



HAL
open science

Étude qualitative auprès de médecins généralistes : quels sont les leviers qui permettraient une augmentation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Moselle ?

Hélène Guthmuller Ultsch

► To cite this version:

Hélène Guthmuller Ultsch. Étude qualitative auprès de médecins généralistes : quels sont les leviers qui permettraient une augmentation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Moselle ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297869

HAL Id: hal-03297869

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297869v1>

Submitted on 18 Oct 2021

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

Hélène GUTHMULLER ULTSCH

Le 21 novembre 2019

Étude qualitative auprès de médecins généralistes : quels sont les leviers qui permettraient une augmentation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Moselle ?

Examineurs de la thèse :

Président du jury :

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Juges :

M. le Professeur Philippe JUDLIN
M. le Professeur Thierry CONROY

Directeurs de thèse :

M. le Dr Jean-Michel MARTY
Mme la Dr Marie-Anne PIDOLLE

**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-doyenne : Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
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 - 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 - Emile DE LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - 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 – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE – Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - 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 - 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 – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

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

2e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

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

2e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

3e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4e sous-section : (*Nutrition*)

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

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

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

3e sous-section : (Immunologie)

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

4e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

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

2e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

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

3e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur
Faiez ZANNAD

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : (Neurologie)

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

2e sous-section : (Neurochirurgie)

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

3e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH 5e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation) Professeur
Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2e sous-section : (*Cardiologie*)

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

3e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re 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

2e sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1re sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2e sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3e sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2e sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3e sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

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

2e sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2e sous-section : (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3e sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1e sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2e sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY

=====

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)

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Boivin,

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de thèse. Merci pour la formation que vous m'avez apportée durant l'internat. Merci d'avoir pris le temps de me conseiller pour la composition du jury de thèse. Merci d'avoir relu mon travail.

Avec toute ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Professeur Judlin,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Conroy,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. C'est un honneur de vous compter dans le jury.

Soyez assuré de mon grand respect et de ma vive reconnaissance.

Monsieur le Docteur Marty,

Merci d'avoir dirigé ma thèse, de m'avoir guidée et aidée tout au long de ce travail. Merci pour votre soutien, en particulier dans la phase finale du travail.

Merci de m'avoir enseigné ce merveilleux métier durant les deux stages effectués chez vous et de m'avoir transmis vos connaissances et votre rigueur professionnelle.

Avec toute ma reconnaissance.

Madame la Docteure Pidolle,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse, de m'avoir soutenue et aidée tout au long de ce travail. Merci de m'avoir si bien appris la médecine durant ces années et de m'avoir montré qu'il était possible de concilier métier de passion et famille, comme vous le faites si bien.

Je vous en serai éternellement reconnaissante.

À mon mari,

Merci de m'avoir soutenu tout au long de ces années de médecine et de m'avoir poussé quand c'était nécessaire. Tu as su trouver les mots quand je baissais les bras. Merci de partager ma vie, de m'aimer et de me supporter au quotidien. Un bel avenir s'offre à nous. Il ne reste plus qu'à continuer de s'aimer et de se respecter comme nous le faisons.

À toute ma famille, en particulier,

À mes parents : Merci de m'avoir guidée et soutenue tout au long de ces années, parfois difficiles. Merci de m'avoir remonté le moral quand il le fallait et de m'avoir bousculée quand c'était nécessaire. Maman, merci de m'écouter, comme tu le fais si bien. Papa, encore merci de m'avoir accompagnée aux ECN à Besançon et pour tes petites blagues pour détendre l'atmosphère.

À mon frère Éric, ma belle-sœur Sandrine et mes deux petits neveux d'amour Lilian et Quentin : Merci d'avoir été présents toutes ces années, merci de m'avoir montré le chemin et de m'avoir apporté votre soutien. Merci à mes neveux pour leur amour et leurs jolis sourires.

À mes grands-parents Juliette et Fernand : Merci de m'avoir soutenue toutes ces années et de m'avoir poussée dans la dernière phase du travail, surtout Mémé. Merci de vous être si bien occupés de nous quatre.

À ma cousine Vérité, Jérémy, mon filleul Raphaël et la petite dernière Margaux : Merci pour votre soutien et votre présence depuis de si nombreuses années. Merci à Raphaël pour ses gros câlins d'amour.

À mon cousin Matthieu et sa jolie famille, Mélanie et Nathan : Merci d'être là et pour votre soutien.

À ma tata Lulu : Merci pour les bons petits plats pour les semaines difficiles à Strasbourg et pour ton soutien depuis le début.

À ma grand-mère Antoinette : Merci d'avoir été présente toutes ces années.

À ma marraine Chantal, mon oncle Jean-Luc et mes cousin et cousine Alexandre et Marine : Merci d'avoir été là toutes ces années.

À ma belle-famille : Merci de m'avoir accueillie et de m'avoir soutenue.

À Odin : Merci d'être resté à mes côtés durant ces longues heures de révisions dans la salle de bain devant le chauffage et de m'avoir apporté tant d'affection.

À Dickalé : Merci pour ton affection au quotidien et merci d'avoir marché tant de fois sur l'ordinateur pendant les recherches et la rédaction.

À tous mes amis, en particulier,

Au club des cinq, devenu le club des six puis des sept, en attendant la suite (il y aura toujours de la place pour de nouveaux petits membres) : Merci d'avoir partagé cette belle aventure (eh oui, je parle des études de médecine) avec moi. Je m'y suis faite des amies pour la vie, le genre d'amies que rien ne peut séparer, même pas la distance. Merci d'être là au quotidien. Et merci pour les séances groupe de pairs.

Au L5 : Merci à vous toutes pour votre soutien sans faille, surtout dans la dernière ligne droite. Un grand merci à mes scribes et correctrices Léa, Julie et Marine. Vous avez assuré ! Je suis heureuse de vous avoir à mes côtés.

À *Jean, Sarah, Pierre, Mickaël, Fred, Agnès, Jo, Ambre, Michaël, Alex* et à tous mes amis : Merci pour votre soutien tout au long de ces années.

À mes collègues, en particulier,

À *Alain et Nathalie* : Merci de votre accueil au sein du cabinet et de votre confiance. Merci pour votre soutien dans les moments difficiles.

À *Christelle, Christophe, Murielle, Manu, Camille, Anne* : Merci pour votre accueil et votre bonne humeur.

À *l'ensemble des équipes médicales et paramédicales rencontrées durant mes études et après, lors des remplacements, en particulier l'équipe du SAU et de Pédiatrie de Forbach* : Merci de m'avoir enseigné ce métier et merci pour les moments partagés ensemble.

Merci aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude.

Merci à toutes les personnes présentes aujourd'hui.

SERMENT

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

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS	20
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	21
INTRODUCTION	22
I. Le cancer du col de l'utérus : épidémiologie.....	22
II. Le papillomavirus HPV	24
III. Prévention primaire : la vaccination	26
IV. Le dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin (FCU)	27
V. La place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus	28
VI. Objectif principal de l'étude	28
MATÉRIEL ET MÉTHODES	29
I. Choix du type d'étude.....	29
II. Population étudiée : critères d'inclusion et d'exclusion	29
III. Méthode d'élaboration du questionnaire	29
IV. Analyse statistique des données	29
RÉSULTATS.....	30
I. Caractéristiques de la population	30
II. Insuffisance de FCU.....	31
III. Causes.....	31
1. Les femmes	31
1.1 Refus de l'examen.....	31
1.2 Peur de l'examen	31
1.3 Manque d'assiduité, désintérêt	31
1.4 Pas de communication de la patiente vers le médecin traitant	32
1.5 Mauvaise information	33
2. Les médecins généralistes	33
2.1 Considération d'un suivi gynécologique suffisant.....	33
2.2 Pas de systématisation de l'interrogatoire	34
2.3 Manque de temps.....	35
2.4 Problème d'information	36
2.5 Désintérêt pour la gynécologie	36
2.6 Patientèle plus âgée	36

2.7	Résultats des FCU effectués par des confrères.....	37
2.7.1	Simple retour oral de la patiente	37
2.7.2	Nécessité des résultats pour une prescription	37
2.7.3	Réception systématique	37
3.	Les gynécologues	38
3.1	Problème d'accessibilité.....	38
3.2	Manque de coordination et de communication avec le médecin traitant.....	38
3.3	Divergence des recommandations et pratiques.....	39
4.	La CPAM : pas de dépistage organisé.....	40
IV.	Freins à la réalisation du frottis en cabinet de médecine générale	42
1.	Pratiques des médecins interrogés.....	42
1.1	Ne réalisent pas de FCU.....	42
1.1.1	Pas de FCU sans formation.....	42
1.1.2	Pas de FCU avec formation.....	42
1.1.3	En pratiquaient mais n'en font plus	42
1.2	Font des FCU	43
2.	Renvoient aux autres professionnels de santé.....	43
2.1	Les confrères ou consœurs généralistes	43
2.2	Les gynécologues	43
2.3	Les sages-femmes	43
2.4	Les laboratoires.....	43
3.	Manque de formation et d'expérience.....	44
3.1	Pas de formation à la réalisation du frottis	44
3.2	Pas de formation durant le cursus universitaire	44
3.3	Peur de mal faire.....	44
3.4	Manque d'expérience.....	45
4.	Gêne liée à l'aspect humain	45
4.1	Gêne des patientes envers le médecin traitant.....	45
4.2	Problème lié au genre masculin	46
4.2.1	Gêne du médecin envers ses patientes.....	46
4.2.2	Peur du procès.....	46
4.2.3	Problème pour les médecins hommes de faire des examens gynécologiques et FCU .	46
5.	Désintérêt du médecin	47
5.1	Problème de volonté	47
5.2	Aversion pour la gynécologie	47

6.	Contraintes liées au temps	47
6.1	Manque de temps	47
6.2	Geste chronophage	48
6.3	Multiplicité des motifs de consultation	48
7.	Contraintes logistiques	49
7.1	Matériel	49
7.2	Organisation	49
8.	Présence des gynécologues	49
8.1	Installations des spécialistes en gynécologie	49
8.2	Démographie de gynécologues suffisante dans le secteur	50
9.	Aspect financier : problème de rentabilité	50
V.	Pistes d'amélioration	52
1.	L'influence de la ROSP et de la CPAM	52
1.1	Prime ROSP	52
1.2.1	Avis positifs	52
1.2.2	Avis négatifs	52
1.2	Cotation	52
1.2.1	Avis positifs	52
1.2.2	Avis négatifs	53
2.	L'information	53
2.1	Solliciter les femmes	53
2.2.1	Information individuelle de la patiente	53
2.2.2	Campagnes d'information médiatisées	54
2.2.3	Information des femmes via le médecin traitant	54
2.2.4	Le ciblage de certaines femmes	55
2.2.5	Information sur les autres professionnels pratiquant des FCU	55
2.2	Information des médecins	55
2.2.1	Les médecins traitants	55
2.2.2	Les gynécologues	56
3.	Formation	56
3.1	Formation durant les études médicales	56
3.2	Formation post-cursus	56
4.	Coordination et communication des résultats	57
4.1	Message via apicrypt avec les résultats du frottis	57
4.2	Coordination à mettre en place	57

4.3	Attestation de réalisation du frottis	57
5.	Moyens mnémotechniques.....	58
5.1	Logiciel.....	58
5.2	Association aux autres dépistages de façon systématique.....	58
6.	Nécessité d'une consultation dédiée	58
7.	Mise à disposition du matériel par la sécurité sociale	59
8.	Par nécessité : en cas de pénurie de gynécologues.....	59
	DISCUSSION	61
I.	Résumé des points importants.....	61
1.	Les causes.....	61
1.1	Les femmes	61
1.2	Les médecins généralistes	61
1.3	Les gynécologues	61
1.4	La CPAM	62
2.	Les freins à la réalisation du FCU.....	62
3.	Les pistes d'amélioration.....	63
II.	Cohérence des résultats avec la littérature	64
1.	Les femmes	64
2.	Les médecins généralistes	64
3.	Les gynécologues	68
4.	L'ensemble des professionnels de santé concerné par le dépistage.....	70
5.	La CPAM	70
6.	Synthèse de la discussion	72
III.	Validité interne : forces et faiblesses de l'étude	73
1.	Forces	73
2.	Faiblesses	73
IV.	Perspectives d'évolution	74
	CONCLUSION	75
	BIBLIOGRAPHIE.....	76
	ANNEXES.....	81
	ANNEXE 1 : Questionnaire.....	81
	ANNEXE 2 : Système de Bethesda 2014.....	83

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Amodémaces : Association Mosellane pour le Dépistage des Maladies Cancéreuses

BVA : institut Brulé Ville et Associé

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DU : Diplôme Universitaire

E : Entretien

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FMC : Formation Médicale Continue

HLA : Human Leukocyte Antigen

HPV : Human Papillomavirus

INCa : Institut National du Cancer

IST : Infection Sexuellement Transmissible

L : Ligne

M : Médecin

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Sudoc : Système universitaire de documentation

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1 : Schéma du col de l'utérus et de la jonction pavimento-cylindrique.....	24
Figure 2 : Les HPV : histoire naturelle. Extrait de l'article "Clairance, persistance et récurrence de l'infection à Papillomavirus " 2008.....	25
Figure 3 : Infection par HPV et évolution vers un CCU, d'après Schiffman et Castle, 2005.....	25
Figure 4 : Calendrier vaccinal 2019	26
Figure 5 : Taux de couverture du dépistage du CCU sur trois ans dans treize départements expérimentant le dépistage organisé du CCU entre 2010 et 2012	27
Figure 6 : Causes à l'insuffisance de FCU.....	41
Figure 7 : Freins à la réalisation du FCU en cabinet de médecine générale	51
Figure 8 : Pistes d'amélioration pour le dépistage du CCU	60
Figure 9 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU, par la HAS juillet 2019	74

TABLEAUX

Tableau 1 : Les chiffres clés produits par Santé publique France et ses partenaires	22
Tableau 2 : Estimation départementale de l'incidence du cancer du col de l'utérus entre 2008 et 2010	23
Tableau 3 : Classification des HPV ano-génitaux selon leur potentiel oncogène, d'après Munoz et al.	24
Tableau 4 : Résumé des caractéristiques de la population interrogée.....	30
Tableau 5 : Une offre de soins par zone d'activité variable d'un département à l'autre	68

INTRODUCTION

I. Le cancer du col de l'utérus : épidémiologie

Le cancer du col de l'utérus (CCU) a touché environ 2920 femmes en 2018 en France. Il est responsable d'environ 1117 décès en 2018. Il représente la 12^{ème} cause de cancer et la 12^{ème} cause de mortalité chez la femme en France. (1)

Incidence	Mortalité	Survie ¹	Prévalence (ensemble des cas)	Prévention et dépistage
2 920 nouveaux cas par an	1 117 décès par an	63 % à 5 ans	12 374 cas diagnostiqués lors des 5 dernières années et toujours vivants	Moins de 20 % des jeunes filles de 16 ans vaccinées par le vaccin anti-HPV
				France entière, 2015
				60 % des femmes de 25-65 ans dépistées sur 3 ans
France métropolitaine, 2018	France métropolitaine, 2018	Registres, cas diagnostiqués, 2005-2010	France métropolitaine, 2008	France entière, 2015-2017
<i>Les informations dans les départements d'outre-mer sont renseignées dans chacune des rubriques si elles sont disponibles.</i>				

Tableau 1 : Les chiffres clés produits par Santé publique France et ses partenaires

Le taux d'incidence en France est de 6 pour 100 000 en 2017. En 2018, le taux d'incidence en France est de 6,1 pour 100 000. (1) (2) Il a tendance à diminuer depuis les années 1990, avec une diminution en moyenne de -1,8 % par an entre 1990 et 2018. Cependant, entre 2010 et 2018, on note un ralentissement de cette diminution (-0,7 % par an). (3)

La mortalité est de l'ordre de 1,7 pour 100 000 en 2018, identique à 2017. (1) Elle a également tendance à diminuer entre 1990 et 2018, avec une diminution du taux de mortalité de -2,1 % en moyenne par an. On retrouve, cependant, un ralentissement sur la période récente de 2010 à 2018 (-1,1 % par an). (3)

Dans l'Union européenne, le nombre de nouveaux cas est d'environ 33 000 pour 13 000 décès en 2012. En 2018, le nombre de nouveaux cas est de 32 700 et les décès sont estimés à 14 200.(1)

Dans le Monde, on note 528 000 nouveaux cas pour 266 000 décès estimés en 2012. En 2018, le nombre de nouveaux cas est de 570 000 pour 266 000 décès. (1)

Le taux d'incidence en Moselle standardisé sur la population mondiale est estimé à 5,5 pour 100 000 femmes entre 2008 et 2010. Il varie, selon les départements, de 4,3 à 8,6 pour 100 000 femmes. (4). Sur la période de 2007 à 2016, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est estimé à 6.6 pour 100 000 femmes. (5) Ces chiffres sont des estimations.

Cancers du col de l'utérus, 2008-2010. Estimations départementales de l'incidence à partir du rapport PMSI/I : effectifs annuels moyens (N), taux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM) pour 100 000 personnes-années, SIR et IP à 95 %

Dep	N [IP]	TSM [IP]	SIR [IP]	Dep	N [IP]	TSM [IP]	SIR [IP]
01	23 [16-30]	5,4 [4,2-7,1]	0,82 [0,63-1,06]	48	1 [0-3]	2,4 [0,8-7,3]	0,27 [0,09-0,85]
02	28 [22-35]	7,1 [5,5-9,1]	1,06 [0,84-1,35]	49	24 [19-31]	4,2 [3,2-5,5]	0,66 [0,51-0,85]
03	20 [15-27]	6,9 [5,0-9,5]	1,08 [0,81-1,44]	50	26 [20-33]	6,6 [5,0-8,6]	1,01 [0,78-1,29]
04	9 [6-14]	5,9 [3,8-9,1]	1,11 [0,73-1,67]	51	25 [19-32]	5,9 [4,6-7,7]	0,93 [0,72-1,19]
05	4 [2-7]	4,4 [2,4-8,1]	0,60 [0,33-1,07]	52	14 [10-20]	9,6 [6,8-13,7]	1,53 [1,10-2,12]
06	60 [50-71]	6,2 [5,2-7,4]	1,02 [0,86-1,21]	53	10 [7-15]	3,9 [2,6-6,0]	0,68 [0,46-1,02]
07	14 [10-20]	5,1 [3,6-7,2]	0,86 [0,62-1,21]	54	35 [28-43]	6,6 [5,3-8,2]	1,00 [0,80-1,24]
08	11 [8-16]	5,1 [3,5-7,5]	0,78 [0,54-1,13]	55	10 [7-15]	7,2 [4,9-10,7]	1,09 [0,75-1,60]
09	9 [6-14]	8,1 [5,2-12,6]	1,15 [0,77-1,72]	56	36 [29-45]	6,6 [5,3-8,3]	0,97 [0,79-1,20]
10	18 [14-24]	8,2 [6,0-11,1]	1,22 [0,91-1,63]	57	43 [35-52]	5,5 [4,5-6,8]	0,84 [0,69-1,02]
11	20 [15-26]	7,8 [5,9-10,4]	1,06 [0,81-1,40]	58	13 [9-18]	6,9 [4,6-10,4]	1,04 [0,73-1,48]
12	16 [11-22]	5,8 [4,1-8,3]	1,05 [0,76-1,45]	59	124 [110-141]	7,1 [6,2-8,0]	1,05 [0,93-1,19]
13	113 [100-129]	7,4 [6,5-8,5]	1,15 [1,01-1,31]	60	49 [41-59]	8,3 [6,9-10,0]	1,32 [1,10-1,59]
14	34 [27-42]	7,1 [5,7-9,0]	1,02 [0,82-1,26]	61	16 [11-22]	5,5 [3,8-8,0]	1,04 [0,74-1,44]
15	6 [4-10]	5,3 [3,0-9,4]	0,72 [0,43-1,20]	62	68 [58-79]	6,8 [5,8-8,0]	0,97 [0,82-1,13]
16	19 [15-26]	7,4 [5,4-10,0]	1,04 [0,78-1,38]	63	24 [19-31]	4,9 [3,7-6,3]	0,76 [0,59-0,98]
17	35 [28-43]	6,9 [5,5-8,8]	1,05 [0,84-1,30]	64	30 [24-38]	5,4 [4,2-6,9]	0,87 [0,69-1,10]
18	17 [13-23]	6,6 [4,8-9,2]	1,04 [0,77-1,41]	65	8 [5-12]	5,2 [3,2-8,2]	0,63 [0,41-0,97]
19	10 [7-15]	4,9 [3,2-7,5]	0,76 [0,51-1,13]	66	23 [17-30]	5,8 [4,4-7,7]	0,95 [0,72-1,23]
21	30 [23-37]	7,3 [5,7-9,3]	1,17 [0,92-1,47]	67	46 [38-55]	5,3 [4,3-6,4]	0,87 [0,72-1,06]
22	36 [29-44]	7,6 [6,1-9,6]	1,16 [0,94-1,44]	68	29 [23-36]	5,4 [4,2-6,8]	0,79 [0,63-0,99]
23	8 [5-12]	7,8 [4,8-12,8]	1,08 [0,69-1,69]	69	71 [60-83]	5,7 [4,9-6,7]	0,90 [0,77-1,05]
24	23 [17-30]	6,3 [4,7-8,6]	1,00 [0,77-1,31]	70	12 [8-17]	6,6 [4,5-9,7]	0,99 [0,69-1,42]
25	27 [21-34]	7,2 [5,6-9,2]	1,07 [0,84-1,37]	71	34 [28-43]	7,7 [6,1-9,7]	1,18 [0,95-1,47]
26	19 [14-25]	5,7 [4,3-7,6]	0,77 [0,59-1,02]	72	24 [19-31]	5,4 [4,1-7,1]	0,87 [0,67-1,13]
27	33 [27-42]	7,6 [6,1-9,6]	1,20 [0,96-1,50]	73	15 [11-21]	4,3 [3,1-6,0]	0,76 [0,55-1,05]
28	22 [17-29]	6,9 [5,2-9,2]	1,06 [0,81-1,39]	74	32 [25-40]	5,4 [4,3-6,8]	0,91 [0,72-1,14]
29	53 [44-63]	7,7 [6,4-9,3]	1,15 [0,96-1,37]	75	114 [101-130]	6,7 [5,9-7,6]	1,07 [0,94-1,21]
2A	11 [7-15]	10,3 [7,0-15,4]	1,41 [0,97-2,04]	76	65 [55-77]	7,0 [5,9-8,3]	1,08 [0,91-1,27]
2B	10 [7-15]	8,6 [5,8-12,8]	1,19 [0,81-1,74]	77	63 [53-74]	7,1 [6,0-8,3]	1,06 [0,90-1,25]
30	48 [40-58]	8,2 [6,7-10,1]	1,34 [1,11-1,62]	78	57 [48-68]	5,4 [4,5-6,4]	0,87 [0,73-1,04]
31	61 [51-72]	6,6 [5,5-7,8]	1,05 [0,89-1,25]	79	12 [9-18]	4,1 [2,8-6,1]	0,67 [0,47-0,95]
32	9 [6-14]	6,0 [3,9-9,1]	0,89 [0,60-1,34]	80	27 [21-34]	6,7 [5,2-8,6]	0,99 [0,78-1,26]
33	68 [58-80]	6,2 [5,2-7,3]	0,96 [0,82-1,13]	81	23 [17-29]	8,0 [6,0-10,5]	1,13 [0,87-1,47]
34	59 [49-70]	7,2 [6,1-8,6]	1,14 [0,96-1,35]	82	14 [10-19]	7,7 [5,5-10,8]	1,13 [0,82-1,57]
35	35 [28-43]	5,1 [4,0-6,3]	0,76 [0,62-0,95]	83	69 [59-80]	9,6 [8,1-11,4]	1,27 [1,09-1,49]
36	13 [9-18]	6,4 [4,4-9,3]	1,03 [0,72-1,45]	84	38 [31-47]	9,4 [7,6-11,7]	1,39 [1,13-1,71]
37	37 [30-46]	8,7 [7,0-10,8]	1,28 [1,04-1,58]	85	27 [21-34]	5,6 [4,3-7,3]	0,85 [0,66-1,08]
38	47 [39-57]	4,9 [4,1-6,0]	0,84 [0,70-1,02]	86	14 [10-20]	3,5 [2,4-5,1]	0,68 [0,48-0,95]
39	14 [10-20]	7,7 [5,5-10,7]	1,09 [0,79-1,50]	87	19 [15-26]	6,2 [4,6-8,5]	0,99 [0,74-1,31]
40	22 [17-29]	6,6 [4,9-8,8]	1,10 [0,84-1,44]	88	20 [15-26]	7,1 [5,3-9,5]	1,01 [0,76-1,33]
41	16 [12-22]	5,8 [4,1-8,1]	0,93 [0,68-1,28]	89	19 [14-25]	7,4 [5,5-9,9]	1,05 [0,79-1,40]
42	31 [25-39]	5,4 [4,3-6,9]	0,83 [0,66-1,04]	90	7 [4-11]	5,3 [3,1-8,9]	1,01 [0,62-1,65]
43	10 [6-15]	4,4 [2,9-6,9]	0,85 [0,56-1,27]	91	62 [52-73]	7,0 [5,9-8,3]	1,12 [0,94-1,32]
44	44 [36-53]	4,8 [3,9-5,8]	0,72 [0,59-0,87]	92	75 [64-87]	6,3 [5,3-7,3]	1,00 [0,86-1,17]
45	25 [20-32]	5,5 [4,3-7,1]	0,80 [0,63-1,03]	93	76 [65-89]	7,3 [6,3-8,5]	1,17 [1,00-1,36]
46	8 [5-12]	5,4 [3,4-8,6]	0,81 [0,52-1,26]	94	65 [55-77]	6,6 [5,6-7,8]	1,05 [0,89-1,24]
47	21 [16-28]	7,1 [5,3-9,6]	1,21 [0,92-1,60]	95	51 [43-61]	6,3 [5,3-7,6]	0,99 [0,83-1,18]

Tableau 2 : Estimation départementale de l'incidence du cancer du col de l'utérus entre 2008 et 2010

II. Le papillomavirus HPV

Le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus est l'infection par certains types de papillomavirus humains (HPV), dits oncogènes ou à haut risque. Cette infection est sexuellement transmissible. (6) Le virus se loge au niveau de la zone de jonction entre l'épithélium cylindrique de l'endocol (muqueuse de l'endomètre) et l'épithélium pavimenteux de l'exocol (muqueuse du vagin). On l'appelle la zone de jonction pavimento-cylindrique. (7)

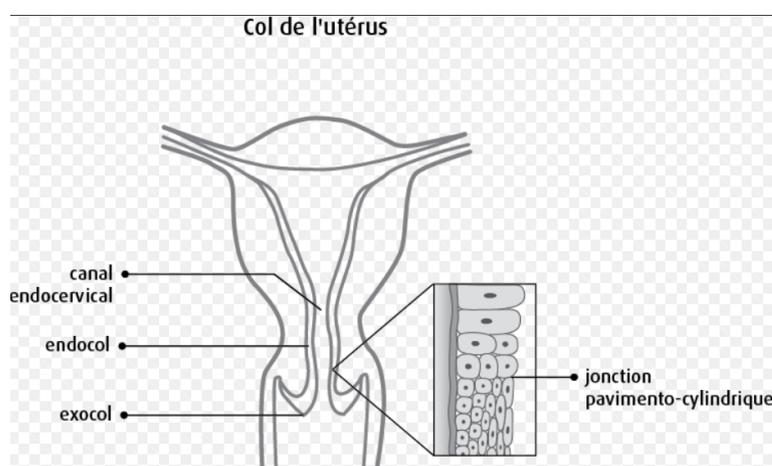


Figure 1 : Schéma du col de l'utérus et de la jonction pavimento-cylindrique

Une distinction se fait entre les HPV à tropisme muqueux à haut risque, à haut risque probable et à bas risque. D'autres HPV à tropisme cutané existent. Cette classification est basée sur le potentiel oncogène du virus. (8) (9) Le tableau ci-dessous résume cette classification.

Classification	Types
Haut risque	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
Haut risque probable	26, 53, 66, 68, 73, 82
Bas risque	6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 89

Les HPV ano-génitaux non représentés dans le tableau sont considérés à risque indéterminé. (d'après Muñoz et al. [3, 4])

Tableau 3 : Classification des HPV ano-génitaux selon leur potentiel oncogène, d'après Muñoz et al.

Dans 70 % des cas, ce sont les HPV 16 et 18 qui sont retrouvés dans les cancers du col de l'utérus.

Cependant, des cofacteurs de risque sont nécessaires à l'apparition du cancer :

- Des cofacteurs exogènes : la co-infection avec le VIH (virus d'immunodéficience humaine) ou avec une autre infection sexuellement transmissible (IST), le tabagisme, l'utilisation prolongée (>5 ans) de contraceptifs oraux ;
- Des cofacteurs liés à l'hôte : facteurs génétiques (système HLA), réponse immunitaire propre à l'individu, l'immunodéficience ;

- Des cofacteurs liés au papillomavirus : contamination par des génotypes à haut risque (16 et 18), infection simultanée par plusieurs types oncogéniques, quantité importante de virus ;
- D'autres facteurs associés à un risque plus élevé de cancer sans être des cofacteurs : la précocité des rapports sexuels, le nombre de partenaires sexuels élevé, les antécédents d'IST. (6) (10)

L'infection par le virus est fréquente puisque 80 % des femmes sont infectées une fois dans leur vie. L'infection est asymptomatique et peut spontanément disparaître. C'est ce qu'on appelle la clairance virale. En cas de persistance (environ 20 % des femmes) au niveau de la muqueuse du col de l'utérus pendant plusieurs années, il est possible de retrouver des lésions précancéreuses. Ces lésions non dépistées et traitées à temps, sont susceptibles d'évoluer avec le temps en cancer. Le délai moyen entre l'infection par un HPV à haut risque et l'apparition d'un cancer est de 15 à 20 ans. (11)

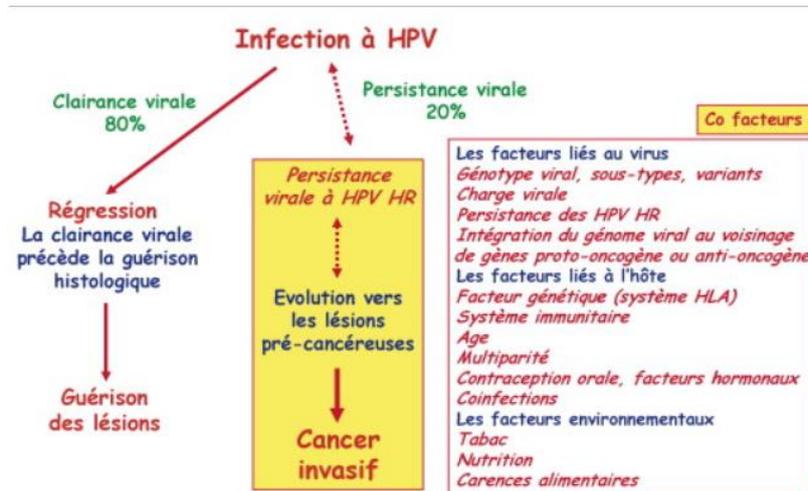


Figure 2 : Les HPV : histoire naturelle. Extrait de l'article "Clairance, persistance et récidence de l'infection à Papillomavirus " 2008

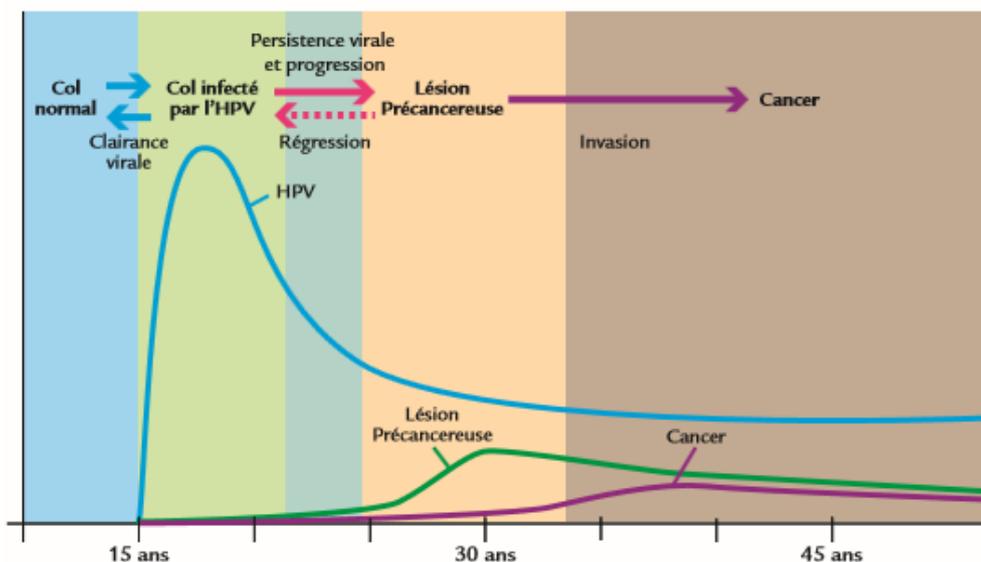


Figure 3 : Infection par HPV et évolution vers un CCU, d'après Schiffman et Castle, 2005

Il existe différents types histologiques du CCU :

- Le carcinome épidermoïde (85 % des cas), développé aux dépens de l'épithélium pavimenteux de l'exocol ;
- L'adénocarcinome (10 % des cas), développé aux dépens de l'épithélium cylindrique de l'endocol ;
- D'autres types moins fréquents (5 % des cas) : carcinomes adéno-squameux, tumeurs conjonctives. (7)

III. Prévention primaire : la vaccination

Le cancer du col de l'utérus est le seul cancer, à l'heure actuelle, disposant d'une prévention primaire, à savoir la vaccination anti-papillomavirus. (1)

La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles entre 11 et 14 ans. Un rattrapage vaccinal est possible de 15 à 19 ans révolus.

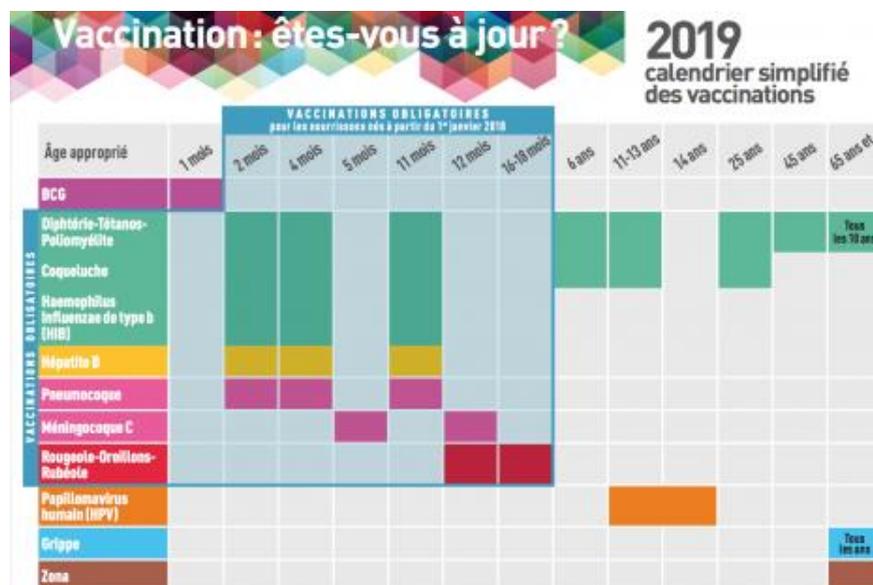


Figure 4 : Calendrier vaccinal 2019

Trois vaccins sont disponibles à l'heure actuelle en France :

- le Cervarix®, vaccin bivalent,
- le Gardasil®, vaccin quadrivalent,
- le Gardasil 9®, nouveau vaccin disponible, nonavalent.

Le schéma vaccinal varie selon le vaccin utilisé :

- le Cervarix® : 2 injections espacées de 6 mois entre 11 et 14 ans révolus ; rattrapage entre 15 et 19 ans révolus selon un schéma 0, 1 et 6 mois ;
- le Gardasil® : 2 injections espacées de 6 mois entre 11 et 13 ans révolus ; rattrapage entre 14 ans et 19 ans révolus selon un schéma 0, 2 et 6 mois ;
- le Gardasil 9® : 2 injections espacées de 6 à 13 mois entre 11 et 14 ans révolus ; rattrapage entre 15 et 19 ans révolus en 3 injections selon un schéma 0,2 et 6 mois. (12)

IV. Le dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin (FCU)

Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par examen cytologique sur le FCU. (13)

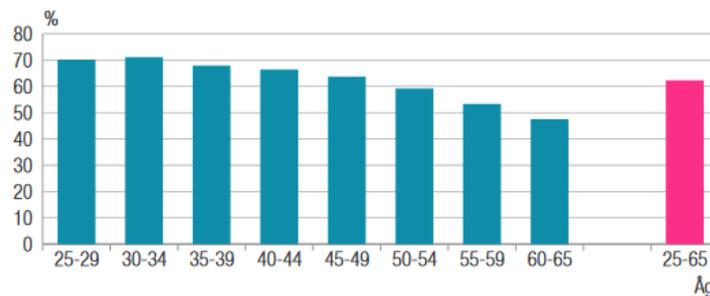
Il permet de détecter la présence de lésions précancéreuses au niveau de la zone de jonction pavimento-cylindrique et ainsi de les traiter précocement.

Il est recommandé de pratiquer un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans, après avoir fait deux frottis consécutifs normaux à un an d'intervalle. (13)

Les résultats du FCU sont classés selon le système de Bethesda. En cas de FCU anormal, la conduite à tenir diffère selon la classification de l'anomalie au sein de ce système.

Les taux de dépistage du CCU glissants sur 3 ans diminuent au cours du temps, passant de 52,0 % entre 2007 à 2009 à 50,8 % entre 2012 et 2014. Lors d'une expérimentation de dépistage organisé dans 13 départements entre 2010 et 2012, le taux de dépistage était de 62 %. (2)

Taux* de couverture du dépistage sur 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans dans les 13 départements expérimentant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, sur la période 2010-2012



* Taux spécifiques selon l'âge et standardisés (France 2010) corrigés pour les exclusions définitives au dépistage pour raisons médicales (par exemple hystérectomie totale).

Champ • 13 départements de France métropolitaine, population de femmes âgées de 25 à 65 ans.

Source • Base de données de l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Santé publique France).

Figure 5 : Taux de couverture du dépistage du CCU sur trois ans dans treize départements expérimentant le dépistage organisé du CCU entre 2010 et 2012

Le taux de participation des assurées éligibles au dépistage du CCU en Moselle est aux alentours de 56 % fin 2016. (14)

L'objectif national de santé publique étant fixé à 80 % pour le dépistage du CCU, ces chiffres sont bien loin de ceux espérés. (15)

Un dépistage organisé du CCU est voté depuis mai 2018. Il a pour but d'approcher les 80 % de taux de dépistage demandés et ainsi de réduire le taux de mortalité du CCU. (16) (17)

De plus, les recommandations du FCU risquent d'être modifiées. En effet, la HAS propose aux pouvoirs publics que le test HPV soit pratiqué en première intention chez les femmes de plus de 30 ans à la place de l'examen cytologique actuellement pratiqué. Si le test HPV revenait positif, un FCU serait pratiqué. Si le FCU était également positif, une colposcopie serait réalisée. Dans le cas contraire, un contrôle par test HPV serait prévu à 12 mois. Avant 30 ans, le FCU resterait l'examen de première intention. Le test HPV serait réalisé par auto-prélèvement vaginal. Il serait initialement proposé aux femmes ne réalisant pas régulièrement leur FCU ou éloignées du système de soins. (18)

V. La place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Selon la synthèse des résultats de l'enquête barométrique menée par INCa/BVA (institut national du cancer/institut Brulé Ville et Associé) en septembre 2010, 45 % des médecins généralistes déclarent vérifier systématiquement si le dépistage du CCU a été réalisé et 50 % les pratiquent. Cependant, d'autres données viennent contredire la participation du médecin traitant au FCU.

Par exemple, en Alsace, 96,1 % des frottis sont réalisés par les gynécologues contre 2,5 % par les médecins généralistes. Dans le Doubs, 84 % des frottis sont réalisés par les gynécologues contre 14 % par les médecins généralistes. En Ile de France, 96 % des frottis sont réalisés par des gynécologues contre 4 % par les médecins généralistes. (19)

Le plan cancer 2014-2019 a justement comme objectif de renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation ainsi que le suivi du dépistage du CCU, et d'ajuster les objectifs de participation des patientèles des médecins traitants dans les objectifs de santé publique par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). (20)

La ROSP a été renforcée par la convention médicale 2017-2021 pour les médecins traitants en ce qui concerne le dépistage du CCU. (21) L'indicateur de la ROSP leur demande de réaliser un FCU tous les trois ans à 80 % au moins de leurs patientes âgées de 25 à 65 ans. Les résultats fin décembre 2017 du dépistage du CCU selon l'indicateur ROSP étaient de 56,8 % (- 0,1 point par rapport à fin 2016). (22) Les résultats de 2018 sont encore plus inquiétants avec une baisse du dépistage du CCU de 0,7 point par rapport à 2017. (23)

VI. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les leviers qui permettraient une augmentation de l'information et de la réalisation des frottis en cabinet de médecine générale en interrogeant les médecins généralistes pratiquant peu ou pas de frottis.

Autrement dit, le but est de trouver ce qui pourrait améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes mosellans et d'essayer de mettre les solutions proposées en application, entre autres, l'information et l'orientation des femmes, ainsi que la réalisation de frottis au sein des cabinets de médecine générale mosellans. Il faudrait également améliorer le dépistage en Moselle pour diminuer le taux de CCU.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une recherche préalable sur le déroulement et la construction d'une enquête qualitative a été effectuée.

I. Choix du type d'étude

Cette analyse est une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi dirigés (semi structurés) de maximum quinze minutes (le temps d'une consultation médicale). L'enquête a été menée par le biais d'entretiens individuels en face-à-face plutôt que par focus group pour permettre une liberté d'expression plus grande aux praticiens interrogés.

Les entretiens ont été enregistrés sur le téléphone portable à l'aide de l'enregistreur vocal. Ils ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité selon le verbatim, en respectant l'expression des sujets. L'anonymat des participants a été respecté.

II. Population étudiée : critères d'inclusion et d'exclusion

La population ciblée est celle de médecins généralistes libéraux de Moselle, hommes et femmes, de différentes catégories d'âge, ne pratiquant pas ou peu de frottis. Leur exercice peut être rural ou urbain. La proximité avec un gynécologue ou un hôpital est variée.

L'effectif a été défini en fonction de la saturation des données, soit quinze participants. Cette enquête s'est déroulée de septembre 2018 à juin 2019.

III. Méthode d'élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été établi à la suite d'une bibliographie, notamment sur les données qualitatives, réalisée sur le sujet.

Une recherche a été réalisée sur le Système universitaire de documentation (Sudoc), afin d'y trouver l'ensemble des thèses rédigées sur le sujet. Puis, une bibliographie plus approfondie et ciblée a été effectuée sur le logiciel de recherche de la bibliothèque universitaire, y compris pubmed et google scholar. Le recueil et l'exploitation de cette bibliographie ont été réalisés à l'aide de Zotéro.

IV. Analyse statistique des données

La méthode d'analyse du contenu des entretiens est la triangulation des données entre l'étudiant et les directeurs.

Le choix s'est porté sur le logiciel RStudio pour le codage et l'analyse des réponses au questionnaire pour le thésard. Nous avons réalisé un codage axial, puis un nouveau codage en thèmes plus généraux. Une deuxième analyse a été effectuée par la directrice de thèse. Une mise en commun a ensuite été faite pour vérifier la validité de l'analyse et sa reproductibilité.

Une analyse descriptive a ensuite été réalisée qui a permis de quantifier la fréquence des diverses réponses dans la population étudiée. Enfin, nous avons effectué une synthèse de chaque thème.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population

Entretien (E)	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Structure	Pratique de FCU
1	femme	>60 ans	urbain	privé	associée	non
2	homme	<35 ans	urbain	public	associé	non
3	homme	>60 ans	rural	privé	seul	oui
4	homme	>60 ans	rural	public	seul	non
5	femme	<35 ans	urbain	public	associée	non
6	homme	>60 ans	semi-rural	privé	associé	non
7	homme	entre 50 et 60 ans	urbain	privé	associé	oui
8	femme	entre 40 et 50 ans	urbain	privé	associée	non
9	femme	entre 35 et 40 ans	rural	privé	associée	non
10	femme	entre 40 et 50 ans	urbain	privé	associée	non
11	femme	entre 35 et 40 ans	urbain	privé	associée	non
12	homme	entre 50 et 60 ans	semi-rural	privé	seul	non
13	femme	<35 ans	rural	privé	associée	non
14	homme	entre 40 et 50 ans	urbain	public	seul	non
15	homme	entre 50 et 60 ans	rural	privé	associé	non

Tableau 4 : Résumé des caractéristiques de la population interrogée

Quinze médecins ont été interrogés sur le lieu de leur exercice professionnel. L'entretien le plus court a duré six minutes et trois secondes et l'entretien le plus long, douze minutes et cinquante-huit secondes.

Sur l'ensemble des médecins généralistes interrogés, on compte huit hommes et sept femmes.

Quatre d'entre eux sont âgés de plus de 60 ans, trois ont entre 50 et 60 ans, trois entre 40 et 50 ans, deux entre 35 et 40 ans et trois ont moins de 35 ans.

Huit médecins exercent en zone urbaine, cinq en zone rurale et deux en zone semi-rurale.

Onze médecins exercent dans un milieu privé et quatre dans un milieu public.

Onze médecins sont associés et quatre consultent seuls.

Treize médecins ne pratiquent pas de FCU et deux en pratiquent peu.

II. Insuffisance de FCU

Parmi les médecins interrogés, la plupart (le M3, le M4, le M6, la M8, la M10, la M11 et le M14) estiment que le taux de dépistage du CCU en Moselle est mauvais.

Pour exemple :

E3 L6 « c'est sûr que globalement le taux n'est pas bon. »

E8 L5 : « c'est vrai que c'est bas »

E11 L6 « ça me paraît franchement faible »

E14 L5 : « Ben, que c'est pas bien, qu'on peut faire mieux. »

III. Causes

1. Les femmes

1.1 Refus de l'examen

Parmi les médecins interrogés, trois d'entre eux déclarent que certaines patientes refusent l'examen, ce qui peut être, pour eux, une raison à l'insuffisance de réalisation de FCU.

E6 L12-13 : « Et tu sais il y a des femmes, tu dois le voir, qui ne veulent pas. »

E7 L119 : « les patientes qui freinent un peu. »

E10 L109-104 : « Du côté des patientes aussi, il y en a qui ne veulent pas et ben elles ne veulent pas... »

1.2 Peur de l'examen

Le médecin 3 (M3) pense que certaines femmes ont peur de l'examen et donc, le retardent.

E3 L8-9 : « examen un peu compliqué pour certaines femmes qui ne l'aiment pas et donc retardent un petit peu la consultation ou trouvent des excuses pour la retarder. »

1.3 Manque d'assiduité, désintérêt

La médecin 1 (M1) se rend compte, en interrogeant ses patientes, que certaines d'entre elles n'ont pas eu de suivi gynécologique depuis des années.

E1 L16 : « (...) elles n'ont rien fait depuis des années. »

Plusieurs médecins pensent que les femmes ne se sentent pas concernées et ne s'intéressent pas au dépistage du CCU.

E2 L12-13 : « (...) les femmes se sentent concernées ? Alors euh pas forcément »

E6 L9 : « (...) les femmes qui ne se sentent pas toujours concernées. »

E7 L22-23-24 : « Est-ce que vous avez l'impression que les femmes se sentent concernées ? Qu'elles vous en parlent de manière euh... Non ah non, c'est rarissime. »

E10 L10-11 : « (...) les femmes se sentent concernées ? Pas forcément, pas toujours. »

D'autres pensent que les femmes font preuve d'un manque d'assiduité et ne réalisent pas leur FCU régulièrement, notamment après la fin des grossesses ou après la ménopause.

E6 L13 : « « Oui le gynéco je l'ai vu quand j'étais enceinte et depuis je ne suis pas retournée » (...) »

E13 L13-14-15-16 : « La majorité des femmes, bon après je ne sais pas si c'est juste local ou c'est euh national, en tout cas elles vont voir leur gynéco régulièrement jusqu'à une certaine tranche d'âge et après elles n'y vont plus. Donc, tout simplement. »

E15 L20-21-22 : « (...) beaucoup de femmes une fois qu'elles ont accouché de leur dernier enfant, elles laissent passer le gynécologue complètement. »

E15 L76-77 : « Souvent, la question se pose de nouveau vers la ménopause et quand on leur demande, on se rend compte que ça fait longtemps qu'elles ne sont pas allées. »

Le médecin 4 (M4) estime que les patientes ne sont pas compliantes.

E4 L6 : « Les patientes ne sont pas compliantes »

1.4 Pas de communication de la patiente vers le médecin traitant

Bon nombre de médecins (la M1, le M2, le M4, la M5, la M8, la M9, la M10, la M11, le M12, la M13, le M14 et le M15) n'ont pas de demande de la part des patientes concernant le FCU. Il en ressort que les patientes n'interrogent pas le médecin sur le dépistage du CCU.

Pour exemple :

E1 L12 : « Elles ne nous en parlent pas »

E2 L13 : « Alors euh pas forcément parce que euh il y a pas beaucoup de femmes qui me posent la question. »

E8 L12-13 : « (...) vous avez l'impression que les femmes se sentent concernées ? Elles vous en parlent ? Non non, si nous on n'en parle pas, c'est pas elles qui vont venir nous demander. »

E12 L12-13 : « Qu'elles vous en parlent ? Spontanément, certainement pas. »

E14 L10-11-12 : « Elles vous en parlent ? Pas systématiquement »

Le médecin 5 (M5) et le médecin 11 (M11) expliquent ne jamais avoir eu une seule demande pour le dépistage du CCU.

E5 L13 : « (...) il n'y a jamais personne qui m'a demandé pour faire le dépistage du cancer du col de l'utérus. »

E11 L16-17-18 : « (...) qu'elles t'en parlent ? Qu'elles m'en parlent, non. Non, c'est rare euh, des femmes qui viennent, euh, qui, qui évoquent le sujet d'elles-mêmes, franchement non, ça je crois que ça m'est, ça m'est même jamais arrivé. »

Le médecin 15 (M15) explique qu'il a rarement de la demande pour adresser une patiente pour faire son FCU.

E15 L51-52 : « (...) si elle vous le demande vous adressez plutôt vers le gynécologue ? J'ai rarement de la demande de la patiente. »

1.5 Mauvaise information

Deux des médecins interrogés pensent que les femmes ne sont pas bien informées en général sur le CCU et le FCU.

E5 L17 : « (...) je pense plutôt qu'il y a un manque d'information auprès des patientes en général. »

E7 L27 : « On les informe peut-être pas assez là-dessus hein. »

Le M3 estime qu'il faut leur rappeler les risques et la fréquence du CCU.

E3 L12 : « (...) il faut le rappeler je pense les risques et la fréquence de ce cancer »

La médecin 9 (M9) pense que les femmes ne sont pas informées sur la possibilité de réaliser les FCU en laboratoire.

E9 L41-42 : « La plupart des femmes ne savent pas que les laboratoires en font (...) »

2. Les médecins généralistes

2.1 Considération d'un suivi gynécologique suffisant

Certains médecins interrogés (trois) délèguent le suivi et le dépistage du CCU par FCU aux gynécologues.

E5 L8 : « (...) je compte plus sur le gynéco quoi. »

E10 L99 : « Bon le gynéco, il suit donc voilà. »

E15 L6 : « (...) je délègue euh au gynécologue »

Trois des médecins interrogés estiment que les femmes vont consulter leur gynécologue.

E1 L10 : « (...) les femmes vont aussi beaucoup voir leur gynéco »

E3 L46-47 : « (...) *c'est plus parce qu'elles vont voir le gynécologue ? C'est ça, oui.* »

E4 L33 : « (...) elles ont plus tendance à aller chez le gynécologue. »

Selon la médecin 13 (M13), les médecins généralistes pensent que les femmes sont suivies par le gynécologue et qu'ils n'ont pas besoin d'intervenir.

E13 L26-27 : « Mais, euh, après, à mon avis, ils doivent se dire que c'est le gynéco. Elle va le voir et elle se débrouille. »

Le médecin 14 (M14) pense que les médecins généralistes considèrent que leurs patientes sont sérieuses et sont régulièrement suivies par le gynécologue.

E14 L19-20 : « (...) dans l'imaginaire du médecin généraliste, les patients sont sérieux, enfin les patientes. Elles vont régulièrement voir leur gynéco (...) »

La M1 pense que les patientes communiquent plus sur le dépistage avec le gynécologue qu'avec le médecin traitant.

E1 L12 : « (...) je pense qu'elles en parlent au gynéco. »

La médecin 11 (M11) explique qu'elle délègue une partie de l'examen clinique gynécologique tel le toucher vaginal aux gynécologues.

E11 L66-67 : « (...) je fais pas de, de toucher vaginal ou quoi, ça c'est, ça c'est leur boulot aux gynécologues. »

2.2 Pas de systématisation de l'interrogatoire

2.7.1 Pratique personnelle

La M1 explique qu'elle n'interroge pas ses patientes systématiquement et y pense surtout chez les femmes qui viennent pour un renouvellement de pilule. En dehors de ça, elle n'y pense pas. La M11 interroge ses patientes quand elles viennent pour un renouvellement de pilule.

E1 L45-46 : « (...) vous pensez à demander en général si le frottis est fait ? Pas toujours. »

E1 L51-52 : « Et les patientes qui ne prennent pas de pilule, en dehors de ça, je n'y pense pas. »

E11 L19-20-21 : « (...) moi je leur pose euh, je leur pose la question, pas euh, à l'occasion d'une consult ordinaire mais quand les, certaines femmes viennent pour uniquement un renouvellement de, de pilule. À ce moment-là c'est moi qui introduis un petit peu le truc, euh, (...) »

Le M4 interroge rarement ses patientes et, s'il le fait, c'est lors d'une consultation pour une initiation de pilule, mais explique que c'est très rare.

E4 L13-14 : « Et vous demandez si le dépistage est fait chez vos patientes ? Non, rarement. »

E4 L38-39 : « Ça peut arriver que je pose la question de savoir si elles ont un gynécologue, parfois lors d'une première prescription de pilule et encore. Mais c'est exceptionnel quand même. »

Ces trois médecins n'interrogent donc pas ou rarement leurs patientes, à part lors d'une consultation spécifique d'initiation ou de renouvellement de pilule.

D'autres médecins expliquent qu'ils n'interrogent pas systématiquement leurs patientes. La M5 dit que, la majorité du temps, elle oublie.

E5 L31-32 : « Est-ce que tu penses à demander ou il y a des fois tu y penses pas ? La plupart du temps, je n'y pense pas. »

E6 L16-17-18 : « (...) vous vous pensez à poser la question aux femmes ou c'est que de temps en temps quand vous y pensez ? Non ce n'est pas systématique. »

Le médecin 7 (M7) répond qu'il doit sûrement oublier étant donné que le taux de dépistage du CCU est bas.

E7 L33-34 : « (...) le taux il est aussi bas c'est que j'oublie quand même euh trop souvent, sûrement. »

Sur l'ensemble des médecins ci-dessus, on retrouve le problème de la systématisation.

Le M10, quant à lui, dit interroger ses patientes.

E10 L14-15 : « (...) vous pensez que les médecins demandent si le frottis est fait ? (...) Moi je le fais. »

2.7.2 Pratique générale

Sur la pratique des médecins en général, il ressort que l'interrogatoire sur le dépistage du CCU n'est pas fait systématiquement et que les médecins ont tendance à oublier cette partie. La consultation de médecine générale classique ne fait souvent pas l'objet d'un interrogatoire sur le dépistage du CCU. On retrouve cela dans les interrogatoires de neuf médecins : M 1, 2, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15.

Pour exemple :

E2 L10-11 : « On pense pas forcément »

E6 L8-9 : « (...) les deux sont responsables : le médecin, qui ne pose pas toujours la question »

E7 L13-14 : « (...) ça peut passer à la trappe quand même hein, y'a sûrement mieux à faire. »

E10 L14-15 : « Moi je le fais. Après, tous les médecins ne le font peut-être pas. »

E11 L24 : « Pas, pas dans des consultations de routine je dirais. »

E15 L16-17 : « (...) les médecins pensent à demander si le frottis est fait ? Pas de façon systématique »

2.3 Manque de temps

Le médecin 6 (M6) explique qu'il manque de temps pour convaincre les femmes de se faire dépister.

E6 L14-15 : « (...) ça prend pas mal de temps pour convaincre quelqu'un quoi. »

La M8 dit qu'elle ne dispose pas d'assez de temps pour interroger les femmes sur leur suivi gynécologique.

E8 L7-8 : « (...) on n'a pas forcément le temps de faire tout le tour de la question hein je veux dire. »

2.4 Problème d'information

Le médecin 2 (M2) estime que les médecins généralistes ne sont pas assez sensibilisés au dépistage du CCU.

E2 L5 : « (...) pas assez sensibilisé euh au dépistage (...) »

La M11 se pose la question du manque d'information des médecins généralistes pour expliquer le taux bas du dépistage en Moselle, mais dit que les informations doivent être identiques sur l'ensemble de la France.

E11 L13-14 : « Manque d'information mais on a les mêmes informations que dans le restant de la France a priori euh, bon. »

Le M4 ne savait pas que les sages-femmes pouvaient réaliser les FCU.

E4 L41-42 : « Parce qu'il y a des sages-femmes qui font ça ? Ah je ne savais pas, appris ce jour. »

La M13, quant à elle, ignorait que les FCU pouvaient être réalisés en laboratoires d'analyses médicales.

E13 L70-71 : « On peut faire ça au labo ? Je savais qu'il faisait des prélèvements vaginaux... Après, en parlant de ça, je ne sais pas si les femmes euh, est-ce qu'elles vont aller dans un labo ? Ça me paraît compliqué. »

2.5 Désintérêt pour la gynécologie

Le M2 pense que peu de médecins sont intéressés par le suivi gynécologique de leurs patientes.

E2 L6-7 « (...) peu de médecins euh qui s'intéressent en fait hein à cette partie-là (...) »

Le M4 dit ne pas s'occuper de gynécologie dans sa pratique quotidienne.

E4 L14 : « Parce que c'est vrai que je ne m'occupe pas de gynécologie. »

2.6 Patientèle plus âgée

Le M4 se justifie en expliquant que sa patientèle est plutôt âgée.

E4 L11-12 : « (...) d'autant plus que j'ai une patientèle plus âgée, au-delà de 60-65 ans, souvent les femmes, euh bon. »

2.7 Résultats des FCU effectués par des confrères

2.7.1 Simple retour oral de la patiente

La M1 et la M13 n'ont pas les résultats des FCU de leurs patientes et se contentent de ce que leur disent leurs patientes et parfois les patientes leur montrent la copie du FCU.

E1 L90-91-92-93-94 : « (...) j'ai parfois des résultats et parfois non. Je ne sais pas. Je pense que la plupart du temps, c'est le gynécologue qui a le résultat puisque les patientes me disent que (...) « il m'a dit que s'il y avait quelque chose, il m'appellerait ». Et quelques fois, c'est elles qui me montrent le résultat mais je ne l'ai pas systématiquement, loin de là. »

E13 L27-28-29 : « Je peux lui demander si elle a vu son gynéco et bon, elle peut me dire oui, elle peut me dire non. Je ne suis pas plus avancée vu que je ne reçois pas de compte-rendu. Je ne reçois rien. »

2.7.2 Nécessité des résultats pour une prescription

Le médecin 12 (M12) exige la copie du FCU à ses patientes et ne renouvelle pas la pilule s'il ne l'a pas.

E12 L21-22-23 : « C'est-à-dire que quand je fais le renouvellement de pilule, je dis toujours aux patientes que je veux avoir, pour le renouvellement, le, le frottis, la copie du frottis tous les deux ans. Je demande systématiquement biologie et frottis tous les deux ans. Sinon je ne fais pas. »

2.7.3 Réception systématique

Le M6 trouve que la coordination entre les généralistes et les gynécologues se passe bien.

E6 L21-22-23 : « (...) *bonne coordination entre les médecins généralistes et les gynécologues ?* Ouais, en général, ça se passe bien ouais. »

Le M12 a systématiquement un retour du gynécologue.

E12 L27-28 : « (...) j'ai toujours un petit retour du gynéco pour être sûr déjà que la patiente est bien allée voir le gynéco. »

Le M15 n'a pas de difficultés à avoir la copie du frottis de ses patientes.

E15 L88-89 : « Ça, on a quand même un retour de manière assez régulière. Je pense pas que ce soit une difficulté. »

3. Les gynécologues

3.1 Problème d'accessibilité

Une partie des médecins interrogés donne pour explication à l'insuffisance de FCU en Moselle, le problème de l'accessibilité des gynécologues avec de longs délais d'attente pour avoir un rendez-vous.

E3 L8 : « (...) délai d'attente pour arriver chez l'obstétricien ou le gynécologue. »

E8 L81-82 : « (...) plutôt que d'attendre six mois pour aller chez le gynécologue. Parce qu'il y a de moins en moins de gynécologues quand même, il faut le dire. »

Les médecins M4, 6 et 8 expliquent cela par un manque de gynécologues, avec de nombreux gynécologues qui sont partis à la retraite.

Pour exemple :

E8 L5-6 : « (...) le problème des consultations gynécologiques. On manque déjà de gynécologues »

E15 L9-10 : « (...) liée à l'accessibilité parce qu'il y a beaucoup de gynécologues qui sont partis à la retraite, basiquement. »

Le M9 se pose la question s'il y a moins de gynécologues en Moselle qu'ailleurs.

E9 L6-7 : « (...) il y a peut-être moins de gynécologues qu'ailleurs éventuellement.

Le M12 pense qu'il y a encore des gynécologues pour le moment mais que la situation va vite se dégrader.

E12 L67 : « Pour l'instant euh, pour l'instant, il y en a encore mais ça risque de ne pas durer... »

3.2 Manque de coordination et de communication avec le médecin traitant

Nombre de médecins (la M1, le M2, le M3, le M4, le M7, la M9, la M10, la M11, la M13 et le M14) soulignent le problème de communication entre le généraliste et le gynécologue et l'absence de coordination.

Les médecins généralistes n'ont pas systématiquement de compte-rendu ni de retour des FCU de leurs patientes.

Pour exemple :

E3 L55-56 : « (...) la communication généralistes/gynécologues est quand même assez floue. Très peu de communication. »

E4 L67-68 : « (...) on n'a pas de retour du gynécologue en général. »

E9 L29-30-31 : « Non, en tout cas, moi, je n'ai pas beaucoup de résultats »

E11 L57-58-59 : « (...) qu'il y a une bonne coordination entre les généralistes et les gynécologues ? Non. On a rarement des retours euh, on a rarement des retours de, de gynécologues, de courriers, de ... non »

La M1 explique qu'il y a une communication quand il y a un problème avec une patiente.

E1 L38-39 : « S'il y a un problème, ils appellent ou ils font un courrier. »

La M9 et le M14 expliquent que la coordination est compliquée en général et pas seulement avec les gynécologues. Le M14 souligne les problèmes de communications également retrouvés avec les psychiatres.

E9 L32-33 : « Mais ça, ce n'est pas que pour les frottis, c'est une réalité générale. La coordination, disons que ce serait super. Mais en réalité, c'est compliqué »

E14 L43-44-45-46 : « (...) c'est vraiment euh le monde autistique entre les deux. (...) Mais c'est euh voilà... Entre médecin généraliste/psychiatre, médecin généraliste/gynéco, je crois que c'est vraiment les deux spécialités qui euh posent problème au niveau, euh communication. »

La M8 pense qu'on a un compte rendu quand on demande (lettre faite au gynécologue).

E8 L27-28 : « Vous avez des retours en général ? Si on demande. »

La M13 souligne le fait que l'accès direct aux gynécologues pose le problème de la communication entre généralistes et gynécologues et engendre des problèmes de suivi des femmes.

E13 L5-6 : « (...) je disais que le euh le problème c'est que le gynécologue est en accès direct (...), c'est pas inclus dans la filière de soins. »

3.3 Divergence des recommandations et pratiques

La M13 évoque un problème de recommandations sur la pratique des FCU au sein des gynécologues, en mettant en avant les pratiques différentes en ce qui concerne l'âge de début et la fréquence. Nous pouvons souligner que les gynécologues qu'elles considèrent « old fashion » sont, en fait, ceux qui respectent les recommandations.

E13 L 64-65-66-67-68 : « Et encore, et encore euh, on n'est pas très au clair euh, parce que moi j'ai des gynés un peu plus « old fashion » qui vont me dire « moi je ne fais pas de frottis avant l'âge de 25 ans », d'autres qui vont me dire « non il faut faire un frottis au bout d'un an de vie sexuelle », d'autres vont me dire « il faut faire un frottis tous les 2 ans », un autre qui va me dire qu'il faut faire un frottis tous les ans. Chaque femme va me sortir une version différente hein. »

Le M12 exige une copie du frottis à ses patientes tous les deux ans pour le renouvellement de leur pilule, alors que les recommandations, en l'absence d'anomalie, sont un FCU tous les trois ans.

E12 L21-22-13 : « C'est-à-dire que quand je fais le renouvellement de pilule, je dis toujours aux patientes que je veux avoir, pour le renouvellement, le, le frottis, la copie du frottis tous les 2 ans. Je demande systématiquement biologie et frottis tous les deux ans. »

Chez ces deux médecins, les recommandations pour la pratique du FCU ne sont pas exactes.

4. La CPAM : pas de dépistage organisé

La M9 pense que le dépistage du CCU devrait être systématisé comme c'est le cas pour le cancer du sein et du côlon.

E9 L70-71 : « Je ne comprends pas pourquoi le frottis n'est pas concerné par un dépistage systématique comme c'est fait avec le cancer du sein et le cancer du côlon. »

La M10 pense que les dépistages organisés du sein et du côlon ne sont pas très bons mais qu'ils ont au moins le mérite de faire parler la patiente du problème au médecin généraliste. Elle pense que la CPAM essaie de faire un dépistage organisé pour le CCU.

E10 L77-78-79-80-81 : « Après, bon, on n'a pas vraiment de bons dépistages, dans le dépistage du cancer du sein et du côlon et je crois qu'ils essaient de faire la même chose pour le col de l'utérus. Donc je ne sais pas si ça va marcher pour ce dépistage-là. Bon après, c'est au moins euh au moins une façon de pouvoir en parler voilà ou aux patientes de nous en parler d'elles-mêmes. « Tiens j'ai eu un courrier donc j'en parle » donc voilà euh. Après c'est vrai que comme ça sur le sur le coup, là tout de suite... »

La M13 regrette l'absence de système organisé comme pour le cancer du sein et le cancer du côlon, à la fois pour l'organisation des médecins généralistes et pour l'information des patientes.

E13 L16-17-18 : « (...) il nous arrive de leur demander mais c'est vrai qu'on n'a pas un système mis en place comme pour le cancer du sein ou du côlon. Là, elles ont l'habitude, elles savent comment ça se passe. Pour le reste, c'est plus compliqué. »

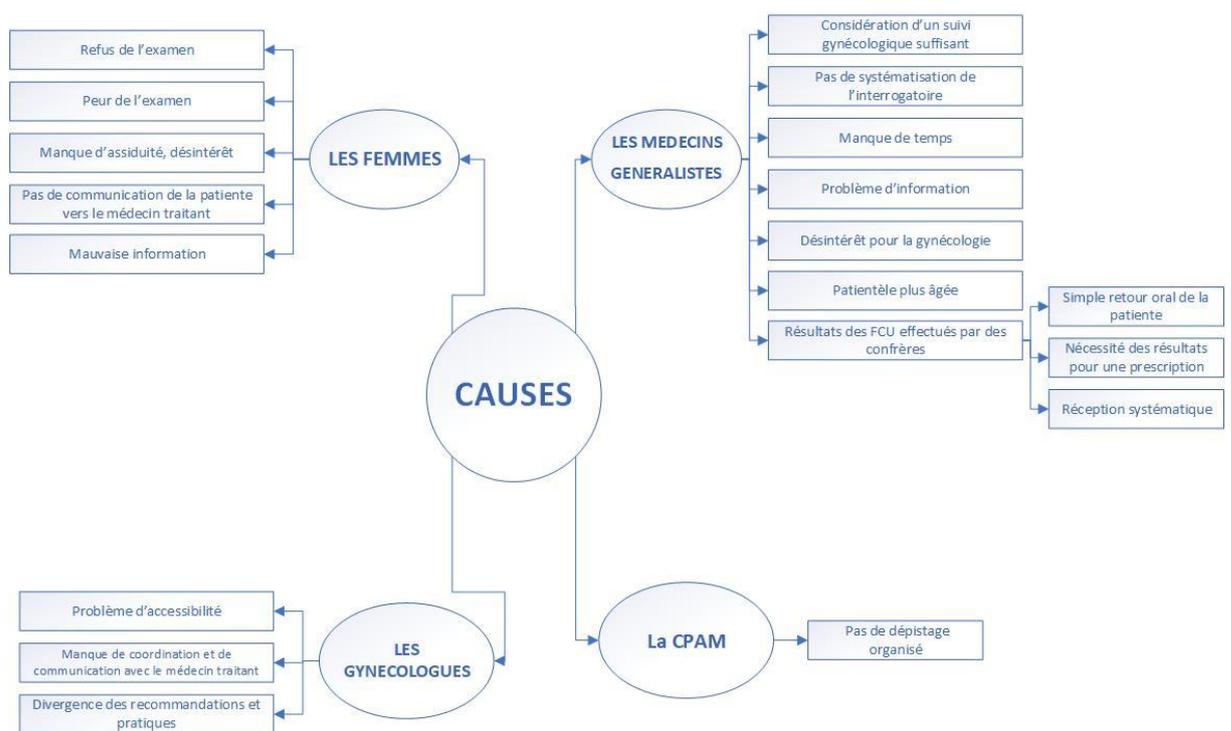


Figure 6 : Causes à l'insuffisance de FCU

IV. Freins à la réalisation du frottis en cabinet de médecine générale

1. Pratiques des médecins interrogés

1.1 Ne réalisent pas de FCU

Treize des médecins interrogés ne pratiquent pas de FCU.

1.1.1 Pas de FCU sans formation

Les médecins M4, M5, M8 et M14 ne pratiquant pas de FCU n'ont pas la formation à la réalisation du FCU.

Pour exemple :

E4 L22 : « Moi, je n'ai pas eu de formation. »

E4 L22 : « (...) j'en fais pas du tout »

1.1.2 Pas de FCU avec formation

Cinq médecins (le M2, le M6, la M10, la M11 et la M13) ont la formation nécessaire à la pratique du FCU mais n'en ont jamais réalisé en cabinet de médecine générale.

Pour exemple :

E11 L34 : « Moi j'ai fait euh, quand je remplaçais euh »

E11 L59-60 : « (...) *les frottis là tu n'en fais pas du tout ?* Non. »

E13 L35-36 : « Bon moi, j'ai fait des stages en gynéco euh. J'ai bossé en maternité. Un frottis, je sais faire. »

E13 L53-54-55 : « *Donc vous, des frottis, vous en faites pas du tout ?* Depuis que je suis installée ? Non. Depuis que je suis installée, je n'en fais pas parce que je ne fais pas de gynéco donc il faut, il faut, ouais, non, je n'en fais pas. »

1.1.3 En pratiquaient mais n'en font plus

Quatre médecins (la M1, la M9, le M12 et le M15) pratiquaient des FCU lors de leur installation mais n'en font plus à ce jour.

Pour exemple :

E1 L21-22-23-24 : « *Est-ce que vous pensez que les médecins ont la formation à la réalisation du frottis en cabinet de médecine générale ?* Moi je sais que j'ai appris comme ça sur le tas. On l'a pas appris à la fac. C'était quand même il y a longtemps (...) »

E1 L24-25 : « (...) donc euh oui j'en ai fait au début. Et après il y a les gynécos qui se sont installés et j'ai arrêté d'en faire. »

E12 L14-15 : « Je faisais des frottis, je faisais des suivis de femmes enceintes. »

1.2 Font des FCU

Deux des quinze médecins interrogés pratiquent des FCU.

E3 L29 : « *Ta pratique en ce qui concerne les frottis, donc tu en fais ? Oui.* »

E7 L9 : « (...) on le fait nous-mêmes d'ailleurs, on fait les frottis. »

2. Renvoient aux autres professionnels de santé

2.1 Les confrères ou consœurs généralistes

Le M7 adresse, par la force des choses, les patientes à ses collègues généralistes féminines au sein de leur cabinet de groupe.

E7 L71-72-73-74 : « Ben un peu moins souvent depuis que je suis associé avec C., ça joue parce que avant j'étais, avant j'étais dans un cabinet de groupe, on n'était qu'à deux, maintenant on est à cinq. Et comme je bosse avec euh quatre collègues femmes euh il y a aussi pas mal de euh de patientes qui ont dû basculer euh chez mes collègues pour ça. »

2.2 Les gynécologues

L'ensemble des praticiens interrogés, y compris les médecins réalisant des FCU, adresse leurs patientes chez le gynécologue en premier lieu.

Pour exemple :

E2 L52 : « Chez le gynécologue médical de ville. »

La M1, le M4, la M5, le M6, la M8, la M11, le M12 et le M14 adressent exclusivement leurs patientes aux gynécologues.

Pour exemple :

E11 L72-73 : « Et ben leur gynécologue traitant, et si elles en ont pas, bon, on a, on a deux-trois gynécologues ici, euh voilà, je leur adresse quoi hein. »

2.3 Les sages-femmes

Quatre des médecins interrogés (le M2, le M3, la M13 et le M15) adressent, entre autres, leurs patientes à une sage-femme pour réaliser leurs FCU.

Pour exemple :

E3 L36 : « (...) parfois sages-femmes. »

2.4 Les laboratoires

Cinq médecins sur les quinze interrogés (le M3, le M7, la M9, la M10 et le M15) adressent parfois leurs patientes aux laboratoires d'analyses médicales pour réaliser leurs FCU.

Pour exemple :

E9 L41 : « (...) soit dans un laboratoire »

La M10 le fait mais n'aime pas trop.

E10 L52 : « Alors si au laboratoire j'ai déjà fait mais bon c'est vrai que j'aime moins. »

Le M15 déclare avoir essayé mais que ses patientes refusaient.

E15 L56-57 : « *Au laboratoire ?* Laboratoire, j'ai essayé. Mais c'est les dames qui ne veulent pas. »

3. Manque de formation et d'expérience

3.1 Pas de formation à la réalisation du frottis

Pour huit des médecins interrogés (le M2, la M5, le M6, la M8, la M9, la M10, le M12 et le M14), un des freins à la réalisation du frottis est le manque de formation des médecins généralistes.

Pour exemple :

E6 L20 : « Oui je pense qu'il y a un problème de formation »

E10 L19-20 : « (...) je ne suis pas sûre qu'on ait la bonne formation. Si on ne passe pas en maternité, on ne fait pas. »

La M5 explique que les FMC n'abordent pas le sujet du FCU.

E5 L6 : « Dans les FMC, on n'en parle pas non plus. »

3.2 Pas de formation durant le cursus universitaire

Cinq des médecins généralistes interrogés (la M1, le M2, le M4, la M5 et le M14) soulignent un manque de formation à la pratique du FCU par la faculté de médecine, durant le cursus de médecine générale.

Pour exemple :

E1 L23 : « On l'a pas appris à la fac. »

E2 L24-25 : « Donc celui qui a choisi ben pédiatrie il n'aura jamais vu comment faire un frottis de sa vie. Donc, à moins de faire un DU, il n'en verra pas. »

E14 L25-26-27 : « Euh, après je sais pas, je sais pas si dans votre cursus vous avez été sensibilisés à ça au frottis... Moi, je ne, je ne me souviens pas en avoir fait beaucoup. J'en ai fait une fois dans un stage quand j'étais externe. »

3.3 Peur de mal faire

La M5 et la M10 ont toutes les deux les mêmes craintes par rapport à la réalisation du FCU avec cette peur de mal faire et de devoir reconvoquer la patiente pour recommencer.

E5 L51-52 : « (...) il faut bien prélever de l'endocol et de l'exocol. Après, c'est plus la peur de mal faire si jamais il n'est pas validé. Tu es obligée de reconvoquer la patiente et ce n'est déjà pas agréable. »

E10 L41-42 : « Mais bon voilà c'est plutôt le fait d'avoir peur de ne pas le faire correctement, de ne pas être à l'aise et de faire mal. »

Le M14 ne se sent pas à l'aise par rapport à la réalisation du geste technique.

E14 L32 : « Non. C'est plus le geste en lui-même. »

3.4 Manque d'expérience

La M5 et la M10 pensent qu'il est nécessaire d'acquérir de l'expérience avant d'en réaliser en cabinet de médecine générale.

E5 L52-53 : « S'il faut faire, il faut déjà en faire beaucoup pour avoir la main. »

E10 L59-60-61 : « (...) *vos raisons pour lesquelles vous en faites pas, c'est plutôt cette peur que vous m'expliquez de mal faire hein ?* Par manque d'expérience euh oui voilà. »

4. Gêne liée à l'aspect humain

4.1 Gêne des patientes envers le médecin traitant

Certains médecins (le M2, le M6, le M7 et le M14) pensent que l'un des freins à la réalisation du FCU par le médecin traitant est la gêne des patientes.

Pour exemple :

E6 L28-29-30-31 : « Et puis je pense que oui il y a une gêne. Elles n'aimeraient pas, pour certaines que le médecin généraliste fasse le frottis. »

E7 L50-51 : « (...) il y a des femmes qui sont peut-être un peu gênées hein ça peut être des femmes jeunes euh enfin du fait que ce soit le médecin traitant des fois elles sont dérangées. »

La M10 explique qu'elle remarque cette gêne lorsqu'elle propose un examen gynécologique pour un problème génital.

E10 L30-31-32 : « Et autant il y en a qui sont réticents à ce que le médecin généraliste le fasse. On le voit bien quand on veut faire un examen pour un problème d'ordre génital. Des fois, elles ne veulent pas montrer. Donc, je pense qu'il y a de la gêne. »

Le M15, qui faisait initialement des FCU, explique avoir arrêté d'en faire du fait de la gêne des patientes envers lui, médecin traitant.

E15 L26-27 : « (...) les dames à qui je l'avais proposé au départ, il y avait une certaine réticence du fait d'être le médecin de famille. »

Pourtant, certains médecins interrogés pensent, qu'au contraire, certaines femmes aimeraient faire leur FCU chez les médecins généralistes, du fait de **la confiance** qu'elles leur accordent.

La M1 explique que ce sont les patientes qui lui demandaient de faire leur dépistage chez elle, à l'époque où elle les pratiquait. On retrouve donc une confiance de la patiente envers son médecin traitant.

E1 L35-36 : « (...) c'est les patientes qui voulaient que ce soit moi qui le fasse. »

La médecin 8 (M8) pense que les femmes préféreraient venir faire leur FCU chez les médecins généralistes du fait du bon contact avec le médecin traitant.

E8 L80 : « Et à mon avis elles préféreraient même venir faire leurs frottis chez nous »

E8 L84-85 : « Donc du coup, on pourrait plus facilement je pense et il y a un bon contact avec le médecin traitant je pense. »

La médecin 10 (M10) explique que certaines patientes demandent si elle pratique les FCU.

E10 L29-30 : « Alors autant il y a des patientes qui vont demander euh est-ce que vous le faites ? »

Ces trois médecins sont des femmes.

4.2 Problème lié au genre masculin

4.2.1 Gêne du médecin envers ses patientes

Trois des médecins interrogés (le M2, le M3 et le M14), tous des hommes, pensent qu'il peut y avoir une gêne du médecin envers ses patientes.

Pour exemple :

E2 L34 : « Après c'est vrai que pour certains médecins, il peut y avoir une gêne (...) »

Le M14 explique que, s'il ne réalise pas de FCU, c'est, en partie, à cause de la gêne qu'il éprouve envers ses patientes.

E14 L72-73 : « C'est plus un manque de formation hein et plus une gêne. »

4.2.2 Peur du procès

Le M12 explique qu'il devient difficile d'examiner correctement une patiente du fait des éventuels risques de procès. Il dit que c'est ce qui est arrivé à un de ses confrères.

E12 L47-48-49-50 : « Alors avec l'évolution des choses euh qu'on connaît partout, je ne sais pas. Là, vous tombez dans quelque chose euh, là on a plus le droit d'examiner les gens, ça devient compliqué. Il y a un confrère qui a eu de gros soucis sur Metz, un confrère dans l'administration. Voilà, je n'en dirai pas plus. On lui reproche d'avoir fait son travail. Donc ça devient compliqué. »

4.2.3 Problème pour les médecins hommes de faire des examens gynécologiques et FCU

Le M6 explique que l'examen gynécologique est compliqué chez certaines populations féminines du fait de son sexe.

E6 L35-36 : « (...) c'est très délicat comme les patientes d'origine d'Afrique du Nord. Toi tu as la chance d'être une femme. »

Le M7 explique qu'il réalise moins de FCU depuis qu'il est associé à trois femmes au sein d'un cabinet de groupe.

E7 L71-72-73-74 : « Ben un peu moins souvent depuis que je suis associé avec C., ça joue parce que avant j'étais, avant j'étais dans un cabinet de groupe, on n'était qu'à deux, maintenant on est à cinq. Et comme je bosse avec euh quatre collègues femmes euh il y a aussi pas mal de euh de patientes qui ont dû basculer euh chez mes collègues pour ça. »

5. Désintérêt du médecin

5.1 Problème de volonté

Le M2 et le M7 pensent que beaucoup de médecins ne veulent pas faire de FCU.

Pour exemple :

E7 L48 : « Donc j pense qu'il y a des gens des médecins qui ne veulent pas le faire. »

Le M12 pense qu'il y a un manque de motivation de la part des médecins généralistes pour la réalisation du FCU.

E12 L97 : « (...) vraiment un problème de formation/motivation du médecin. »

La M13 va également dans ce sens en expliquant que seuls les médecins passionnés par la gynécologie feront des FCU.

E13 L57-58 : « C'est vraiment ceux qui sont vraiment passionnés par la gynéco qui font beaucoup de gyné. Mais sinon euh, ils en font pas. »

Ces quatre médecins pensent donc qu'il y a un problème de volonté/motivation de la part des médecins généralistes pour la réalisation du FCU.

5.2 Aversion pour la gynécologie

Une des autres raisons pour lesquelles la M11 ne fait pas de FCU est le fait qu'elle déteste la gynécologie.

E11 L44 : « (...) moi personnellement je déteste la gynécologie. »

6. Contraintes liées au temps

6.1 Manque de temps

Beaucoup de médecins interrogés (la M1, le M3, la M9, la M10, la M11, le M12 et la M13) soulignent le manque de temps dans leur pratique quotidienne.

Pour exemple :

E12 L17-18 : « (...) parce que je n'ai plus de temps, ce qui n'est pas la même chose. Voilà, tout simplement. »

E13 L37-38-39 : « Le souci, c'est le temps, le temps, le temps, le temps... Tellement de prévention, tellement de soins, tellement de curatif sur d'autres choses, plus les urgences maintenant qu'on gère plus ou moins... Ça devient compliqué. »

La M5 explique qu'il est compliqué de trouver le temps pour réaliser un FCU en plus d'une consultation « classique » de médecine générale.

E5 L28-29-30 : « Même si c'est que 5 ou 10 minutes pour le réaliser, c'est toujours ça en plus d'une consultation classique. Sinon on ne s'en sort pas. »

La M9 explique avoir été submergée de travail et ne pas trouver le temps de caser des FCU dans ses consultations.

E9 L21 : « (...) j'ai été rapidement submergée par le reste du travail. »

6.2 Geste chronophage

La M11 ne fait pas de FCU car elle trouve l'acte chronophage.

E11 L44-45 : « (...) faire un frottis en cabinet, euh, pour moi c'est chronophage. »

6.3 Multiplicité des motifs de consultation

Pour la M5, la réalisation d'un FCU est un motif supplémentaire lors d'une consultation classique et la rend complexe.

E5 L27-28 : « C'est sûr que sur une consultation où il y a déjà plusieurs motifs, c'est dur de dire à la fin qu'on va encore faire un frottis. »

La M13 explique que les consultations aux multiples motifs sont propres à la médecine générale et que cela rajouterait un motif de consultation supplémentaire et, surtout, une fonction supplémentaire aux médecins généralistes et qu'ils ne peuvent pas tout gérer.

E13 L91-92-93-94-95-96-97-98 : « (...) vous ne trouverez pas ailleurs, elles vont venir pour leur frottis et hein la consultation va dégénérer en consultation de médecine générale. Donc, en même temps que son frottis, elle va me demander parce qu'elle a une verrue, elle va me demander parce qu'elle a la gorge qui gratte, elle va me demander parce qu'elle a un bouton sur la peau. Et finalement, plus le temps de gestion elle s'habille, elle se déshabille. Et en même temps hein vu que je suis gynéco, apparemment c'est ce qu'elle va penser dans sa tête, bon bah, en même temps, mon sein, j'ai un truc. Après bon bah, voilà au lieu de un quart d'heure, je vais passer trois quarts d'heure avec la patiente. »

7. Contraintes logistiques

7.1 Matériel

Sept des médecins interrogés (le M2, le M4, le M6, la M8, la M9, la M11 et le M15) n'ont pas ou n'ont plus le matériel nécessaire à la réalisation du FCU en cabinet de médecine générale.

Pour exemple :

E4 L53-54 : « (...) il n'y avait pas de matériel, j'ai pas de table d'examen gynécologique, j'ai pas de quoi faire donc difficile. »

E6 L41-42 : « (...) je ne dispose pas du matériel. Vu que je n'en fais pas, je ne vois pas l'utilité d'avoir le matériel. »

E11 L79-80 : « (...) niveau matériel, ça nécessite soit qu'on ait des speculums jetables, soit qu'il faut stériliser le matériel ou quoi, bon, c'est pas le plus gênant mais n'empêche qu'il faut le faire »

Le M2 pense que beaucoup de médecins sont dans le même cas et n'ont pas le matériel.

E2 L21-22 : « (...) y a déjà beaucoup de médecins qui n'ont pas de matériel. Euh il faut être équipé, il faut avoir les étrières, et euh se rapprocher d'un labo pour avoir le matériel. »

7.2 Organisation

La M9 et la M13 soulignent des problèmes d'organisation au sein de leur cabinet de médecine générale.

La M9 explique que, lorsqu'elle en faisait, il fallait qu'elle monte sa table gynécologique puis la démonte, n'ayant pas la place pour la laisser en place.

E9 L21-22 : « (...) c'était du coup assez compliqué. Et il fallait que je démonte tout. »

La M13 dit que l'organisation globale (déshabillage de la patiente, mise en position gynécologique, réalisation du FCU, envoi au laboratoire) est complexe.

E13 L39-40-41 : « Là, là, il faut la mettre en position gynécologique, il faut qu'elle se déshabille, il faut voilà, il faut faire le frottis, il faut envoyer au labo... C'est complexe. »

8. Présence des gynécologues

8.1 Installations des spécialistes en gynécologie

La M1 et le M12 expliquent avoir diminué puis arrêté totalement leur activité gynécologique avec réalisation de FCU à la suite de l'installation des gynécologues près de leur lieu d'exercice.

E1 L24-25 : « Et après il y a les gynécos qui se sont installés et j'ai arrêté d'en faire. »

E12 L15 : « (...) il y avait beaucoup de gynécos dans la région donc j'en ai fait moins. »

8.2 Démographie de gynécologues suffisante dans le secteur

La M11 estime qu'il y a assez de gynécologues en Moselle et ne voit pas l'intérêt de se lancer dans le dépistage du CCU par réalisation du FCU.

E11 L90-91 : « Euh, là on a, on a quand même des gynécologues de proximité, je, je vois pas l'intérêt de, euh, de me lancer là-dedans alors qu'on a les spécialistes quoi. »

9. Aspect financier : problème de rentabilité

Six des médecins interrogés (dont un pratiquant des frottis et cinq n'en pratiquant pas) estiment que la cotation de l'acte FCU est insuffisante.

Pour exemple :

E3 L23-24 : « (...) *la cotation est assez incitative ?* Elle est légère. »

E5 L15 : « La cotation pourrait être bien plus importante. »

Le M2 explique que, s'il faut en plus acheter le matériel, la cotation est légère.

E2 L29-30-31 : « Euh donc là on est à 12,46 plus les 25 donc ça fait 37,46. Euh c'est quand même une consultation qui peut être longue. Je trouve que c'est un peu, un petit peu juste pour inciter certains médecins à les faire hein. Surtout qu'il faut acheter le matériel à côté. Oui donc effectivement c'est un peu light. »

La M11 explique que ce n'est pas rentable et que la cotation n'est pas proportionnelle à l'acte.

E11 L44-45 : « (...) faire un frottis en cabinet, euh, pour moi (...) et c'est pas rentable. »

Pour le M12, la cotation n'est pas proportionnelle au temps nécessaire à la réalisation du frottis.

E12 L39-40-41-42 : « (...) *la cotation est assez incitative ?* Je la connais pas. Je ne sais pas c'est combien à peu près la consultation ? *Ben un G plus 12 donc ça fait 37 et quelque chose.* Oui donc c'est pas beaucoup parce que ça prend du temps quand même. »

Pour le M15, si le FCU vient en plus d'une consultation pour d'autres motifs, la cotation est insuffisante.

E15 L33-34-35-36-37 : « (...) *la cotation est assez incitative ?* Je n'ai aucune idée de ce que ça représente. *La cotation est aux alentours de 37, quelque chose.* Le problème, c'est que si on fait que ça, ça peut aller. Mais si ça vient en plus de la consultation, c'est un peu plus compliqué. »

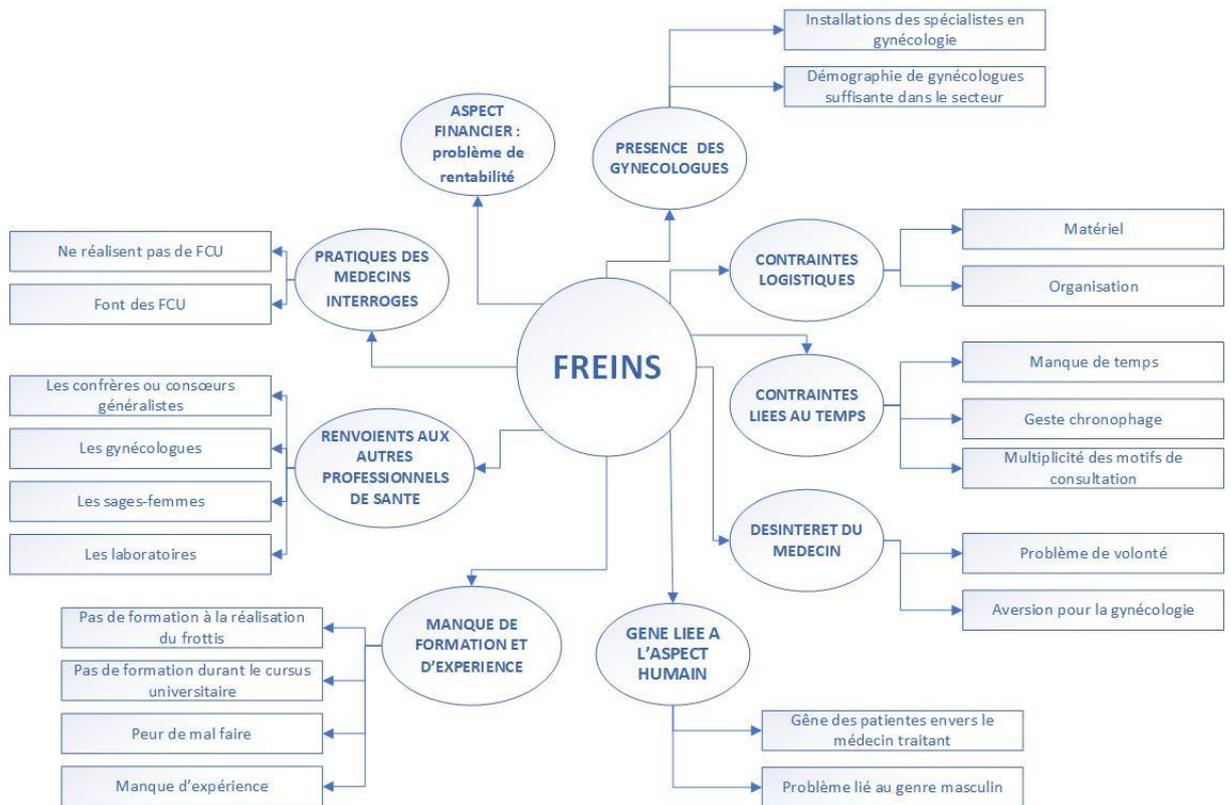


Figure 7 : Freins à la réalisation du FCU en cabinet de médecine générale

V. Pistes d'amélioration

1. L'influence de la ROSP et de la CPAM

1.1 Prime ROSP

Les avis sont partagés en ce qui concerne l'influence de la ROSP sur la pratique des FCU.

1.2.1 Avis positifs

Trois des médecins généralistes interrogés (la M1, le M2 et la M10) et qui ne pratiquent pas de FCU pensent que la ROSP pourrait les inciter à en faire.

Pour exemple :

E1 L74-75 : « (...) ROSP pourrait vous inciter à en faire ? Oui je pense que oui. »

E10 L73-74-75 : « (...) la ROSP pourrait vous inciter à en faire ? Alors la ROSP peut nous inciter à améliorer nos pratiques donc voilà, on essaie de respecter mais plus dans l'idée de faire de la bonne médecine. »

1.2.2 Avis négatifs

Le reste des médecins interrogés (le M3, la M5, le M6, le M7, la M8, la M9, la M11, le M12, la M13, le M14 et le M15) pense que la ROSP n'influence pas leur éventuelle pratique de FCU.

Pour exemple :

E6 L43-44-45-46 : « (...) la ROSP pourrait vous inciter à faire des frottis en cabinet de médecine générale ? Non, tu sais, maintenant je suis un vieux médecin, j'ai mes habitudes, c'est pas la ROSP qui va me faire changer. Et je pense que ça se passe bien comme ça »

E13 L89-90 : « (...) la ROSP pourrait vous inciter à en faire ? Non plus. C'est pas une histoire de sous. »

Le M4 dit qu'il ignorait que le dépistage du CCU faisait partie de la ROSP.

E4 L46-47 : « Et la ROSP ? Ah, la ROSP ! On la fait mais bon. Je la fais pour les pathologies cardiovasculaires et autres mais pas pour ça. Je ne savais pas que c'était dedans. »

1.2 Cotation

1.2.1 Avis positifs

Six des médecins interrogés pensent qu'une cotation plus attractive peut inciter les médecins généralistes à pratiquer des FCU.

E2 L84-85 : « (...) la cotation était plus attractive, ça changerait quelque chose ? Oui, pour certains médecins je pense oui. »

E12 L90 : « Et de rémunération correcte bien sûr aussi. »

Le M3 explique qu'un geste technique insuffisamment rémunéré ne va pas être fait.

E3 L57-58 : « (...) si la cotation était plus attractive tu penses que ça pourrait avoir une incidence ? Oui je pense. Un geste technique qui n'est pas bien payé ne va pas être fait. »

La M1, M10 et la M11 disent que ça ne changerait pas leur pratique personnelle mais n'excluent pas un changement chez les autres médecins.

Pour exemple :

E11 L143-144 : « Pour certains médecins peut-être que si. Euh, moi personnellement j'en suis pas à me dire, euh, je vais faire tel acte parce que c'est bien coté. »

1.2.2 Avis négatifs

Les autres médecins interrogés (le M4, la M5, le M6, le M7, la M8, la M9, la M13, le M14 et le M15) pensent que l'augmentation de la cotation du FCU ne changera pas le taux de dépistage et la réalisation des FCU par les médecins généralistes.

Pour exemple :

E13 L125-126 : « (...) cotation, selon vous, ça changerait quelque chose ? Non, non, c'est pas ça qui changera les choses. »

Le M4 et la M8 avouent ne pas connaître la cotation.

Pour exemple :

E8 L72-73 : « (...) cotation plus attractive ? Ben je ne la connais pas vu que je n'en fais pas donc non. »

2. L'information

2.1 Solliciter les femmes

2.2.1 Information individuelle de la patiente

Cinq des médecins interrogés (le M4, le M7, la M8, la M9 et la M10) parlent de mise en place d'un dépistage systématique comme solution pour augmenter le taux de dépistage du CCU.

Pour exemple :

E9 L70-71 : « Je ne comprends pas pourquoi le frottis n'est pas concerné par un dépistage systématique comme c'est fait avec le cancer du sein et le cancer du côlon. »

Le M7 pense qu'il faut faire de la prévention plus directe avec une implication des femmes via des invitations, comme pour les deux dépistages organisés du cancer du sein et du côlon.

E7 L16-17 : « (...) faire une prévention un peu plus directive comme on le fait avec le euh cancer du sein ou le cancer du euh du côlon, vraiment faire les invitations »

La M10 pense qu'un dépistage organisé pour le CCU est en train d'être mis en place et que ce serait l'occasion, pour les patientes, de venir en parler au médecin traitant.

E10 L77-78-79-80-81 : « Après bon on n'a pas vraiment de bons dépistages, dans le dépistage du cancer du sein et du côlon et je crois qu'ils essaient de faire la même chose pour le col de l'utérus. Donc je ne sais pas si ça va marcher pour ce dépistage-là. Bon après c'est au moins euh au moins une façon de pouvoir en parler voilà ou aux patientes de nous en parler d'elles-mêmes. « Tiens j'ai eu un courrier donc j'en parle » donc voilà euh. Après c'est vrai que comme ça sur le sur le coup, là tout de suite... »

Le M7 et la M8 parlent d'une campagne qui pourrait passer par Amodémaces pour le dépistage du CCU.

E7 L130-131 : « (...) une campagne de type Amodémaces. »

E8 L56-57 : « Passer peut-être par Amodémaces. »

2.2.2 Campagnes d'information médiatisées

La M1 et le M11 pensent qu'il faut faire des campagnes d'information médiatisée avec des affiches ou des publicités télévisées avec des images chocs, comme pour la sécurité routière, par exemple. Elles estiment qu'il faut montrer que c'est un cancer de la femme jeune pour sensibiliser les femmes de cette tranche d'âge.

E1 L78-79 : « (...) une campagne d'information pour rendre les patientes plus attentives à ça et de venir nous en parler éventuellement. »

E11 L96-97-98 : « Euh, ben, je pense que tout passe un petit peu par les, les campagnes de, de pub quoi hein, euh, je vois pas d'autre, ben, euh, mis à part des, des affiches, euh, des... Je pense que c'est, c'est comme tout, c'est comme la euh, la sécurité routière, il faut des images chocs quoi hein. »

E11 L103-104-105-106-107-108 : « Euh, je pense que pour les gens, il faut, (...), ce genre d'exemple choc quoi, en montrant que ça peut toucher (...) les 30 ans, euh, du cancer du col, ce qui, donc bien montrer que ça peut toucher aussi les femmes très très jeunes, euh, et ça, mis à part des, des campagnes chocs, euh, via des affiches (...) des spots TV, des choses comme ça hein, sinon y'a pas d'autres euh... »

2.2.3 Information des femmes via le médecin traitant

Le M3 et la M11 pensent qu'il est nécessaire d'inciter les médecins à mieux informer leurs patientes et, notamment, sur les risques et la fréquence du CCU ainsi que la nécessité du FCU.

E3 L12 : « (...) il faut le rappeler je pense les risques et la fréquence de ce cancer (...) »

E3 L49 : « (...) pour inciter les médecins à informer mieux leurs patientes (...) Pour les informer des risques et de la nécessité du dépistage dans la patientèle féminine et il y a quand même une minimisation du risque. »

E11 L110-111 : « (...) c'est notre boulot aussi je pense que c'est là-dessus qu'il faut, je pense que la finalité du, du projet c'est de dire que les, les, les généralistes doivent peut-être en parler un peu plus. »

2.2.4 Le ciblage de certaines femmes

Le M7 souligne le fait que les femmes qui ont déjà eu leurs enfants sont souvent celles chez qui le suivi est le moins bon et qu'il faudrait les cibler.

E7 L136-137-138-139-140 : « (...) après, hein, là où c'est plutôt compliqué c'est des filles un peu plus âgées qui n'ont pas eu de suivi gynéco et qui ont déjà des gamins. Quand on demande : « La dernière fois que vous avez vu un gynéco ? », c'est quand il est né quoi. Ah ok. Donc ça, c'est peut-être des filles qu'on oublie un peu. Elles ont l'impression qu'elles ont eu leur vie gynécologique, qu'elles ont fait leur job et basta. »

Pour le M15, ce sont les femmes approchant de la ménopause qui nécessitent une attention particulière.

E15 L76-77 : « Souvent, la question se pose de nouveau vers la ménopause et quand on leur demande, on se rend compte que ça fait longtemps qu'elles ne sont pas allées. »

2.2.5 Information sur les autres professionnels pratiquant des FCU

La M9 pense qu'il est important d'informer les patientes (et les médecins) sur la possibilité de réaliser leur FCU dans un laboratoire d'analyses médicales.

E9 L45-46-47-48-49 : « Enfin, moi je trouve que c'est un truc à développer ou enfin en parler. Et dire aux femmes qui n'ont pas le temps, qui ne savent pas si dans six mois elles pourront aller chez le gynéco, qu'elles peuvent aller au laboratoire. Pour beaucoup de femmes, ça les soulage de savoir qu'elles peuvent y aller quand elles le souhaitent et de ne pas devoir programmer. »

Pour la M13, il faudrait informer les patientes sur le fait qu'elles puissent aller chez une sage-femme pour faire leur FCU, notamment si elles n'ont pas de gynécologues ou ont un rendez-vous trop éloigné.

E13 L105-106-107-108 : « Moi, ce que je pourrais faire de mon côté, ce serait plutôt sur ce point-là, effectivement. Je pourrais, par exemple, dire aux femmes « ben si votre gynéco, vous n'avez pas de rendez-vous avant perpette, allez voir la sage-femme untel ou là, elle pourra vous le faire » quoi hein. »

2.2 Information des médecins

2.2.1 Les médecins traitants

Pour le M2, le M3 et le M4, il faudrait informer davantage les médecins généralistes et les sensibiliser au dépistage du CCU.

Pour exemple :

E3 L49 : « L'information auprès des médecins, pour inciter les médecins à informer mieux leurs patientes »

Le M6 pense qu'il serait judicieux d'avoir une information de la sécurité sociale sur les patientes n'ayant pas encore pratiqué leur FCU, comme c'est le cas pour le dépistage du cancer du sein et du côlon.

E6 L52-53 : « Une genre de liste comme on a pour les autres dépistages. »

E6 L56-57 : « (...) avoir un courrier de la sécu disant telle femme doit pratiquer son frottis ou a pratiqué son frottis. »

2.2.2 Les gynécologues

Pour la M13, il serait nécessaire de revoir les recommandations pour la bonne pratique du FCU.

E13 L109-110-111 : « (...) faire de la prévention auprès de gynécos. Et ils n'ont pas le même son de cloche sur les frottis. Donc peut-être déjà revoir les recommandations par rapport à ça. Et après, euh, leur en parler justement. »

3. Formation

3.1 Formation durant les études médicales

Le M4, le M12 et le M14 pensent qu'une formation à la pratique du FCU durant le cursus de médecine générale est nécessaire.

Pour exemple :

E14 L64-65 : « (...) ça devrait faire partie du cursus du médecin généraliste. »

3.2 Formation post-cursus

Neuf des médecins interrogés (le M2, la M5, le M6, le M7, la M8, la M9, la M10, la M13 et le M14) pensent qu'il est nécessaire de former les médecins généralistes installés et qui ne le sont pas à la pratique du FCU.

Pour exemple :

E6 L61-62 : « Bah la formation oui. Dans mon cas, si je devais refaire des frottis, il faudrait effectivement qu'on me reforme. Les stages d'externe sont loin. »

La M5 pense qu'il serait intéressant de pouvoir se dégager du temps en ayant un remplaçant, pour pouvoir aller se former ou pour pratiquer des FCU.

E5 L38-39 : « (...) un remplaçant pour qu'il te décharge une demi-journée où tu peux aller te former ou faire des frottis. »

4. Coordination et communication des résultats

4.1 Message via apicrypt avec les résultats du frottis

Treize des médecins interrogés sont favorables à l'envoi du FCU via apicrypt pour permettre un meilleur suivi des patientes.

Le M3 n'a pas été interrogé sur ce point. Le M15 ne pense pas qu'il y ait de difficulté à avoir des copies des frottis.

Pour exemple :

E9 L65-66-67 : « (...) *d'un message via apicrypt pour le médecin traitant pour nous informer si le frottis est fait ou pas ?* Oui comme pour le dépistage du cancer du sein, ça pourrait être une bonne solution. »

4.2 Coordination à mettre en place

Le M12 a établi sa propre coordination : il fait un courrier au gynécologue et reçoit, de ce fait, systématiquement un retour du gynécologue.

E12 L27-28-29-30 : « (...) j'ai toujours un petit retour du gynéco pour être sûr déjà que la patiente est bien allée voir le gynéco. Déjà, ça, c'est de notre responsabilité à nous, ça c'est sûr. On ne renouvelle pas une pilule comme ça si on n'a pas les résultats du frottis. »

E12 L52-53-54-55 : « (...) *une bonne coordination entre les généralistes et les gynécologues ?* C'est toujours pareil. Moi, je prends le soin de faire une lettre au gynéco. Si on prend le temps de faire une lettre, je pense que la plupart des confrères vont faire une réponse. Mais il faut pas se contenter de dire aux gens « allez voir votre gynéco » ».

4.3 Attestation de réalisation du frottis

Dix des médecins interrogés (la M1, le M2, le M3, la M8, la M9, la M10, la M11, le M12, la M13 et le M14) pensent qu'une attestation remise à chaque femme qui a réalisé le frottis à remettre au médecin traitant peut être une bonne solution.

Pour exemple :

E14 L93-94-95 : « (...) *une attestation remise à chaque femme par celui qui a réalisé le frottis pour transmettre au médecin traitant ?* Oui, comme ça il peut noter la date, oui. »

Quatre des médecins n'ont pas été interrogés sur ce point. Le M15 pense que ça ne changera rien.

5. Moyens mnémotechniques

5.1 Logiciel

Neuf des médecins interrogés (la M1, le M2, le M4, le M6, le M7, la M8, la M9, le M14 et le M15) pensent qu'une question intégrée au logiciel métier, nous demandant la notion de frottis fait ou pas, est une bonne idée pour aider les médecins généralistes à mieux suivre et interroger leurs patientes.

Pour exemple :

E8 L63-64-65-66 : « (...) vous penseriez s'il y avait une question intégrée dans le logiciel pour les femmes entre 25 et 65 ans demandant si le frottis a été fait ou non ? Ouais peut-être que nous ça nous inciterait aussi à poser la question. C'est quelque chose qui permet d'y penser effectivement. »

Deux médecins n'ont pas été interrogés sur ce sujet et quatre médecins ne sont pas favorables à cette proposition.

5.2 Association aux autres dépistages de façon systématique

La M9 note systématiquement, avec les autres dépistages, la date du FCU de ses patientes.

E9 L 74-75-76 : « (...) ça fait partie de mon questionnaire systématique chez les femmes. Après, c'est vrai que du coup je le retranscris vu qu'il n'y a pas de case dans le logiciel. Dans mon dossier papier, en tout cas, c'est systématiquement écrit. »

Le M14 note dans son dossier le suivi gynécologique de ses patientes et pense qu'il serait bien d'avoir un post-it dans le dossier avec la date du dernier frottis pour, ensuite, avoir la périodicité.

E14 L50-51 : « Et, par exemple, moi dans mon dossier, je mets suivi gynéco par untel. Je m'assure qu'elles soient suivies (...) »

E14 L89-90-91 : « (...) je sais pas, un petit post-it avec la date, par exemple, que la patiente nous le dise une fois, qu'on ait après la périodicité des frottis. »

La M11 pense qu'il serait bon d'avoir le dernier frottis pour pouvoir le noter dans le dossier avec les autres dépistages (chez elle, en page d'accueil) et, ainsi, avoir la périodicité et pouvoir suivre les patientes.

E11 L126-127-128-129-130-131-132 : « (...) mais ça nous permettrait peut-être d'avoir un recul par exemple, les gens qui font leur test pour le, le dépistage du cancer colorectal, nous, (...), sur la page de garde donc de chaque dossier, on note test hémocult réalisé le, positif, négatif, donc ça on a un recul et on voit que ben tiens, le dernier a deux ans, où est-ce qu'on en est actuellement ? Mais là, comme le frottis on n'a pas forcément de retour, on est un peu, euh, on est un peu dans le flou quoi. Y'a pas vraiment de suivi. »

6. Nécessité d'une consultation dédiée

Plusieurs médecins (la M1, le M2, le M3, le M7 et la M10) estiment qu'une des solutions au problème du temps est la mise en place d'une consultation à la réalisation du FCU.

Pour exemple :

E7 L55-56-57-58-59 : « (...) je vois une jeune femme euh même si elle vient pour un frottis par exemple après une consultation, ou si je lui dis voilà il faudrait faire un frottis, et si elle me dit ouais ben vous pouvez le faire maintenant ben non on se revoit. *On reprogramme ?* On reprogramme et on se voit pour le frottis uniquement. Donc euh c'est une consultation à part. »

E10 L63-64 : « Je consacrerai, je pense, juste un rendez-vous pour ça : « vous venez pour votre frottis, on ne fera que ça, on ne fera pas autre chose ».

7. Mise à disposition du matériel par la sécurité sociale

Sept des médecins interrogés (le M2, le M3, la M5, la M8, la M10, le M12 et le M14) estiment que la mise à disposition du matériel par la sécurité sociale aux médecins généralistes peut être une solution.

Pour exemple :

E12 L114-115-117-118-119 : « (...) *mise à disposition du matériel par la sécurité sociale dans le cadre d'un dépistage organisé ?* (...) Oui donc, pourquoi pas. Moi, personnellement, c'était le labo qui me fournissait. Je pense qu'il faut que quelqu'un fournisse. La moindre des choses serait que le labo ou la CPAM fournisse le matériel. »

Le M4 n'a pas été interrogé sur ce sujet. Le M15 est ambigu et ne tranche pas vraiment sur la question. Six des médecins interrogés ne voient pas l'intérêt de la démarche.

8. Par nécessité : en cas de pénurie de gynécologues

La M11 explique que, si elle se trouvait dans une zone sous-dotée en gynécologues, elle ferait l'effort de faire les FCU pour ses patientes.

E11 L86-87-88-89-90 : « (...) on serait dans un contexte comme quand j'habitais dans l'Aube où euh, voilà, y'avait des femmes qui avaient pas forcément le permis, le premier gynéco c'était minimum 30 kilomètres à faire, là on n'a pas le choix, on, on faisait beaucoup plus d'actes techniques, qu'on aime ou qu'on n'aime pas, on faisait beaucoup plus d'actes techniques, et, et je pense que là c'était, c'était effectivement une, une nécessité. »

Le M12 explique que, s'il arrive au stade de devoir envoyer ses patientes faire leur frottis chez un confrère ou une consœur, pour cause de pénurie de gynécologues, il en referait.

E12 L71-72 : « (...) si vraiment on arrive à des extrémités comme ça, alors autant me remettre à faire des frottis. Voilà, c'est quand même pas compliqué. »

Le M14 explique que, si les gynécologues devaient se faire très rares, il ferait des FCU.

E14 L68-69-70 : « (...) maintenant, c'est vrai que s'il y avait cette spécialité en pénurie dans le coin, c'est vrai qu'on serait amené à les faire et moi, ça ne me dérangerait pas de les faire. »

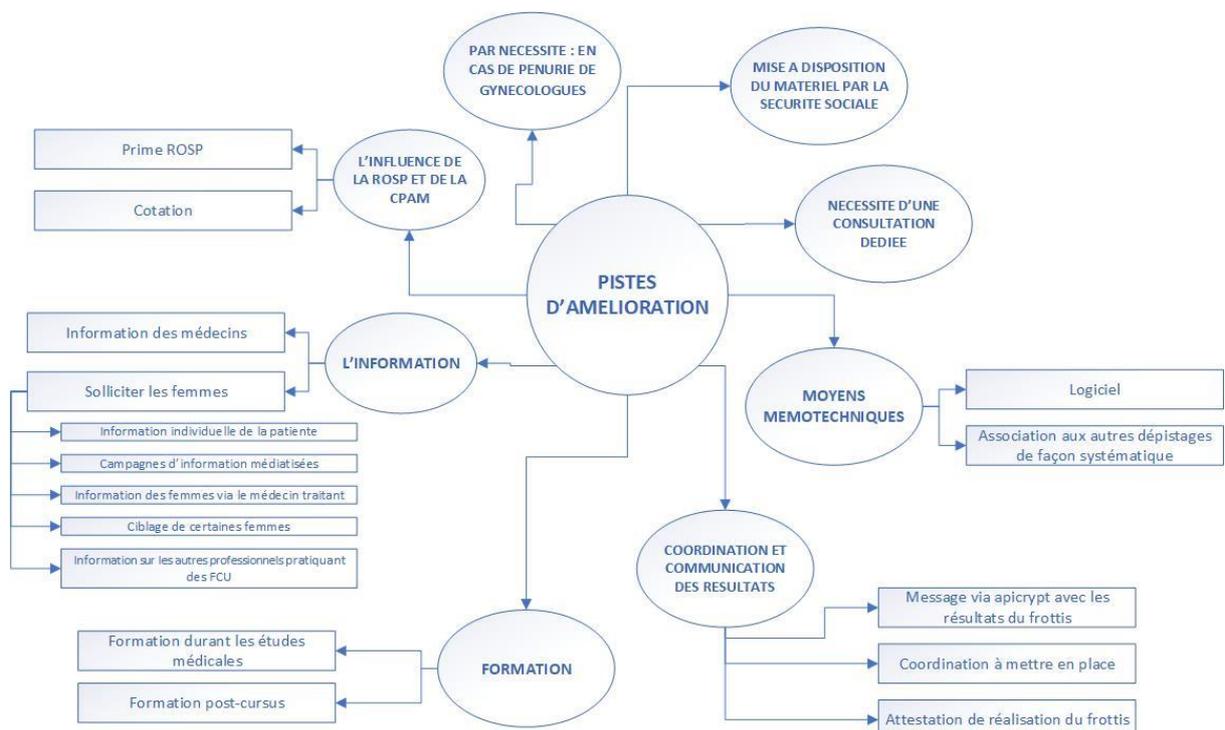


Figure 8 : Pistes d'amélioration pour le dépistage du CCU

DISCUSSION

I. Résumé des points importants

1. Les causes

Les causes à l'insuffisance de dépistage du CCU en Moselle, évoquées par les médecins généralistes, incriminent l'ensemble des acteurs du dépistage, à savoir les femmes, les médecins généralistes, les gynécologues et la CPAM.

1.1 Les femmes

Les médecins généralistes reprochent aux femmes de, parfois, refuser l'examen, soit par peur, soit par désintérêt, et soulignent leur manque d'assiduité.

Ils s'accordent à dire qu'il y a un réel problème de communication, sur ce sujet, de la patiente vers son médecin traitant.

Un autre point évoqué est celui du manque d'information des patientes sur le CCU et le FCU.

1.2 Les médecins généralistes

Ils critiquent également leurs propres pratiques.

Certains d'entre eux expliquent déléguer le suivi gynécologique à leurs confrères et consœurs gynécologues et considèrent que les femmes sont suivies par eux.

Ils font apparaître le fait que leur interrogatoire sur le sujet est loin d'être systématique.

Certains reconnaissent un désintérêt pour le dépistage du CCU.

D'autres pensent que convaincre une patiente prend trop de temps.

Un manque d'information des médecins généralistes est également mis en avant.

1.3 Les gynécologues

Les médecins généralistes interrogés soulignent le problème d'accessibilité engendré par le manque de gynécologues.

De plus, ils leur reprochent un manque de communication et, notamment en ce qui concerne le FCU et mettent en avant le manque de coordination.

Pour les médecins généralistes et les gynécologues, on retrouve un problème de recommandations à la bonne pratique du FCU.

1.4 La CPAM

Le dernier acteur, la CPAM, est pointé du doigt par certains médecins généralistes, qui ne comprennent pas pourquoi le dépistage du CCU n'est pas organisé, comme l'est celui du cancer du côlon et du sein.

2. Les freins à la réalisation du FCU

Les freins à la réalisation du FCU en cabinet de médecine générale sont nombreux.

Le manque de formation durant le cursus universitaire et post-installation sont mis en avant par les médecins.

Ils font remarquer que certaines patientes sont gênées vis-à-vis d'eux. À l'inverse, les hommes médecins font part de problèmes liés à leur genre, à savoir une gêne envers leurs patientes ou la peur du procès.

Cependant, plusieurs médecins interrogés mentionnent le fait que certaines patientes préféreraient réaliser leur FCU chez le médecin traitant, montrant la confiance qu'elles ont envers celui-ci.

Certains expriment également un désintérêt voire une aversion pour ce domaine et un manque de motivation.

Ils soulignent également le manque de temps, le geste chronophage et le fait que la pratique du FCU soit un motif supplémentaire à la consultation classique.

Un autre problème évoqué est celui du manque de matériel (table gynécologique, étrières, spéculum...) et les soucis d'organisation au sein du cabinet de médecine générale.

Une d'entre eux pense qu'il y a suffisamment de gynécologues pour faire les FCU. D'autres expliquent qu'ils ont arrêté d'en faire quand les gynécologues se sont installés.

Enfin, le dernier point est l'aspect financier. Pour certains d'entre eux, faire un FCU n'est pas rentable par rapport à la durée de la consultation et l'achat de matériel supplémentaire.

3. Les pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration sont, également, multiples.

Les avis concernant la prime ROSP sont mitigés.

Il en est de même pour la cotation, qui même majorée, n'aurait pas d'incidence sur la pratique de la majorité des médecins généralistes.

L'information est un des grands points relevés dans ces interrogatoires :

- L'information des femmes par sollicitation en direct à l'aide d'un courrier, une campagne de type Amodémaces, des campagnes médiatisées avec des informations et/ou images chocs, une information des patientes via le médecin traitant et le ciblage de certaines classes d'âge ;
- La sensibilisation des médecins généralistes et l'information via la CPAM des femmes n'ayant pas fait leur FCU ;
- L'information des professionnels de santé sur les recommandations de bonnes pratiques du FCU ;
- L'information sur la possibilité de faire le FCU chez une sage-femme ou au laboratoire d'analyse médicale.

La formation des médecins généralistes, durant le cursus universitaire ou post-cursus, à la pratique du FCU est une des autres clés évoquées.

L'ensemble des médecins interrogés s'accorde à dire que la communication sur les résultats des frottis doit s'améliorer et devenir systématisée soit :

- Via apicrypt avec copie systématique des FCU aux médecins généralistes ;
- Via une attestation remise par la personne qui a réalisé le FCU à la patiente, à transmettre au médecin traitant ;
- Par la mise en place d'une coordination, comme c'est fait pour d'autres spécialités, telles que la cardiologie ou la pneumologie.

Il en ressort également que la mise en place d'un moyen mnémotechnique peut être une des solutions :

- Soit via le logiciel métier avec une question systématique posée chez les femmes de 25 à 65 ans sur leur FCU ;
- Soit en notant systématiquement le FCU avec les autres dépistages dans le dossier et ainsi avoir la périodicité.

Une des solutions pour la question du temps serait la mise en place d'une consultation dédiée à la gynécologie.

Sur la mise à disposition du matériel par la sécurité sociale, les avis divergent. Un peu moins de la moitié pense que cela pourrait avoir une incidence sur le dépistage du CCU chez les médecins généralistes de Moselle.

Certains médecins déclarent qu'ils se mettraient à faire des FCU par nécessité, c'est-à-dire en cas de pénurie de gynécologues.

II. Cohérence des résultats avec la littérature

1. Les femmes

En ce qui concerne les femmes, plusieurs études menées sur le sujet dans le Nord-Pas-de-Calais en 2012, dans le Xème arrondissement parisien en 2014, en Loire et en Haute-Loire en 2010, en Haute-Vienne et en Creuse en 2018, mettaient en évidence le **manque d'information des femmes sur le FCU et le CCU**. De plus, ces travaux pointaient du doigt le **problème de communication patientes-médecin traitant, la négligence et le refus de l'examen pour certaines femmes** ainsi que **la gêne qu'elles peuvent présenter envers le médecin traitant**. Cette dernière était traduite par l'importance du cloisonnement de l'intime. A contrario, un des facteurs favorisant au choix du médecin traitant pour le suivi gynécologique était **la confiance que les femmes lui portaient**. (24) (25) (26) (27)

Ces données viennent corroborer nos résultats et soulignent l'importance de **l'information des patientes** sur le FCU et le CCU. Le travail de thèse d'ADRIANSEN H. en Picardie trouvait les mêmes pistes d'amélioration pour l'augmentation du dépistage du CCU, à savoir une meilleure information des patientes sur le CCU, les modalités de dépistage et les acteurs du dépistage.(28)

De plus, du fait de la confiance que certaines patientes accordent à leur médecin traitant, il serait bon d'informer les femmes de la possibilité de réaliser le FCU chez lui. Dans la littérature, nous retrouvons la notion d'absence d'information des femmes sur ce point.(29)

Enfin, concernant l'information des femmes sur le dépistage du CCU, celle-ci a été accentuée récemment depuis l'organisation de ce dernier en mai 2018. En effet, diverses campagnes d'information ont été mises en place, notamment par l'INCa et la CPAM. (30) (31)

2. Les médecins généralistes

Par rapport aux médecins généralistes, plusieurs freins à la réalisation du FCU sont retrouvés.

L'un d'entre eux est celui **lié au genre masculin**. Dans notre étude, certains médecins du genre masculin éprouaient de la gêne envers leurs patientes ainsi qu'une barrière du fait d'être un homme.

Cette donnée est retrouvée dans d'autres études, notamment celle de SQUIMBRE C., où les médecins de sexe masculin pensaient qu'il était plus simple pour une femme médecin de proposer de réaliser un FCU aux patientes.(32)

Dans l'étude de LOYER M. réalisée auprès de médecins généralistes de la Manche, un des freins à la réalisation du frottis était le sexe masculin pour 27,6 % des médecins interrogés. (33)

Une autre étude menée par l'observatoire régional de santé en Bourgogne en 2004, montre qu'une des difficultés rencontrées par les médecins généralistes était le genre masculin des médecins. Un autre point évoqué est celui de l'obstacle culturel, dont un de nos médecins interrogés parlait également. (34)

Ces éléments émanent à chaque fois, y compris dans notre étude, des médecins eux-mêmes.

Un autre problème cité est celui de **l'interrogatoire des patientes par le médecin traitant**. L'ensemble des médecins interrogés nous rapporte que leur interrogatoire en ce qui concerne le dépistage du CCU est loin d'être systématique et ils avouent oublier souvent.

Cette notion est également retrouvée dans la littérature, notamment dans le travail de SQUIMBRE C. en 2012. (32)

Dans l'étude de COUTURIER A. seuls 24 % des médecins interrogés disaient vérifier systématiquement que le dépistage était fait. (35)

Enfin, lors d'un travail mené à Paris en 2010, il est noté que l'information sur la date du dernier frottis manquait dans 77 % des cas dans le dossier médical. Cette même étude comprenait une partie qualitative. Les médecins s'y plaignaient de la mauvaise construction des logiciels, notamment en matière de dépistage. (36)

Pour parer à ce problème d'oubli et de manque de systématisation, une des solutions proposées était de modifier le **logiciel métier**, en y apportant une case à remplir pour le dépistage de manière systématique.

Cette proposition a également été faite dans d'autres enquêtes, notamment celle de COUTURIER A. qui pensait que la planification du FCU par une alerte dans le logiciel métier pouvait être bénéfique. Dans son étude, le moyen de rappel principal des médecins était une note dans le dossier.(35)

Enfin, le travail mené à Paris montrait un gros manque au niveau de la tenue des dossiers. Les auteurs expliquaient que la plupart des logiciels disposaient d'alarmes mais laissaient chaque médecin faire son propre « bricolage ». Ils pensaient qu'il serait nécessaire de restructurer et d'harmoniser les logiciels pour permettre un meilleur suivi des patientes. (36)

L'ensemble de ces données va dans le sens de notre étude et montre qu'il est important d'apporter des améliorations aux logiciels utilisés par les médecins pour augmenter le dépistage du CCU.

Certains médecins parlent de leur **manque d'intérêt pour la gynécologie** dans notre enquête. D'autres travaux mettent en avant ces constatations.

L'étude d'ANDRIANSEN H. montrait également le manque d'intérêt pour la spécialité chez les médecins généralistes de Picardie et l'expliquait par le manque d'aisance.(28)

Le manque d'intérêt est également retrouvé dans l'enquête de COUTURIER A., où les médecins déclarent que les principaux freins à la réalisation du frottis sont la formation et l'intérêt personnel. (35)

Le problème de motivation est également mis en avant dans une enquête à Paris, faite sur les différents dépistages et la place du médecin traitant. En ce qui concerne le dépistage du CCU, les chercheurs de cette étude ont montré que la motivation était moins importante chez les médecins de genre masculin et chez les médecins pratiquant en zone urbaine, proches de gynécologues. (36) Notre étude, étant de type qualitative et non quantitative, n'a pas pu faire les mêmes liens concernant le lieu d'exercice.

Nombreux sont les médecins qui expliquent **manquer de temps**. En effet, c'est un des plus grands freins à la réalisation de frottis invoqués par les médecins généralistes. On retrouve d'ailleurs cette notion dans la littérature.

Dans l'étude de SQUIMBRE C., il est souligné le problème du temps dû à des consultations de médecine générale surchargées et la notion de **geste chronophage**, ce qui est cohérent avec notre étude. (32) Une des solutions proposées dans cette étude était l'instauration de **consultations dédiées au FCU**, ce que les médecins généralistes interrogés plébiscitaient également.

Une autre étude menée en 2012 en Haute-Normandie montre que le manque de temps et les motifs multiples lors d'une consultation constituent un frein à la réalisation du dépistage du CCU. Il en découle la même piste d'amélioration, à savoir une consultation dédiée au dépistage. (37)

En avril 2017, une proposition de consultation dédiée pour le cancer du sein et du col de l'utérus à 25 ans, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, avait été faite, mais reste en stand-by. (38) Il serait bon de revoir cette proposition et d'éventuellement la mettre en application.

En ce qui concerne la formation des médecins généralistes, une grande partie des études menées sur les freins à la réalisation du FCU dans diverses régions de France retrouve le problème de formation initiale ou continue. (32) (33) (39) (40)

Une étude a été menée dans le Val-de-Marne dans le but d'étudier l'évolution de la pratique de médecins généralistes après formation pratique et théorique sur le FCU. Il en résulte que de nombreux médecins formés ont amélioré leurs pratiques, soit en incitant plus les femmes au dépistage, soit en pratiquant eux-mêmes des FCU. (41)

De plus, le 3^{ème} cycle des études de médecine générale a été réformé depuis 2017. En effet, avant cette réforme, le stage de santé de la femme n'était pas obligatoire. L'étudiant avait le choix entre un stage de santé de l'enfant et de santé de la femme. Depuis la réforme de 2017, les étudiants réalisent, dans la mesure du possible, à la fois un stage de six mois de santé de la femme et un stage de six mois de santé de l'enfant, si bien que la formation à la réalisation du FCU durant le cursus universitaire ne devrait théoriquement plus être un problème dans le futur. (32) (42) (43)

La formation initiale des futurs médecins généralistes devrait améliorer ce problème. Il est tout de même intéressant **de s'axer sur la formation continue des praticiens en exercice** en les informant des lieux proposant ces formations, afin d'améliorer le dépistage du FCU en Moselle.

Une autre notion retrouvée est la **peur de mal faire** et le **manque d'expérience** à la pratique du FCU. Cette notion est corrélée au manque de formation et donc, de compétences.

Le manque d'expérience se retrouve chez les médecins interrogés dans le Nord-Pas-de-Calais, où ils expriment leur peur de se lancer dans la pratique de FCU pour cette raison. (32)

Pour ce qui est du matériel, diverses études retrouvent le problème de l'acquisition de ce dernier par le médecin traitant, mais surtout le rapport rémunération/coût du matériel. Le manque de matériel n'est jamais la raison principale évoquée par les médecins généralistes. (32)

Une étude menée sur l'équipement nécessaire pour la pratique du FCU en cabinet de médecine générale et son impact sur le taux de FCU des médecins, montre que l'équipement optimal du médecin généraliste pour la pratique du FCU n'est pas corrélé à un taux de participation plus important au dépistage du CCU. (44)

Une autre étude réalisée dans l'Ain en 2003 montre que 91 % des médecins interrogés possèdent le matériel nécessaire à la réalisation du FCU mais que seulement 51 % d'entre eux s'en servent souvent. Dans cette étude, la majorité des médecins qui possédaient l'équipement nécessaire étaient des femmes de plus de 40 ans. (45)

Un travail effectué en 2014 dans le Nord-Pas-de-Calais révèle que 74,7 % des médecins généralistes étaient équipés pour le FCU mais seuls 4,4% déclaraient l'utiliser quotidiennement et 12,1 % de façon hebdomadaire. 6,6 % d'entre eux avouaient ne jamais s'en servir. (46)

A contrario, lors d'une autre étude menée par ADRIANSEN H. en Picardie, environ 12 % des médecins interrogés répondaient que la mise à disposition du matériel les inciterait à réaliser des frottis. La suggestion de l'auteur était la même que celle de notre étude, à savoir la mise à disposition du matériel par la sécurité sociale comme c'est le cas pour le dépistage du cancer du côlon.

Au vu de ces éléments, il est **difficile de conclure sur l'impact réel de la mise à disposition du matériel par la CPAM.**

Certains médecins parlaient d'un problème d'**organisation** au sein du cabinet. Cette notion est également retrouvée dans la littérature, notamment lors de l'étude faite à Paris, où les généralistes interrogés soulignaient la nécessité d'aménagements particuliers dans le cabinet pour pratiquer la gynécologie, qui n'étaient pas toujours possibles. (36)

3. Les gynécologues

Concernant la démographie médicale des gynécologues, effectivement, entre 2012 et 2016, la France a vu sa population de gynécologues médicaux diminuer. La population de gynécologues obstétricaux a, quant à elle, tendance à augmenter (+ 10 % en France contre + 4,2 % seulement en région Grand-Est). Les données en Moselle sont très inquiétantes, avec une diminution de 1,8 % de la population de gynécologues médicaux entre 2012 et 2016, et de 14,6 % pour les gynécologues obstétricaux. (47) La baisse de l'effectif devrait se confirmer sur la période 2015-2020 (-19,3 % pour les gynécologues médicaux et obstétricaux confondus). (48)

EVOLUTION 2012-2016				EVOLUTION 2012-2016			
Gynécologie obstétrique				Gynécologie médicale			
	2012	2016	% évolution		2012	2016	% évolution
Ardennes	11	13	18,2%	Ardennes	9	8	-11,1%
Aube	16	16	0%	Aube	13	14	7,7%
Marne	41	51	24,4%	Marne	12	12	0%
Haute-Marne	11	12	9,1%	Haute-Marne	10	6	-40,0%
Meurthe-et-M.	53	58	9,4%	Meurthe-et-M.	54	49	-9,3%
Meuse	9	10	11,1%	Meuse	6	6	0%
Moselle	56	55	-1,8%	Moselle	48	41	-14,6%
Bas-Rhin	125	127	1,6%	Bas-Rhin	32	35	9,4%
Haut-Rhin	66	70	6,1%	Haut-Rhin	14	14	0%
Vosges	24	24	0%	Vosges	17	11	-35,3%

Source RPPS- (1) : nombre de praticiens avant une activité dans le département (un praticien qui exerce dans deux départements différents est comptabilisé dans chaque département).

Tableau 5 : Une offre de soins par zone d'activité variable d'un département à l'autre

Les difficultés d'accès aux gynécologues sont souvent évoquées par les femmes comme freins à la réalisation du FCU dans de nombreuses études, comme dans le travail de Blanckaert M. sur les obstacles à la réalisation du FCU en médecine générale chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais. (24)

Les médecins généralistes signalent également le problème d'accessibilité des gynécologues, notamment dans le travail mené par Fayolle E. et Vallée J. sur les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. (40)

La baisse de la démographie des gynécologues peut donc expliquer l'insuffisance de FCU en Moselle. Des alternatives pour les femmes doivent donc être proposées, notamment la réalisation du FCU par le médecin généraliste, la sage-femme ou le laboratoire d'analyse médicale. Depuis le vote de la loi du 21 juillet 2009, les sages-femmes ont le droit d'effectuer des FCU. (49)

Cependant, nous avons constaté, dans notre étude, que peu de médecins savent que les FCU peuvent se faire ailleurs que chez le gynécologue, à savoir **auprès d'une sage-femme ou par le médecin biologiste au laboratoire d'analyse médicale**. Il serait peut-être bon de fournir la liste des praticiens disposés à réaliser les FCU aux médecins généralistes et aux femmes, pour permettre une amélioration du dépistage. À ce titre, une information est disponible sur le site de l'INCa pour les médecins généralistes. (50) Il serait donc possible d'envisager une amélioration avec **la mise en place d'une liste par secteur, des professionnels pratiquant le dépistage**, comme cela est fait pour les patientes convoquées pour leur mammographie de dépistage. (51)

Enfin, les médecins généralistes de notre étude souhaiteraient obtenir la liste des patientes qui n'ont pas encore réalisé le dépistage, de la même manière que pour le dépistage du cancer du sein et du côlon.

En ce qui concerne la communication des FCU aux médecins traitants, la quasi-totalité des médecins de notre étude s'accorde à dire qu'il y a un réel problème à ce niveau.

Pourtant, la HAS place le médecin généraliste au cœur du système de dépistage, en demandant que les médecins reçoivent les informations de leurs patientes, transmises par les professionnels, et en coordonnant le dépistage. (52) De plus, les gynécologues font partie des spécialités en accès libre, mais l'arrêté du 20 octobre 2016, article 17.1, leur impose une bonne information du médecin traitant, avec accord de la patiente, ainsi que la transmission des résultats des examens faits, dans un délai raisonnable. (53)

Cependant, la réalité est toute autre. En effet, le manque de communication a été retrouvé dans diverses études, confortant nos résultats.

Tout d'abord, dans le travail de SQUIMBRE C. dans le Nord-Pas-de-Calais, plusieurs généralistes pointaient du doigt le manque de coordination entre le gynécologue et le médecin traitant, et, de ce fait, ne se sentaient pas impliqués dans le dépistage du CCU. (32)

Enfin, l'étude menée par Couturier A. en 2018 dans l'Eure, confirme le problème de transmission des résultats des FCU et c'est seulement dans 1,7 cas sur 5 que les médecins recevaient le résultat. (35)

Améliorer la communication entre le gynécologue et le médecin traitant pour les FCU s'avère donc nécessaire pour un bon suivi des patientes ainsi qu'une meilleure coordination des soins.

Les trois solutions trouvées, que ce soit **un message via apicrypt (ou autre messagerie sécurisée) systématique pour le médecin traitant, une attestation du FCU à remettre au médecin traitant, ou une coordination pour le FCU uniquement**, sont des pistes à explorer.

Cependant, pour l'utilisation des messageries professionnelles, comme apicrypt, le principal problème reste le fait que l'ensemble des médecins généralistes ne possède pas ce système. Nous avons pu voir dans notre étude qu'un des médecins n'était pas informatisé, à part pour la télétransmission.

4. L'ensemble des professionnels de santé concerné par le dépistage

Par rapport aux recommandations du FCU, notre étude met en avant le problème de connaissances des recommandations par les médecins généralistes et les gynécologues.

Pour rappel, la HAS recommande un frottis par an à partir de 25 ans, puis si les deux premiers frottis sont normaux, un frottis tous les trois ans jusqu'à 65 ans. (13) Les recommandations risquent de changer prochainement, comme expliqué dans l'introduction, à la suite de la mise en place du test HPV. (18)

Une étude menée en Loire montre que beaucoup de médecins généralistes ont pris l'habitude de faire un FCU tous les deux ans à leurs patientes. Certains débutaient les FCU lors du début de l'activité sexuelle de leurs patientes, d'autres arrêtaient d'en faire après la ménopause. Dans cette étude, après participation à des séances de FMC, les médecins se rapprochaient plus des recommandations de la HAS pour leur pratique. (40)

Un référentiel de la HAS de 2013 montre que, pour 40 % des femmes, le délai entre deux frottis est inférieur à trois ans. Elles seraient donc trop fréquemment dépistées. (54)

Un autre travail fait en Meurthe-et-Moselle retrouve un respect des recommandations du FCU par les sages-femmes et les gynécologues, en grande majorité. (55)

Cependant, une enquête effectuée à Paris montre que les médecins généralistes pointaient souvent du doigt le sur-dépistage effectué par les gynécologues, que ce soit pour le cancer du sein ou le CCU. (36)

Enfin, l'étude d'ADRIANSEN H. en Picardie montre que la majorité des médecins généralistes ne réalisant pas de FCU, les prescrivaient hors recommandations. (28)

Il serait nécessaire **d'informer tous les professionnels de santé impliqués dans le dépistage du CCU, des recommandations actuelles et des éventuels changements à venir**, pour permettre un dépistage plus adéquat.

5. La CPAM

En ce qui concerne le dépistage organisé du CCU, bon nombre de médecins ne savent pas que l'organisation du dépistage du CCU a été **mise en place depuis mai 2018**. (16) (17) Cependant, les premiers envois d'invitation pour les femmes en Moselle devraient commencer fin septembre 2019. Ce dépistage sera coordonné en Moselle par l'Association Mosellane pour le Dépistage des Maladies Cancéreuses (Amodémaces).

En 2003, le conseil de l'Union européenne approuvait un programme de dépistage organisé pour le CCU et précisait qu'il ne devait être proposé que de manière organisée. (13)

Une étude réalisée en 2009 montre que la plupart des pays d'Europe possède un dépistage du CCU, qu'il soit organisé ou non, avec, pour examen de dépistage, le FCU. (56)

Quinze ans après les recommandations de l'Union européenne, la France a décidé d'organiser son dépistage du CCU en 2018.

Il prévoit une invitation par courrier au domicile des femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas pratiqué leur FCU depuis trois ans. En plus, une prise en charge à 100 % de l'examen sans avance de frais, par leur régime d'assurance maladie, est mise en place pour toutes les femmes n'ayant pas encore pratiqué leur FCU ces trois dernières années. Une évaluation annuelle du programme est organisée, uniquement en cas de consentement de la patiente, avec transmission des données au centre régional de coordination.

Ce programme implique les professionnels de santé, acteurs du dépistage, et leur demande une information plus systématique auprès de leurs patientes et une vérification de la date du dernier FCU. Il demande aux médecins, soit de réaliser le FCU, soit le leur prescrire, et précise les conditions à remplir sur la feuille de demande d'examen du FCU. (57) Il vise à réduire l'incidence et la mortalité du CCU de 30 % d'ici 2028.

Cette enquête met en lumière l'avis mitigé des médecins par rapport à l'influence de la ROSP sur leurs pratiques courantes et, dans ce cas, leur pratique des FCU.

En effet, comme vu dans l'introduction, l'objectif de la ROSP pour le dépistage du CCU est la réalisation de 80 % des FCU de leurs patientes. (22) Un travail mené dans le Nord-Pas-de-Calais sur ce sujet en 2014 montre, effectivement, l'absence d'augmentation de pratique de FCU (et de mammographie) à la suite de la mise en place de la ROSP. (58) Une autre étude faite en Gironde et en Dordogne entre 2011 et 2014 montre l'absence d'impact de la ROSP sur la prévention du CCU chez les médecins généralistes. (59)

Il est donc **peu probable que la ROSP améliore le dépistage du CCU** en Moselle auprès des médecins généralistes.

Il en est de même avec la cotation du FCU.

La cotation du FCU en cabinet de médecine générale a beaucoup évolué. Une convention signée en juillet 2011 mais appliquée seulement en mars 2012, autorisait le médecin généraliste à coter un demi-frottis (soit 6,23 euros) en plus de l'acte de médecine générale. Depuis le 1^{er} juillet 2017, la cotation a été revalorisée avec l'autorisation de coter un FCU en plus de la consultation de médecine générale. Actuellement, elle est de l'ordre de 37,46 euros (25 euros + 12,46 euros). (60) Le but de ces deux revalorisations successives était d'inciter le médecin généraliste à pratiquer plus de FCU.

Plusieurs études réalisées dans le Nord-Pas-de-Calais, dans le département de la Manche et en Picardie avant la revalorisation en 2017, évoquent le problème de la rentabilité de l'acte. (32) (33) (28) Un travail mené en Indre-et-Loire en 2013 met en avant le rapport rémunération/temps passé comme un des trois freins principaux. (39)

Depuis la modification de la cotation en 2017, il n'y a pas de nouvelles études pour évaluer son éventuel impact sur les médecins généralistes. Notre étude, en tout cas, laisse penser que cette revalorisation a eu peu d'incidence et qu'il en serait de même pour une éventuelle nouvelle revalorisation. Cependant, nous avons surtout interrogé des médecins ne pratiquant pas ou peu de FCU. Nous ne pouvons donc savoir s'il y a eu une augmentation de la pratique des médecins faisant régulièrement des FCU à la suite du changement de cotation. Il serait intéressant d'établir un nouveau protocole pour établir la portée de cette revalorisation.

6. Synthèse de la discussion

Pour répondre à la question initiale de l'étude, les leviers au dépistage du CCU auprès des médecins généralistes de Moselle peuvent être résumés comme ceci :

- Une meilleure communication des résultats des FCU au médecin traitant, avec systématisation ainsi que la mise en place d'une coordination ;
- L'implication du médecin traitant dans le dépistage organisé du CCU ;
- Une amélioration du logiciel métier pour permettre un rappel d'interrogatoire sur le dépistage ;
- La formation des médecins généralistes installés avec mise à disposition de la liste des lieux où il est possible de se former ;
- L'information auprès des médecins généralistes sur les femmes n'ayant pas encore réalisé leur dépistage ;
- L'information auprès des médecins généralistes sur les acteurs possibles du dépistage ;
- La mise en place de consultations dédiées au dépistage ;
- La révision des recommandations à la bonne pratique du FCU.

Les avis sur la ROSP, la cotation et la mise à disposition du matériel par la sécurité sociale sont mitigés.

Enfin, il n'y a pas eu de relation entre le lieu d'exercice des médecins et les diverses réponses au questionnaire.

III. Validité interne : forces et faiblesses de l'étude

1. Forces

Cette étude traite d'un sujet d'actualité avec la mise en place du dépistage organisé du CCU. De plus, elle aborde un problème de santé publique majeur, au vu de la stagnation du taux de décès des patientes françaises, alors qu'il existe une prévention primaire et secondaire efficaces.

Le recrutement a respecté la parité homme/femme et a permis d'inclure toutes les classes d'âge. De plus, il a permis d'inclure des médecins aux exercices variés, du point de vue du lieu et des pratiques. Un des entretiens n'a pas été pris en compte dans l'étude, car le médecin pratiquait trop de FCU.

Le recueil des données a été identique pour l'ensemble des médecins généralistes interrogés et la retranscription a respecté le verbatim.

Le choix des entretiens semi dirigés a permis un panel large et diversifié de réponses, ce qui a enrichi les résultats.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données.

Un codage indépendant a été réalisé par l'étudiant et la directrice de thèse avec une triangulation des données. L'étudiant a, ensuite, pu faire une synthèse de cette triangulation pour exploiter au mieux les résultats et a soumis cette synthèse aux directeurs.

2. Faiblesses

Le recrutement des médecins généralistes a été réalisé par l'enquêtrice elle-même, en sélectionnant des médecins généralistes d'âges et de lieux différents, ne pratiquant pas ou peu de FCU. Il n'y a donc pas eu de randomisation et cela a pu entraîner un biais de recrutement. Ceci est une des caractéristiques des travaux qualitatifs.

Les praticiens n'ont pas été interrogés tous de la même manière, c'est-à-dire que certaines questions n'ont pas été posées à certains d'entre eux. Malgré deux essais avant de commencer réellement les entretiens, la prise en main totale du questionnaire s'est faite au fur et à mesure de l'avancée dans le temps.

Il n'y a pas eu de formation pour mener correctement un entretien semi dirigé. Cependant, des recherches sur les études qualitatives ont été préalablement réalisées.

Certaines questions étaient posées de manière trop directive et cela a été corrigé au fur et à mesure.

Il aurait été intéressant d'interroger les médecins généralistes sur l'influence de la catégorie socioéconomique des patientes comme frein à la réalisation du FCU. Cependant, cette étude était axée sur les leviers à l'augmentation du dépistage auprès des médecins généralistes.

Enfin, le fait que les médecins soient interrogés par une de leur consœur a pu, pour certains, influencer leurs réponses et ainsi, a pu entraîner un biais d'interrogation.

IV. Perspectives d'évolution

Le dépistage du CCU est en passe de subir de nombreux changements.

Tout d'abord, avec la mise en place du dépistage organisé du CCU en France, l'incidence du CCU devrait fortement diminuer.

De plus, des tests HPV devraient bientôt être proposés aux patientes de plus de 30 ans. Si le test est négatif, cela permettrait d'allonger l'intervalle entre deux dépistages de trois à cinq ans. Cet examen doit remplacer le FCU pour les femmes de 30 à 65 ans et sera pris en charge à 100 % par la sécurité sociale. Le test HPV a l'avantage de pouvoir se faire en auto-prélèvement chez les femmes ne se faisant pas dépister régulièrement, ou éloignées du système de santé. Une nouvelle cotation de l'acte s'y ajoutera. (61)

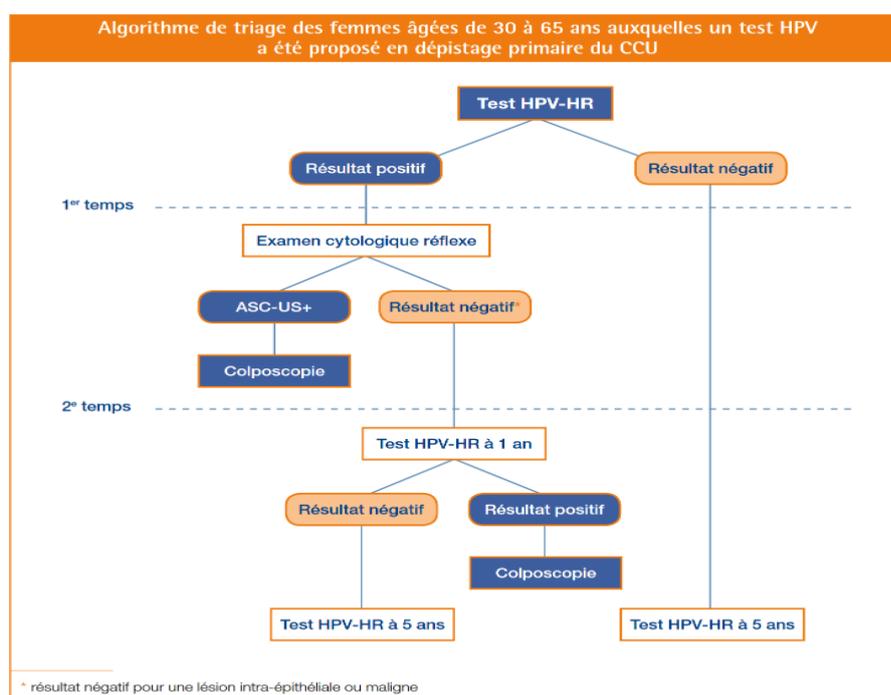


Figure 9 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU, par la HAS juillet 2019

Tout ceci risque grandement de bouleverser les pratiques des différents acteurs du dépistage par FCU, avec nécessité d'informer l'ensemble des professionnels de santé. Ces changements devront être accompagnés d'une meilleure communication entre les patientes et les médecins et entre les médecins généralistes et les gynécologues pour permettre un dépistage adéquat.

Enfin, en ce qui concerne le CCU en lui-même, une découverte récente a été faite sur le traitement du cancer du col de l'utérus. En effet, cette étude menée à l'échelle européenne a permis de stratifier les patientes atteintes de CCU en quatre groupes en fonction de certaines mutations génétiques retrouvées lors de l'analyse des tumeurs des patientes et, ainsi, de proposer une thérapeutique différente en fonction du groupe dans lequel la patiente se trouve. Cette avancée pourrait permettre de proposer aux patientes un traitement plus ciblé. (62)

CONCLUSION

Le CCU est le seul cancer, à l'heure actuelle, disposant d'une prévention primaire et secondaire. Cette particularité pourrait permettre de faire diminuer grandement le taux d'incidence et de mortalité de ce cancer. Malgré cela, depuis quelques années, le taux de mortalité de ce cancer stagne, alors qu'il devrait diminuer. L'insuffisance de vaccination et de dépistage du CCU par le FCU expliquent cette stagnation.

L'Union européenne préconise depuis 2003 la mise en place d'un dépistage organisé au sein de chaque État membre. En France, ce n'est qu'en 2018 qu'un programme national de dépistage organisé du CCU a été mis en place, comme cela est fait pour le cancer du sein et du côlon. Ce programme vise à diminuer l'incidence et la mortalité du CCU de 30 % d'ici 2028.

Le médecin généraliste est l'acteur central de tout programme de dépistage. Il coordonne en informant et, souvent, en initiant le dépistage, en le pratiquant ou en orientant ses patientes. Il est donc au cœur du système de dépistage.

Cette étude qualitative par entretiens semi dirigés avait pour but de trouver des pistes d'amélioration qui permettraient une augmentation du dépistage auprès des médecins généralistes de Moselle.

Il était nécessaire d'étudier les causes de l'insuffisance de FCU en Moselle ainsi que les freins à la réalisation de FCU auprès des médecins généralistes, avant d'essayer de trouver les leviers.

Les pistes d'amélioration intéressent également tous les acteurs du dépistage.

Pour les médecins généralistes, cela comprend la formation en cours d'exercice, l'information sur les femmes devant réaliser leur FCU par la CPAM, l'information sur les lieux où ils peuvent adresser pour réaliser le FCU, l'amélioration des logiciels métiers pour permettre une systématisation d'interrogatoire et la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage.

Pour les gynécologues, il serait grandement profitable d'améliorer la communication des résultats des FCU au médecin traitant et que celui-ci les ait de manière systématique.

Pour l'ensemble des professionnels de santé, il serait nécessaire de revoir les recommandations du dépistage.

Pour les femmes, il conviendrait de les informer sur les lieux où il est possible de réaliser les FCU, sur le CCU en tant que tel, ainsi que sur ses modalités de dépistage.

Il est nécessaire de mettre en avant le rôle du médecin traitant dans le dépistage du CCU et ainsi de l'inciter à améliorer sa propre pratique en réalisant le FCU ou en coordonnant de manière plus systématisée. Ceci, ajouté à la mise en place du dépistage organisé, devrait permettre une diminution du taux d'incidence du CCU.

Cependant, avec les modifications actuelles et à venir du dépistage du CCU, il serait intéressant de refaire, dans un futur proche, un point sur la situation auprès des femmes et des médecins généralistes et d'évaluer l'impact de ces changements.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cancer du col de l'utérus / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/donnees/#tabs>
2. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
3. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1990 et 2018 rapport-estimations-nationales-incidence-mortalite-cancer-France-metropolitaine-1990-2018-1.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018>
4. Estimation départementale de l'incidence par cancer en France métropolitaine entre 2008 et 2010
rapport_estimations_incidence_departementale_cancers_france_metropolitaine_2008_2010.pdf.
5. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, entre 2007 et 2016 [Internet]. 2019. Disponible sur: [rapport-estimations-regionales-departementales-incidence-mortalite-cancers-France-2007-2016-annexes \(1\).pdf](#)
6. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013[1].pdf [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/INCa/FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013%5B1%5D.pdf>
7. Kb de gynécologie obstétrique 2011 item 147 tumeurs du col utérin auteur Blandine Courbière et Xavier Carcopino. In.
8. Segondy M. Classification des papillomavirus (HPV). Rev Francoph Lab. oct 2008;2008(405):23-5.
9. Cogliano V, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi FE. Carcinogenicity of human papillomaviruses. Lancet Oncol. avr 2005;6(4):204.
10. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
11. Clairance, persistance et récurrence de l'infection ...: Lorraine-clic [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://resolver.ebscohost.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/openurl?sid=EBSCO%3aedseip&genre=article&issn=12979589&ISBN=&volume=36&issue=4&date=20080101&spage=430&pages=430-440&title=Gyn%3a9cologie+Obst%3a9trique+&atitle=Clairance%2c+persistance+et+r%3>

%a9cidive+de+l%e2%80%99infection+%c3%a0+Papillomavirus&aulast=Denis%2c+F.&id=DOI%3a10.1016%2fj.gyobfe.2008.02.008%2cPMID%3a&site=ftf-live

12. calendrier_vaccinations_2018.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
13. Etats des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
14. Compte rendu de la CPL médecins mai 2017.
15. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ANNEXE disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>.
16. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
17. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : le rôle déterminant des professionnels de santé - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/Depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-role-determinant-des-professionnels-de-sante>
18. La HAS recommande le test HPV en dépistage primaire chez les femmes de plus de 30 ans | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/la-has-recommande-le-test-hpv-en-depistage-primaire-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans>
19. médecins généralistes et dépistage des cancers, SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE BAROMÉTRIQUE INCa BVA SEPTEMBRE 2010.pdf.
20. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
21. « La parole médicale joue un rôle essentiel dans le dépistage du cancer du col de l'utérus » [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-parole-medicale-joue-un-role-essentiel-dans-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus>
22. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. Disponible sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_-_Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf.
23. Carriau P, Fize C. Contacts presse de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie : LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE EN 2018 Dossier de presse 25 avril 2019. 2018;21.
24. BLANCKAERT M. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. disponible sur <https://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/fa46c643-f0f4-473e-8b78-4bc1ea4fc707>. 2012.
25. Compagnon DL. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste. 2014.

26. Gambiez-Joumard A. APPROCHE DE LA VISION DES FEMMES SUR LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE SYSTÉMATIQUE ET LES DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES POUR LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN. 2010.
27. Verger A. Facteurs favorisant et freins ressentis par les patientes à faire effectuer leur suivi gynécologique par leur médecin généraliste : étude qualitative en Haute-Vienne et en Creuse = Favouring factors and brakes felt by women to make their gynecological follow up with their general practitioner : qualitative study in Haute-Vienne and Creuse [Internet]. Limoges; 2018 [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-82780>
28. Amiens À, Adriansen PH. ÉTAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE PICARDIE [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01785832/document>
29. Loiseau S. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste: une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018.
30. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Se faire dépister [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
31. Dépister le cancer du col de l'utérus grâce au frottis [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-depistage>
32. 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 disponible sur <https://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c0c11e83-1506-46db-b721-bc3066ad352f>. 2012.
33. Loyer M. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche. :95.
34. Prévention des cancers gynécologiques : Points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. 2004; Disponible sur: <http://orsbourgogne.free.fr/Etudemed.pdf>
35. Couturier A. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale: stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. 2018.
36. Rapport final de recherche Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage. 1_grsp_rapportdef_r__063706500_1517_12032018.pdf [Internet]. [cité 8 août 2019]. Disponible sur: https://www.sftg.eu/media/1_grsp_rapportdef_r__063706500_1517_12032018.pdf
37. Gauwin G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. :95.
38. Dépistage du cancer : bientôt une consultation à 25 ans [Internet]. 2018 [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/depistage-du-cancer-bientot-une-consultation-a-25-ans/>
39. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynécoobstétricale : une étude quantitative. 2013.

40. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes Factors influencing GPs' gynecological practice par Elodie Fayolle et Josette Vallée. 2013;
41. Exploration qualitative des modifications de pratique de 25 médecins généralistes suite à une formation médicale sur le dépistage du cancer du col de l'utérus / par Camille Lavabre ; sous la direction de Sandrine Bercier, Catherine Azoulay.
42. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes! 2017 [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>
43. DIPLÔMED'ÉTUDES SPECIALISÉES DE MEDECINE GENERALE [Internet]. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lorraine.fr/sites/medecine.univ-lorraine.fr/files/users/mg.pdf>
44. Évaluation de l'équipement matériel nécessaire à la réalisation d'un FCU dont disposent des médecins généralistes installés en cabinet libéral et de l'impact sur l'observance du FCU chez leurs patientes Enquête sur une population de médecins généralistes installés en Poitou-Charentes et leurs patientes par Fanny ROCHEREAU thèse année 2004 [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2da00bba-4e33-4e7f-b05a-f8e5e5f55568#page=1&zoom=auto,-158,842>
45. Le Goaziou M-F. L'équipement du cabinet médical https://www.robe-materiel-medical.com/documentation_pdf/etude_sur_equipement_du_cabinet_medical.pdf.
46. Vasseur M. LE MATERIEL DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DU MEDECIN GENERALISTE DU NORD-PAS-DE-CALAIS : Quel taux d'équipement ? Quelle fréquence d'utilisation ? Etat des lieux et propositions d'amélioration. [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3a2a029c-1c8d-4cdc-8274-433d9174cd74>
47. PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2027 PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf
48. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale En Région Lorraine Situation en 2015. :67.
49. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
50. Si je ne pratique pas de dépistage du cancer du col de l'utérus, à qui adresser mes patientes ? - Les réponses à vos questions Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-reponses-a-vos-questions/Si-je-ne-pratique-pas-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-a-qui-adresser-mes-patientes>
51. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise#toc-les-modalit-s-du-d-pistage>

52. questions_reponses_depistage_cancer_col.pdf [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/questions_reponses_depistage_cancer_col.pdf
53. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
54. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
55. Dépistage du cancer du col de l'utérus : Evaluation des pratiques professionnelles de 81 professionnels de Meurthe et Moselle en septembre 2016 par Lise THERIOT thèse année 2012BUMED_MESF_2017_THERIOT_LISE.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2017_THERIOT_LISE.pdf
56. Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur J Cancer. oct 2009;45(15):2649-58.
57. Référentiel national RUBRIQUES DE LA FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.cnr-hpv.fr/wp-content/uploads/2018/10/Ref_nat_demande_examen_depistage_du_cancer_du_col_de_l_uterus_mel_20181011.pdf
58. Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin : Étude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais par Fabien MARTINI thèse année 2014 disponible sur 95fd05b7-1d9e-4b45-be0f-8014ecf338b3.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/95fd05b7-1d9e-4b45-be0f-8014ecf338b3>
59. Jacquet E. Impact de la ROSP sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale. Étude en Dordogne et en Gironde entre 2011 et 2014. :121.
60. Tarifs : le frottis cumulé à taux plein à la consultation le 1er juillet [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/tarifs-le-frottis-cumule-taux-plein-la-consultation-le-1er-juillet>
61. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
62. Clinical and genetic landscape of treatment naive cervical cancer:Alterations inPIK3CAand in epigenetic modulators associated withsub-optimal outcome. 2019; Disponible sur: [https://www.ebiomedicine.com/article/S2352-3964\(19\)30214-2/fulltext](https://www.ebiomedicine.com/article/S2352-3964(19)30214-2/fulltext)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

1. Une enquête de la CPAM de Metz a montré que le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est aux alentours de 55% en Moselle (plus faible que la moyenne nationale et plus faible que nos voisins alsaciens à 62%). Qu'en pensez-vous ?
2. A votre avis, pour quelles raisons ce taux est-il si bas ?
 - A) Question de relance : parmi les solutions suivantes, lesquelles vous semblent plausibles ?
 - i. Beaucoup de femmes ne se sentent pas concernées
 - ii. Les médecins ne demandent pas si le frottis est fait
 - iii. Les médecins n'ont pas la formation adéquate
 - iv. Cela prend du temps
 - v. La cotation n'est pas incitative
 - vi. Les médecins sont gênés vis-à-vis de leurs patientes qu'ils connaissent depuis longtemps
 - vii. Il n'y a aucune coordination entre généralistes et gynécologues
3. Pourriez-vous me parler de votre pratique en ce qui concerne les frottis ?
 - A) Questions de relance :
 - i. Vous en faites ou non ?
 - ii. Si vous en faites : rarement ou souvent ?
 - iii. Si vous n'en faites pas : pensez-vous à demander aux patientes si le dépistage est à jour ?
 - iv. Si vous n'en faites pas, adressez-vous vos patientes à un gynécologue ?
 - v. Si vous n'en faites pas, adressez-vous vos patientes à une consœur ou un confrère généraliste ?
 - vi. Si vous n'en faites pas, adressez-vous vos patientes à un laboratoire ?
4. Si vous ne réalisez pas de frottis, pouvez-vous me dire pour quelles raisons ?
 - A) Question de relance : parmi les raisons suivantes, laquelle ou lesquelles vous concernent ?
 - i. Manque de temps
 - ii. Manque de matériel
 - iii. Manque de formation
 - iv. Gêne vis-à-vis de patientes connues depuis longtemps
 - v. Je n'y pense pas
 - vi. Je ne sais pas si elle est suivie ailleurs
 - B) Question de relance : pensez-vous que la ROSP pourrait vous inciter à faire des frottis ?
5. Si vous réalisez des frottis, pensez-vous en réaliser suffisamment pour le dépistage du cancer du col chez l'ensemble de vos patientes en âge d'en bénéficier ?

- A) Question de relance 1 : quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'en réalisez pas/plus ?
 - i. Manque de temps
 - ii. Gêne vis-à-vis de patientes connues depuis longtemps
 - iii. Je n'y pense pas
 - iv. Je ne sais pas si elle est suivie ailleurs ou ne pense pas à demander
- B) Question de relance 2 : pensez-vous que la ROSP pourrait vous inciter à faire en sorte d'améliorer le taux de dépistage chez vos patientes ?

6. A votre avis quelles sont les mesures qui permettraient d'améliorer ce taux ?

- A) Question de relance : que penseriez-vous d'une question systématique intégrée aux logiciels métiers ?
- B) Question de relance : que penseriez-vous d'une attestation remise à chaque femme par celui qui a réalisé le frottis pour transmission au médecin traitant ?
- C) Question de relance : la plupart des laboratoires et des gynécologues utilisent apicrypt : que penseriez-vous d'un message simple à l'intention du médecin traitant ? Que devrait alors comprendre ce message : notion de frottis fait ? Résultat ?
- D) Question de relance : que penseriez-vous d'une cotation attractive du frottis de dépistage ?
 - i. Quelle valeur le cas échéant ?
 - ii. Aucune attractivité ?
- E) Question de relance : que penseriez-vous de formations à la pratique du frottis, à destination des médecins généralistes déjà installés ou en formation ?
- F) Question de relance : que penseriez-vous d'une éventuelle mise à disposition du matériel nécessaire à la réalisation du frottis par la sécurité sociale dans le but de réaliser un dépistage organisé ?

The 2014 Bethesda System

SPECIMEN TYPE:

Indicate conventional smear (Pap smear) vs. liquid-based preparation vs. other

SPECIMEN ADEQUACY

- Satisfactory for evaluation (*describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, e.g., partially obscuring blood, inflammation, etc.*)
- Unsatisfactory for evaluation . . . (*specify reason*)
 - Specimen rejected/not processed (*specify reason*)
 - Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (*specify reason*)

GENERAL CATEGORIZATION (optional)

- Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
- Other: See Interpretation/Result (*e.g., endometrial cells in a woman ≥ 45 years of age*)
- Epithelial Cell Abnormality: See Interpretation/Result (*specify 'squamous' or 'glandular' as appropriate*)

INTERPRETATION/RESULT

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the General Categorization above and/or in the Interpretation/Result section of the report--whether or not there are organisms or other non-neoplastic findings)

Non-Neoplastic Findings (optional to report)

- Non-neoplastic cellular variations
 - Squamous metaplasia
 - Keratotic changes
 - Tubal metaplasia
 - Atrophy
 - Pregnancy-associated changes
- Reactive cellular changes associated with:
 - Inflammation (includes typical repair)
 - Lymphocytic (follicular) cervicitis
 - Radiation
 - Intrauterine contraceptive device (IUD)
- Glandular cells status post hysterectomy

Organisms

- Trichomonas vaginalis*
- Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* spp.
- Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis
- Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* spp.
- Cellular changes consistent with herpes simplex virus
- Cellular changes consistent with cytomegalovirus

OTHER

- Endometrial cells (*in a woman ≥45 years of age*)
(Specify if “negative for squamous intraepithelial lesion”)

EPITHELIAL CELL ABNORMALITIES

SQUAMOUS CELL

- Atypical squamous cells
 - of undetermined significance (ASC-US)
 - cannot exclude HSIL (ASC-H)
- Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
(*encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN 1*)
- High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
(*encompassing: moderate and severe dysplasia, CIS; CIN 2 and CIN 3*)
 - with features suspicious for invasion (*if invasion is suspected*)
- Squamous cell carcinoma

GLANDULAR CELL

- Atypical
 - endocervical cells (*NOS or specify in comments*)
 - endometrial cells (*NOS or specify in comments*)
 - glandular cells (*NOS or specify in comments*)
- Atypical
 - endocervical cells, favor neoplastic
 - glandular cells, favor neoplastic
- Endocervical adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma
 - endocervical
 - endometrial
 - extrauterine
 - not otherwise specified (NOS)

OTHER MALIGNANT NEOPLASMS: (specify)

ADJUNCTIVE TESTING

Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician.

COMPUTER-ASSISTED INTERPRETATION OF CERVICAL CYTOLOGY

If case examined by an automated device, specify device and result.

EDUCATIONAL NOTES AND COMMENTS APPENDED TO CYTOLOGY REPORTS (optional)

Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included).

VU

NANCY, le **21 octobre 2019**
Le Président de Thèse

NANCY, le **21 octobre 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10968**

NANCY, le **24 octobre 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le CCU a atteint 2920 femmes en 2018 en France. Le taux de dépistage du CCU a tendance à diminuer ces dernières années. En Moselle, il est de l'ordre de 56 % en 2018, bien loin de l'objectif de santé publique fixé à 80 %. Le médecin généraliste tient un rôle central dans le dépistage. Le but de l'étude est de trouver les leviers qui permettraient une augmentation de l'information et du dépistage par les médecins généralistes, auprès des femmes de Moselle.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes de Moselle.

RÉSULTATS : Après avoir analysé les causes à l'insuffisance de FCU et les freins à la réalisation du FCU en cabinet de médecine générale, plusieurs pistes d'amélioration au dépistage du CCU ont été envisagées. Les médecins généralistes interrogés insistent sur une meilleure information auprès des femmes à propos du dépistage et du CCU. De plus, ils préconisent de renseigner les professionnels de santé sur les recommandations du FCU ainsi que sur les lieux où il est possible de le réaliser. Enfin, ils aimeraient que les médecins généralistes obtiennent, de la part de la CPAM, une information sur les femmes devant réaliser leur FCU. La formation initiale et continue des médecins généralistes à la réalisation du FCU est également à revoir. Une amélioration de la communication médecin généraliste/gynécologue ainsi que du logiciel métier, pour permettre un interrogatoire plus systématisé, sont deux points importants soulignés. La mise en place d'une consultation dédiée au dépistage du CCU est souhaitée. Certains pensent que la pénurie de gynécologues entraînera une augmentation de la réalisation du FCU par le médecin généraliste, par nécessité. Enfin, la cotation, la ROSP et la mise à disposition du matériel par la sécurité sociale ont des avis mitigés et ne semblent pas permettre une amélioration du taux de FCU.

CONCLUSION : L'information auprès de l'ensemble des acteurs du dépistage du CCU, la formation des médecins, la communication entre professionnels de santé et l'adaptation du logiciel paraissent être des points essentiels à l'amélioration du dépistage auprès des médecins généralistes mosellans.

TITRE EN ANGLAIS :

Qualitative study in collaboration with general practitioners: what measures would increase the amount of screening of cervical cancer in Moselle?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2019

MOTS CLÉS :

cancer col utérus, dépistage, frottis cervico-utérin, médecine générale, Moselle

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex