mot cancer... mais pas tout seul.. Ouais il servira de beurre entre les tartines, tu en mets un peu au-dessus et tu en mets un peu en-dessous...

Moi : D'accord... Sinon, qu'est-ce que vous pensez d'un dépistage organisé ? C'est-à-dire que vous recevez par courrier une invitation à participer au dépistage du cancer du col en faisant un frottis.

E12: Oui mais avec des amies, pas avec des gens que je ne connais pas. Bon c'est sûr qu'elles ne rentreront pas avec moi dans le service de radiologie mais ça ne sera pas pareil.

Moi : ... Vous avez reçu une invitation pour la mammographie ?

E12: Bah si. Mais pas une invitation avec plusieurs copains. Il y en a deux qui m'ont lancé le pari, elles n'ont jamais tenu alors ça m'arrangeait bien... Je ne les ai pas relancé donc. En disant : « Ouais Micheline regarde vas-y on y va ensemble ». Je leur ai dit : « OK. Si on y va ensemble j'y vais. ». L'autre m'a dit la même chose : « si on y va ensemble, je vous suis ». C'est une parole qu'on se donne tu vois. Elles n'ont jamais tenu le truc, j'ai laissé tomber.

Moi : Ok, je vous parlais d'une invitation par courrier pour le frottis comme pour faire la mammographie.

E12: Ah ! En fait on ne parlait pas de la même chose... Faire plutôt un dépistage de groupe, avec des gens qu'on connaît hein. Regardez la médecine préventive j'y suis allée et mon fils aîné qui était encore à la maison à ce moment-là m'a dit « on y va tout les deux ». Ok. Bon bah je réponds « OK ». Et on y a été tout les deux quoi... Après ils te le demandent si tu veux ou si tu ne veux pas faire le frottis. Non, bah alors ça remonte à deux ans mon dernier frottis. Il y a deux ans parce que j'ai été il y a deux ans. Alors vous voyez je vous ai menti. Et en fait ils te demandent si tu acceptes ou pas et j'ai dit « oh tant que je suis là... ». C'est normal c'est un lieu médical. Et tu vas vraiment pour faire un état général vous voyez. Donc quand un gynécologue vous demande « - Vous voulez ? - Allez-y... »

Moi : Humm

E12 : Après je ne crois pas que les femmes savent qu'on puisse le faire là-bas... mais tu le fais parce que tu es dans le processus de la journée, enfin maintenant la matinée, que tu passes chez eux. Tu passes les yeux, les oreilles, les machins... Ils te font le check-up quoi. Autrement tu ne peux pas le faire hein.

Moi : Et vous pensez que ça serait une piste ?

E12: De faire un frottis à la médecine préventive ? Vous savez la médecine préventive, je ne sais pas s'il y a beaucoup de monde qui y va... Mais faut bien dire aussi que quand tu es en précarité tout ça te passe au-dessus.

Moi : ...

E12: Tout ça te passe au-dessus parce que tu as autre chose à penser.

Moi : Comment on pourrait justement faire concerner ces femmes qui sont dans la précarité comme vous dites? Pour qu'elles fassent plus souvent des frottis?

E12: Je ne sais même pas pour moi-même comment vous voulez que je vous dise pour les autres ?

Moi : Humm

E12 : Étant donné que dans ma tête j'ai refusé tout ce système là, ce n'est pas avec moi que vous trouverez des solutions. Parce que regardez une femme qui est toute seule, qui a un boulot avec des heures merdiques elle le fait quand ? Regardez moi je commençais à 11h du

matin je quittais à 13H30, je reprenais à 16H. Oui bon il y a le laps de temps là, mais le laps de temps-là je m'ennuyais pas, j'avais toujours plein de choses à faire et le soir je quittais à 20h, je ne rentrais pas à la maison avant 21H. C'est ça : tu rentres chez toi tu as ton ménage, tu as ta bouffe, tu as les gosses, tu as... puis tu as qu'une chose à penser c'est « va dormir ! ».

Moi : D'accord.

E12: Et puis il y a le « Qu'est-ce qu'il va me dire encore celui là ? »

Moi : D'accord. Donc on parlait de la médecine préventive où vous avez bénéficié d'un frottis...

E12: Bah ouais parce que justement mon gamin était avec moi. On était deux. Les attentes en plus c'est de mieux en mieux tu restes quatre heures au lieu de huit. Ça va vite quoi, et puis au moins tu es débarrassé. Et la médecine préventive, je vais vous le dire franchement, c'était un pari que j'avais pris avec une amie, rien que pour l'emmerder j'y suis allée. Mais je suis tombée dans le piège, tu parles... Après je me suis retrouvée huit jours dans la clinique (rires). Mais c'est mieux. Parce que je vais vous dire, moi je croyais vraiment que c'était la ménopause, mon ventre était en partie dur. « C'est rien : c'est la ménopause, j'ai grossi, je deviens vieille... » Je composais avec. Rien que me baisser ça pinçait mais je me baissais autrement, j'aurai jamais cru que j'avais ça quoi. Mais quand elle me l'a enlevé ça allait mieux. Mais moi j'attends toujours l'extrême. Même au médecin généraliste. Un jour il m'a dit « Vous aurez plus mal je vous aurais tué ». Une fois je suis arrivé avec une bronchite, colique néphrétique, et lumbago, il est devenu complètement... Ah ! Moi j'attends l'extrême hein, l'urgence !

Moi : ...

E12: Et pourtant j'ai la CMU !

Moi : Vous n'avez pas de difficultés pour aller chez le médecin ?

M : Non ! Quelqu'un qui est en CMU, quel problème il a ? À part en dentaire... Je vais vous dire que ça soit ton généraliste, surtout que moi dans le quartier, on est hyper bien : je suis au ***, donc tu as la maison médicale, tu as les machins, tu as les cliniques, tu as vraiment tout un ensemble médical qui est habitué à te voir arriver avec ta carte CMU.

Moi ...

E12: Non moi je dis que quelqu'un qui est en CMU... Moi je dis qu'il n'a pas de problèmes pour se faire soigner c'est... Tu y vas, tu demandes ta carte... Mais il va te sortir de grosses conneries ! Moi le premier qui me sort ça, je lui dis : « C'est grâce à moi que tu t'achètes ta baguette de pain ».

Moi : Comment ça ?

E12 : Bah du genre... Tu sais tu es là, dans la salle d'attente, c'est bien maintenant tu as tout dans la carte vitale, avant tu avais une carte à part, alors que là tu ne l'as plus. « -VOUS ETES CMU ? - Gueule plus fort connard ! Ils n'ont pas bien entendu au fond ! » Enfin tu ne lui dis pas mais dans ta tête : « Gueule plus fort, ils n'ont pas entendu au fond »

Moi : Autre chose à rajouter ?

E12: ...C'est surtout le manque de priorités. Ce n'est pas une priorité. Et partout où vous pouvez vous renseigner dans notre milieu, la santé c'est une priorité pour les enfants. Le gamin n'a pas le droit d'être malade. S'il l'est malheureusement pour lui, il n'a pas le temps parce qu'on le soigne tout de suite mais toi... moi ça n'a jamais été une priorité. Alors que jusqu'à mes 18 ans j'étais avec une mère où tous les mois tu avais le dentiste... Moi la petite qui avait une petite démangeaison, on allait chez le gynéco ... Mais pour les gamins, moi j'ai toujours dis : « Je vous fais le papillon-là je ne sais pas quoi ». Elles l'ont eu toutes les trois. « -Ouais mais ça fait mal ! - Je m'en fous, vous y allez ! ».

Moi : Vous voyez une autre solution ? Pour que les femmes participent plus au dépistage par frottis.

E12: ... Raccourcir le délai parce que moi trois semaines à me dire j'ai un cancer je n'en ai pas ...

Moi : Autre chose à rajouter ?

E12 : Non du tout.

Moi : Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

VU

NANCY, le **20 décembre 2016**
Le Président de Thèse

NANCY, le **03 janvier 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur François ALLA

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9407

NANCY, le **05 janvier 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus : regard croisé des femmes bénéficiaires de la CMU-C et des médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Il existe des inégalités sociales de santé (ISS) avec une augmentation de la prévalence et du taux de mortalité du cancer du col de l'utérus (CCU) chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C. Or ces dernières participent peu au dépistage du CCU par frottis cervico-utérin (FCU). L'objectif de cette étude est donc de comprendre pourquoi les femmes bénéficiaires de la CMU-C participent peu au dépistage par FCU et de proposer des mesures correctrices, afin de réduire ces ISS.

Matériel et méthodes : L'enquête est composée de deux études qualitatives par entretiens semi-dirigés réalisées auprès de femmes bénéficiaires de la CMU-C appartenant à la catégorie d'âge concernée par le FCU de dépistage ainsi qu'auprès de médecins généralistes installés en zone urbaine sensible de l'agglomération Nancéenne. Nous avons donné la parole à ces femmes et à ces MG.

Résultats : Plusieurs freins ont été identifiés. Ils sont liés aux femmes bénéficiaires de la CMU-C, aux médecins généralistes, à la relation médecin-patiente et l'organisation des soins. La principale solution proposée est d'améliorer la sensibilisation des femmes bénéficiaire de la CMU-C au CCU et son dépistage par FCU par le renforcement du rôle central du MG, la mise en place d'une campagne de communication de grande ampleur et l'instauration d'un dépistage organisé notamment.

Discussion : Cette étude montre également le faible impact chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C des différentes campagnes de communication déjà mises en place sur le sujet. Des mesures détaillées, émanant de la réflexion des femmes bénéficiaires de la CMU-C et des MG, sont proposées pour augmenter le taux de couverture du FCU de dépistage dans cette population.

TITRE EN ANGLAIS

Precariousness and screening for cervical cancer: a cross-examination of the women beneficiaries of CMU-C and general practitioners in Meurthe-et-Moselle

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLÉS :

Frottis cervico-utérin, Obstacles, Inégalités sociales de santé, Précarité, Recherche qualitative, Médecine Générale

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
