



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 08 Juin 2023 à Poitiers
par **Mme Justine Llorens**

**Surdépistage du cancer du col utérin :
les femmes échappent aux recommandations**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Michel Goujon

Membres : Monsieur le Professeur associé François Birault
Madame le Docteur Agnès Beby-Defaux

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie Mignot

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Michel Goujon,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur associé François Birault,

Un grand merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse, merci pour votre bienveillance, votre implication dans notre formation, soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

À Madame le Docteur Agnès Beby-Defaux,

Merci infiniment d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.

À Madame le Docteur Stéphanie Mignot,

Pour ton accompagnement depuis l'internat, tes précieux conseils, nos échanges auront été pour moi une source d'inspiration, pour tout cela, un merci infiniment sincère et profond.

Aux médecins généralistes pour le temps que vous m'avez consacré et pour vos témoignages précieux.

À tous mes maitres de stages, aux équipes médicales et paramédicales des différents services dans lesquels je suis passée : je vous dois ce que je suis professionnellement aujourd'hui.

Une mention particulière pour **Olivier** et **Aurélie**, merci pour votre vision de la médecine, votre implication et les bons moments passés à vos côtés, je vous dois beaucoup, sans oublier **Cyndi**, travailler avec toi m'a été très agréable.

À Adrien, la vie à tes côtés est si belle, le temps file à une vitesse ! Ton soutien indéfectible m'a permis sereinement d'en arriver là où suis, merci de me combler de bonheur, pour tout ce que tu es ... je t'aime.

À mes parents, sans qui je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées, pour votre soutien sans faille, je vous dois absolument tout !

À Antoine, comme quoi tout fini par s'arranger, tu as plein de belles choses à nous montrer, ta grande sœur sera toujours là pour toi.

À Camille, on s'est suivies de près depuis toujours, j'ai eu la chance de grandir à tes côtés, avec **Paul** on a eu plein de belles aventures ensemble et d'autres à venir ! Merci pour tout à tous les deux.

À toute **ma famille et amis**, même si le temps et la distance ont fait que l'on s'est vus que trop rarement, merci pour tout.

À tous mes **co-internes** rencontrés lors de mon parcours, qui ont illuminés mon quotidien en stage.

Table des matières

ABREVIATIONS.....	8
1. INTRODUCTION.....	9
2. MATERIEL ET METHODE.....	13
2.1. TYPE D'ETUDE.....	13
2.2. RECRUTEMENT POPULATION.....	13
2.3. GUIDE D'ENTRETIEN.....	14
2.4. RECUEIL DES DONNEES.....	14
2.5. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES.....	15
2.6. CADRE ETHIQUE.....	16
3. RESULTATS.....	17
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	17
3.2. RESULTATS GENERAUX.....	18
3.2. POSITION PROFESSIONNELLE.....	19
3.3. TENDANCE SOUS DEPISTAGE.....	23
3.3.1. <i>Global</i>	23
3.3.2. <i>Freins</i>	24
3.3.3. <i>Abord examen gynécologique</i>	25
3.3.4. <i>Outils</i>	26
3.3.5. <i>Contrôle maladie</i>	28
3.3.6. <i>Risque partagé</i>	28
3.4. SURDEPISTAGE.....	30
3.4.1. <i>Facteurs</i>	30
3.4.2. <i>Prévalence faible</i>	33
3.4.3. <i>Construction sociale autour du suivi</i>	33
3.4.4. <i>Institutionnalisation ambivalente</i>	36
3.4.5. <i>Adhésion des femmes</i>	38
3.4.6. <i>Position professionnelle</i>	39
3.5. PROPOSITIONS.....	43
3.5.1. <i>Doute institutionnel, rétablir la confiance</i>	43
3.5.2. <i>Traçabilité des résultats</i>	45
3.5.3. <i>Harmonisation de l'information</i>	46
4. DISCUSSION.....	47
4.1. APPORT DE L'ETUDE.....	47
4.2. FORCES DE L'ETUDE.....	49
4.3. LIMITES DE L'ETUDE.....	50
4.4. COMPARAISONS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	51
5. CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	58
ANNEXES.....	61
1. GUIDE D'ENTRETIEN.....	61
2. FORMULAIRE D'INFORMATION.....	64

Abréviations

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

HPV : Papillomavirus Humain

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

CSP : Catégorie Socio-Économique

ACSUS : Atypical Squamous Cell of Unknown Significance

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CRCDC : Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers

1. Introduction

En France métropolitaine, le cancer du col de l'utérus représente la 12^{ème} cause de cancer chez la femme avec 2 920 nouveaux cas en 2018 pour 1117 décès, se plaçant à la 12^{ème} place de mortalité par cancer (1). L'âge médian au diagnostic est de 53 ans et plus de 6 femmes sur 10 en France survivent à leur cancer après 5 ans (1).

La maladie débute par une infection initiale par un Papilloma Virus Humain (HPV) oncogène, contractée à la suite d'un rapport sexuel susceptible d'entraîner à distance des modifications cellulaires pouvant évoluer en lésions précancéreuses, puis dans certains cas, après une évolution lente de 10 à 15 ans, en lésions cancéreuses (2). On estime que 80% des personnes, hommes et femmes confondus, seront infectées au cours de leur vie ; dans la plupart du temps l'infection est transitoire car l'organisme l'élimine spontanément, en revanche, dans près de 10% des cas l'infection persiste. (1)

La prévention de ce cancer repose sur deux volets ; en primaire, sur la vaccination, puis secondairement par le dépistage, la réalisation régulière de frottis cervico-utérins (FCU) pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, avec la mise en place récente d'un programme organisé en France depuis 2018 selon les objectifs du Plan cancer 2014-2019 (2).

Le frottis cervico-utérin (FCU) est une technique ayant bien évolué dans le temps, c'est à partir de la diffusion des travaux de Papanicolaou en 1950, alors réalisé sur lame avec analyse cytologique, qu'il a été utilisé comme technique de dépistage des lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus ; à partir de ce moment il a connu une diffusion non organisée en France, entraînant certes, des réductions d'incidence et de mortalité plus ou moins importantes mais avec une inégalité d'accès au sein de la population et pourvoyeur d'utilisation excessive (3).

La conception d'un programme de dépistage s'est formalisée lors de la Conférence de Lille en 1990, le rythme faisant l'objet pour la première fois d'une recommandation nationale (3).

Plus tardivement, le frottis en phase liquide s'est développé à partir des années 1998, permettant de réduire la proportion de faux négatifs, souvent retrouvés avec la technique sur lame du fait de l'opérabilité qui nécessitait une certaine expérience. Ce lien avec l'historique cytologie sur lame et la présence de faux négatifs incitait le corps médical à répéter le geste de façon rapprochée amenant à un dépistage excessif (3,4).

Dernièrement, les recommandations de dépistage ont ainsi été émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juillet 2019, celui-ci est désormais fondé sur la réalisation d'un test HPV-HR, en première intention, à un rythme quinquennal pour les femmes de 30 à 65 ans, sous condition d'une cytologie normale inférieure à 3 ans (5) ; ceci après la réalisation de deux examens cytologiques normaux à 1 an d'intervalle pour les femmes de 25 à 29 ans ; le maintien des recommandations antérieures reste applicable pour cette tranche d'âge, par la réalisation d'une cytologie seule devant la haute prévalence des infections transitoires à HPV (5).

Parmi les objectifs du dernier Plan cancer 2014-2019 le principal étant de réduire l'incidence du cancer du col utérin en augmentant la couverture du dépistage qui reste insuffisante, estimée à seulement 59% sur la période 2018-2020 (6),(7).

Pour autant, de nombreux praticiens n'observent pas les recommandations selon le cahier des charges, bien que la couverture du dépistage reste certes, insuffisante, jusqu'à 40% des femmes dépistées en France le seraient trop fréquemment (8) ; la réalisation en dehors des âges recommandés ou de façon trop rapprochée au sein de l'intervalle définit le surdépistage, actualisé sur les dernières recommandations de 2019 (5),(9).

Plusieurs études se sont intéressées à la question du surdépistage, des éléments y contribuant ont été identifiés, tel que le facteur socio-économique favorable, facilitant l'accès aux soins (10) ; le frottis cervico-utérin réalisé par un gynécologue (10,11) ; la crainte du cancer avec une association à un profil anxieux des femmes (12) ; des antécédents personnels ou de l'entourage de cancer, ou de résultats anormaux antérieurs (11,13) ; les femmes plutôt jeunes ayant recours à une contraception avec un nombre répété de consultations (10) ;

Des éléments ont été identifiés auprès des praticiens tels qu'une certaine critique des recommandations, la crainte de passer à côté d'un diagnostic, une inertie et doute au changement (11) ; des éléments d'ordre organisationnel, un manque de temps pendant la consultation (14).

Bien que ces facteurs soient identifiés dans la littérature, les études se rejoignent sur la nécessité d'analyses complémentaires afin de comprendre les facteurs faisant perdurer cette tendance, mettant l'accent sur l'importance de l'information délivrée aux patientes. (9),(10),(15).

L'association d'une relation de confiance à l'adhésion des femmes a pu être mise en évidence, ces dernières seraient plus enclines à suivre les recommandations de leur médecin référent plutôt qu'un autre acteur de santé. (15),(16),(14)

La littérature est moins prolixe sur l'implication des médecins dans ce phénomène, et ce en dépit des recommandations officielles établies.

Nous n'avons pas retrouvé à ce jour d'étude sur le déroulement de la consultation dans le cadre d'une demande de FCU non justifiée, du ressenti des médecins et des arguments ou moyens qu'ils utiliseraient pour différer au besoin la réalisation du FCU; le dépistage prématuré peut en effet exposer à un risque de surdiagnostic et de surtraitement, avec des possibles effets secondaires des conisations à court terme (hémorragies, douleurs, leucorrhées) et long terme (sténose du col, dysménorrhées, accouchement prématuré) (8).

En prenant en compte ces considérations, des femmes pourtant sensibles aux informations délivrées par leur médecin de confiance, échappent au programme organisé et tendent à se faire surdépister (8,10).

L'objectif principal de notre étude est ainsi d'identifier les comportements déclarés des médecins généralistes face à des demandes non justifiées de frottis, leur connaissance et interprétation des recommandations.

L'objectif secondaire est à partir de leur expérience, d'identifier leur processus de négociation afin de différer un FCU non nécessaire chez les femmes pour tendre à une réduction du nombre de ces derniers.

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

L'étude qualitative a été choisie pour répondre à notre question de recherche car elle permet d'appréhender la complexité de cette dernière et d'avoir un abord sociologique tout en préservant la subjectivité, qui n'est pas une donnée quantifiable. (17)

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs auprès des médecins généralistes, gynécologues et sage-femmes dans la Vienne réalisant des FCU.

Des entretiens ont été réalisés par la directrice de thèse, nous parlerons dans cette étude uniquement du travail effectué auprès des médecins généralistes.

L'objectif était de s'entretenir en face à face afin de privilégier un libre échange, et de limiter le biais de désirabilité sociale, de laisser s'exprimer le participant.

2.2. Recrutement population

Les seuls critères d'inclusion étaient d'être un professionnel de santé installé dans la Vienne et de réaliser des FCU à un rythme non déterminé par avance.

Le seul critère d'exclusion était la volonté du participant de se retirer de l'étude à tout moment.

Le recrutement s'est fait selon un échantillonnage dit boule-de-neige donc par recommandation progressive permettant de cibler les professionnels de santé ayant une affinité pour la pratique du FCU et de promouvoir la diversité de l'échantillon sur les critères d'âge, genre, d'expérience, de zone d'exercice (urbain, semi-urbain, semi-rural, rural).

S'agissant d'une étude qualitative exploratoire, le nombre de participants nécessaires n'était pas déterminable à priori.

Les participants étaient contactés par mail ou téléphone professionnel de leur cabinet. L'inclusion de nouveaux participants a pris fin lorsque plus aucune nouvelle donnée pertinente n'apparaissait dans les entretiens, la saturation des données a été atteinte et jugée suffisante pour 17 entretiens.

2.3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (ANNEXE 1) a été élaboré à partir des données de la littérature et des objectifs de l'étude. Il a été utilisé comme trame souple lors des entretiens et a été modifié au fil de la réalisation de ces derniers afin d'être plus pertinent par rapport aux objectifs de la recherche (18).

Une fois la trame validée par la directrice de thèse, un premier entretien exploratoire a été fait en conditions réelles, avec un médecin généraliste volontaire (les données recueillies lors de cet entretien-test n'ont pas été intégrées aux résultats).

4 Thèmes principaux articulaient l'entretien :

- Profil patientèle, relation médecin-patient, introspection ;
- Représentations autour des recommandations, impact dans la pratique quotidienne, utilisation ;
- Surdépistage, est-ce un problème ?
- Perspectives d'amélioration

2.4. Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés de mai à novembre 2022, ils étaient réalisés dans les cabinets des médecins, excepté un entretien qui s'est déroulé en vidéoconférence (via l'interface Zoom) pour raison de distance géographique à ce moment (MG13).

Une information claire, loyale et appropriée sur les objectifs et le déroulement de l'étude, ainsi que sur les principes de l'entretien a été délivrée aux participants à l'oral et par écrit. Leur consentement oral (ANNEXE 2) a été recueilli en début d'entretien et il leur a été précisé qu'ils avaient la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. (18)

Seuls étaient demandés en début d'entretien l'âge des participants et leur durée d'installation.

Ensuite, nous avons abordé les différents thèmes sous forme de questions ouvertes pour laisser le participant s'exprimer librement sur le sujet. Des thèmes plus généraux

étaient abordés initialement pour terminer par des questions plus sensibles sur les représentations ou l'expérience personnelle des participants sur le sujet.

Une position neutre, sans jugement a été effectuée, les silences ont été respectés. Des techniques de relance, notamment de reformulation (l'écho, le reflet) ont été utilisées lorsque le participant répondait trop brièvement, ou pour éclaircir ses propos.

2.5. Méthode d'analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit littéralement, dans son intégralité, Ils ont été anonymisés (MG01 étant attribué au premier participant, MG02 au deuxième, etc.).

Une triangulation des entretiens a été réalisée avec la directrice de thèse, un quart des entretiens a donc été réalisé par la directrice de thèse.

La retranscription et l'analyse des données étaient effectuées simultanément, à la suite de chaque entretien, afin de réajuster le guide et d'identifier le point de saturation des données.

Le codage initial de chaque entretien a été affiné au cours de l'analyse des entretiens suivants lorsque cela était nécessaire. S'en est suivi d'un double encodage qui a été réalisé par la directrice de thèse.

Une analyse thématique a été effectuée, elle consistait en 2 étapes, une de dé-contextualisation des données en repérant le sens donné aux phrases des participants (micro-codage) puis une étape de recontextualisation en générant des thèmes plus généraux d'interprétation regroupant des données similaires issues du microcodage (macrocodage) (19).

Ensuite une analyse descriptive a mis en évidence les interactions entre les différents thèmes.

Pour finir, une analyse interprétative des résultats qui ont été comparés aux données de la littérature a permis la formulation de théories et d'hypothèses.

2.6. Cadre éthique

Un avis a été pris auprès de la déléguée à la protection des données de l'université de Poitiers, et notre projet de thèse a ensuite été inscrit au registre des activités de traitement de l'université de Poitiers sous la référence 202352.

Étant donné qu'il s'agissait d'une étude non interventionnelle et que les données recueillies étaient anonymisées lors de la retranscription, il nous a été confirmé que les avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'étaient pas nécessaires dans notre cas.

Les participants volontaires ont été recrutés après obtention de leur consentement oral, avec la garantie de l'anonymat, et l'information qu'ils pouvaient quitter l'étude à tout moment s'ils le voulaient.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

Participants	Durée des entretiens (min)	Lieu d'exercice	Âge	Genre
MG 01	28,39	Urbain	36	F
MG 02	36,42	Urbain	46	F
MG 03	35,40	Urbain	56	F
MG 04	31,20	Urbain	35	F
MG 05	34,45	Urbain	33	F
MG 06	51,27	Péri-urbain	41	F
MG 07	32,18	Semi-rural	40	H
MG 08	49,24	Rural	38	F
MG 09	35,13	Rural	34	H
MG 10	39,04	Péri-urbain	53	F
MG 11	35,58	Semi-rural	55	F
MG 12	35,16	Semi-rural	45	F
MG 13	32,04	Semi-rural	37	F
MG 14	42,20	Semi rural	31	F
MG 15	32,09	Rural	35	H
MG 16	52,04	Rural	32	F
MG 17	38,33	Urbain	43	H

Légende : MG : Médecin Généraliste, F : Femme ; H : Homme

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

3.2 Résultats généraux

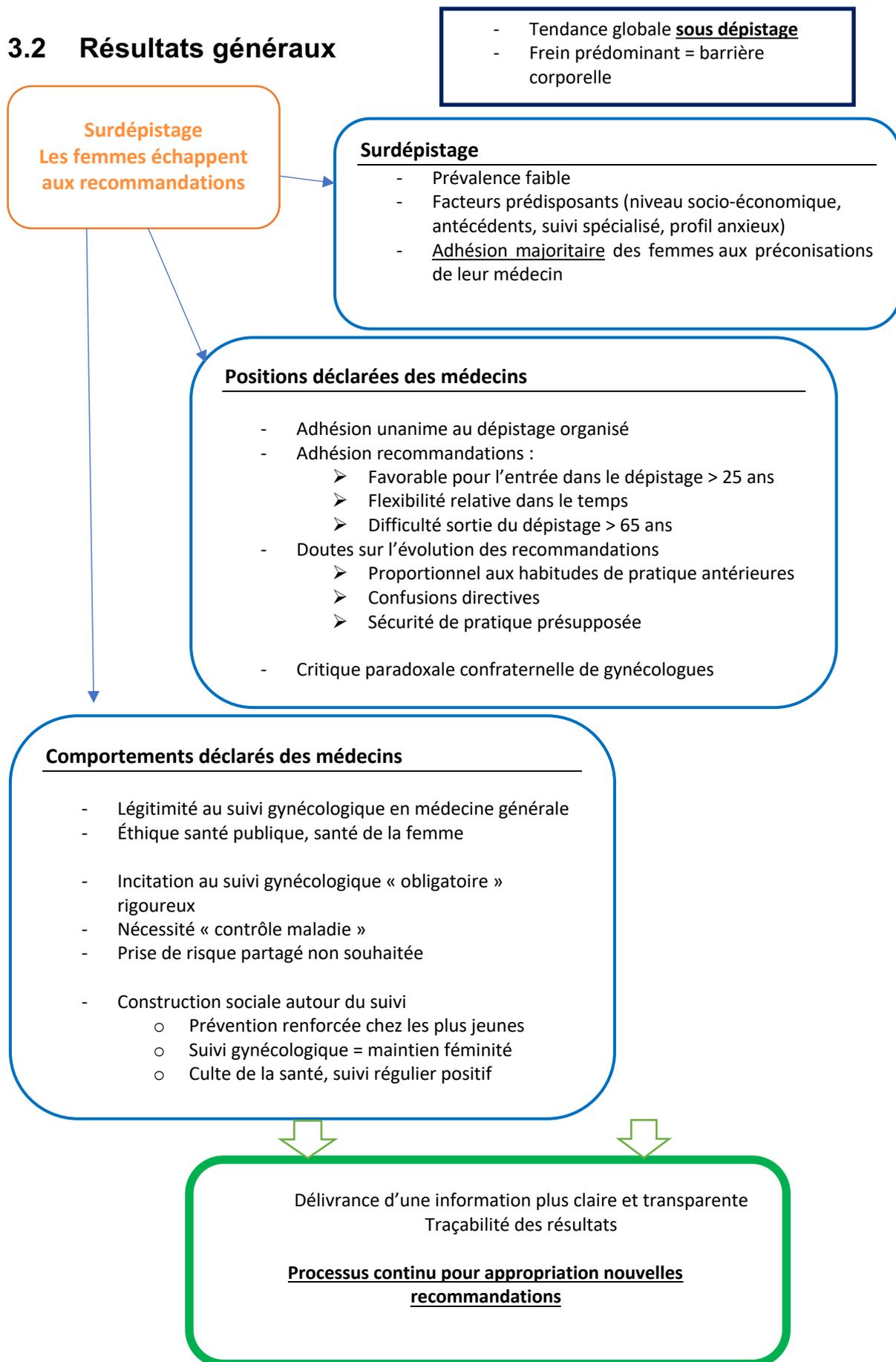


Tableau 2 : Schéma général des résultats de l'étude

3.2. Position professionnelle

3.2.1. Désertification gynécologie médicale

Les interrogés se rejoignent sur la désertification de la spécialité avec la **multiplication des intervenants**, « *Donc on a récupéré celles qui ont perdu leur gynéco dans la bataille de retraite (...) Après moi, j'avais beaucoup adressé aux sage-femmes donc j'en ai pas mal aussi qui sont suivies par des sage-femmes, ce qui est facilitateur, c'est de leur dire, chez une sage-femme vous appelez dans une semaine, vous l'avez chez nous dans la semaine ça peut s'organiser. Voilà, mais c'est sûr que le frein gynéco, disponibilité et tout ça, c'était pour ça (...) je pense qu'on va très certainement en faire de plus en plus vu que la gynéco médicale c'est quand même une denrée archi rare* » (MG1), « *pour le frottis ce sera plus simple parce que l'accès aux gynécologues est très compliqué. Soit sur un plan temporel avec des délais très longs, des horaires pas adaptés à la vie courante, soit pour des raisons financières (...) par contre j'en récupère pas mal quand le gynéco part à la retraite et que c'est compliqué d'aller voir un nouveau, d'en trouver un elles sont ravies que je puisse le faire* » (MG8), « *La gynéco de ville, c'est quelque chose qui on peut penser à terme, va peut-être disparaître, ce qui va rester ce sont les gynécologues dans les cliniques et à l'hôpital. Le suivi gynécologique classique sera fait par le médecin généraliste ou la sage-femme.* » (MG7)

Cette **diversification des intervenants** dans le suivi des femmes rendait l'accès plus aisé au suivi gynécologique **laissant le choix aux femmes** « *d'un point de vue statistique les femmes médecins généralistes en font plus que les hommes plus âgés, médecins généralistes* » (MG4)

« *Et puis c'est vrai qu'aussi j'étais la seule femme dans le secteur aux alentours par rapport aux patientes qui avaient une demande de gynécologie pour éviter d'aller en ville et tout (...) Peut-être par rapport à l'offre de soins aussi, qui est plus facile aussi, après c'est compliqué aussi pour une personne qui habite en semi rural et rural et tout donc y a une proximité de soins aussi qui va peut-être donner aussi une certaine régularité dans la prise en charge* » (MG11) qui faisait le lit à un suivi plus contrôlé comparativement à un suivi uniquement spécialisé.

3.2.2. Éthique santé femme

Les médecins partageaient une éthique de santé de la femme qui se construit précocement dans le parcours professionnel de chacun « *Donc je trouvais que ça allait bien dans la dynamique de mon internat, dans le respect des patients* » (MG5) « *c'est un truc qui me plaît depuis très longtemps, enfin la santé de la femme en tant que tel, pas juste les actes. C'est vraiment le suivi des contraceptions, les préventions, la sexualité, la prévention des violences, enfin, c'est la santé de la femme en règle générale* » (MG6), qui se définissait alors par la prise en charge globale des femmes. Tous partageaient cette éthique, y compris ceux qui avaient une moindre aisance avec l'abord gynécologique « *Voilà par contre c'est venu à moi, je dirais plus parce que je suis une femme et que j'étais une femme jeune que j'ai remplacé pas mal de médecins plus âgés. Et que donc en fait pendant mes remplacements les femmes faisaient exprès de venir en consultation pour me voir* » (MG4) avec le rapport important au **service rendu aux femmes** « *Et puis ça pouvait être un service rendu quand même donc c'est plutôt ce côté-là. Moi je trouve c'est bien un service rendu aux patientes face aux difficultés d'avoir un gynéco* » (MG 9)

3.2.3. Légitimité pratique

On retrouvait une certaine **revendication professionnelle** « *On va dire que la prévention et puis c'est notre travail enfin (...) donc je me propose en premier parce que ça me paraît être mon boulot. Et puis je leur dis quand même qu'elles peuvent aller voir quelqu'un si besoin.* » (MG7)

Avec une **position assumée** « *donc clairement leurs patientes elles prennent rendez-vous avec nous pour la gynécologie et dans les villages alentours. En fait, on a des patientes qui viennent que pour la gynécologie et qui retournent voir leurs médecins dans leur cabinet (...)* En gynéco, je me sens très à l'aise dans la communication (...) le but c'est vraiment d'être à l'aise avec la patiente, d'être au clair avec les recommandations et ce qu'on propose » (MG13), « *pour tout ce qui est stérilet, implant, je suis le seul à le faire au cabinet, donc mes collègues qui m'en envoient régulièrement.* » (MG9)

« En tant que maître de stage, je forme des internes à la pédiatrie gynéco et la quasi-totalité de mes internes, hommes comme femme, une fois installés, pratiquent la gynéco » (MG6)

Ou **assimilée** « il y en a plusieurs qui m'ont dit, ah c'est bien que vous soyez là parce que maintenant on peut vous voir vous aussi si on a un souci de gynéco quoi (...) il a des patientes du coup que je suis en tant que médecin généraliste et gynéco (...) voilà c'est marrant parce que parce que si on fait de la gynéco on est gynécologue. » (MG16)

Relativisé « d'autres de mes collègues font vraiment beaucoup plus de gynéco que moi, parce que moi, par exemple, je ne pose pas de stérilet, je pose pas d'implant, je fais vraiment que frottis, prélèvements vaginaux. Enfin, voilà les choses comme ça. » (MG2)

Une **légitimité transmise** « il y a certaines patientes de mes collègues confrères masculins qui savent que je fais ça, donc ils viennent me voir, j'ai des patients aussi de l'extérieur d'autres communes qui viennent me voir uniquement pour la gynécologie » (MG11)

« Il y a donc déjà une part de légitimité qui est née par mes confrères » (MG11)

3.2.4. Représentation relation patient-médecin

➤ Modèle **autonomie-facilitateur**

Le dépistage nécessitait une certaine **proactivité des patients** « Elles ont toutes les informations et après elles sont responsables de leur santé ou de leur dépistage. » (MG13)

« Je pense que c'est à nous aussi de leur montrer que c'est leur santé, c'est eux, nous on est le guide, mais c'est eux le chef d'eux-mêmes. Enfin, je pense que c'est notre rôle » (MG14), s'appuyaient sur le dépistage organisé « dans le cadre du dépistage organisé, c'est quelque chose de bien parce que maintenant, j'ai des femmes qui me disent, j'ai reçu la lettre » (MG15)

Tout en prenant le temps et le soin de délivrer les informations nécessaires pour leur suivi « j'essaye tout simplement d'expliquer les recommandations » (MG3)

➤ Suivi durable, **coopération-partenariat**

La construction d'une relation durable était d'après eux la pierre angulaire en médecine générale « *Donc les patients qui viennent me voir, ils ont aussi confiance. Il y en a certaines qui insistent, mais c'est quand même assez rare donc quand on leur explique les choses, elles ont confiance. Voilà où ça se passe bien parce qu'il y a cette double casquette, je pense, et généraliste et gynéco entre guillemets* » (MG8)

« *Donc voilà, je leur explique un petit peu que ce n'est pas eux qui vont venir me parler mais c'est moi qui vais leur donner un maximum d'informations et ils vont pouvoir entendre beaucoup de vocabulaire qu'il leur fera comprendre qu'ils peuvent venir me parler de plein de choses* » (MG6)

« *Exactement, oui, mais par contre je connais vraiment son histoire. C'est un sujet qui est abordé régulièrement. Donc en fait, il y a une intimité quand même hyper forte en fait* » (MG17)

3.3. Tendance sous dépistage

3.3.1. Global

La tendance du sous dépistage était selon eux globale « *on est plus à essayer de les récupérer et de les convaincre que finalement les convaincre de ne pas le faire donc on n'est pas trop dans ce dans ce sens-là.* » (MG4), « *enfin honnêtement ces derniers temps, la patientèle y aurait peut-être plus un peu de retard* » (MG16), « *J'ai quand même plus de patientes qui sont en retard de frottis que bien à l'heure voire trop à l'heure* » (MG11)

Avec une **pression ressentie** « *J'avais expliqué ça à la dame de la sécurité sociale hein, qui venait pour essayer de voilà me motiver mais pas besoin de motivation et de me montrer mes chiffres et je leur avais expliqué que je ne pouvais pas améliorer mon chiffre et un pourcentage de femmes réfractaires et on aura beau faire, celles-ci...* » (MG10)

Ceci de manière prépondérante au sein des **populations défavorisées** « *ici on a beaucoup de femmes, notamment dans les populations migrantes qui ont vécu des violences sexuelles. Et honnêtement, enfin, globalement, moi on ne m'a jamais dit il faut absolument que je fasse un frottis, jamais ça m'est arrivé* » (MG6), « *C'est plutôt ici, chez nous, c'est plutôt du sous dépistage, comme tu le sais, c'est la précarité, c'est la difficulté de langage puisque qu'il y en a beaucoup qui parlent très mal le français qui comprennent pas bien, donc tout ça, oui, c'est compliqué. Et puis prendre soin de leur santé, des choses qui ne se voient pas, ils n'en ont rien à faire.* » (MG3) On notait ici plus une négligence de soi plus qu'une surconsommation de soins.

Était évoqué une perspective d'amélioration des prises en charge par l'implantation de l'autotest spécifiquement pour ces populations « *Après moi, j'attends de façon très, les auto-dépistage, donc alors j'en fais des auto-dépistage HPV chez les patients chez qui on n'arrive pas à faire des examens gynécologiques pour des raisons différentes* » (MG5)

Ces populations dites défavorisées étaient plus à même d'entendre les conseils de son médecin « *ce sont plutôt les capacités d'éducation et culturel aussi de remettre en cause les dires du médecin. Après, ce n'est pas forcément une population très observante mais en tout cas c'est vrai que c'est une population potentiellement assez docile* » (MG 5)

Il était difficile d'en évaluer l'importance « *Après chose que moi je ne peux pas percevoir sur l'acceptabilité des patientes, c'est si je leur dis il faut un frottis et puis elles ne reviennent jamais j'ai pas de visuel dessus (...) il y a je pense quelques femmes qui vont très rarement chez le médecin et que du coup passent à côté du suivi parce qu'en fait on ne les voit pas* » (MG 4)

3.3.2. Freins

Parmi les causes identifiées, « *je pense souvent, ce sont des gens qui ont **peur du résultat**. Et donc comme pour les autres dépistages* » (MG14), « *C'est comme celles qui me disent ah non, hors de question, je ne préfère pas savoir si j'ai quelque chose, qui sont dans le refus du dépistage.* » (MG 8)

Le **rapport au corps**, la barrière d'accès majoritairement en lien avec une pudeur était exprimée, un examen gynécologique considéré invasif « *J'ai l'impression que c'est surtout la peur de l'examen, alors il y a peut-être la peur qu'on trouve quelque chose, c'est moins verbalisé enfin. Peut-être que c'est sous-jacent, mais c'est surtout le côté, je n'ai pas envie de me mettre à poil et pas envie qu'on mette un truc dans le vagin parce que ce n'est pas c'est pas chouette, c'est plutôt ça je trouve qui ressort dans les dans les explications* » (MG4)

« *Bon des fois, elles appréhendent quand même qu'on aille les examiner sur ce plan-là* » (MG16)

Avec une prise de conscience de l'acte en lui-même « *Ouais, honnêtement, je pense que le frottis, c'est un examen qui est quand même globalement assez invasif* » (MG5)

La notion de **traumatisme psychologique** a été intégrée dans les pratiques, suspend potentiel de la difficulté d'accès au corps, le refus des patientes faisant le lit de l'insuffisance au dépistage « *C'est une dame pour qui je ne connais pas bien son enfance, mais je pense qu'elle a eu une enfance très difficile. C'est une dame qui psychologiquement va très mal, qui est très angoissée, qui ne sort pas de chez elle* » (MG7), des violences gynécologiques, « *C'est vrai qu'on se demande toujours je ne sais pas si c'est pas une patiente qui a été violée* » (MG1)

Avec des **précautions** qui étaient prises « *des fois il y a des images sur un examen gynéco ou des propos intra familiaux dont je me méfie beaucoup* » (MG6)

« *Je pense qu'au bout d'un moment forcément je suppose des violences, des choses comme ça. Mais je n'ai jamais eu l'occasion* » (MG14)

« *Je pense pas enfin je n'ai pas forcément l'impression que ce soit vraiment de ne pas vouloir le faire, parce que peut-être un peu de vaginisme, peut être des expériences difficiles, douloureuses, donc voilà* » (MG16)

3.3.3. Abord examen gynécologique

Dans ce contexte de frein à l'examen gynécologique des précautions ont été prises par les médecins « *quand il y a une réticence je le fais jamais d'emblée, parce qu'enfin, faut pas que ce soit perçu comme un viol non plus de la part de la patiente. Enfin ça reste sa santé, mais on se donne l'opportunité de dire, écoutez, on se revoit dans un mois pour faire le frottis si vous voulez, vous pouvez venir accompagnée de quelqu'un si vous vous sentez plus à l'aise (...)* Et c'est vrai que pour les frottis et pour les poses de stérilet j'aime bien prendre le temps de faire les choses, c'est à dire on se met en position gynéco tranquillement. Moi j'ai mon, j'ai mes, j'ai ma manière de faire, je pose les mains sur les genoux, je fais, c'est bon, vous êtes prête » (MG4) utilisaient la **gestuelle** « *Ça c'est vrai, alors moi je mets toujours un petit drap sur les cuisses avant qu'elle soit. Elles sont à peine assises, je mets vite le drap pour qu'elle ne se sente pas gênée, enfin un bout de rouleau quoi pour et au dernier moment, je leur demande de mettre les pieds* » (MG14)

Avec le **consentement** de la patiente « *je n'examinerais pas quelqu'un sans lui avoir demandé son autorisation. Et si elle n'est pas d'accord pour un examen aujourd'hui en fait on s'arrête là ce n'est pas parce qu'elle vient consultation qui va y avoir un examen gynécologique (...)* parce que souvent soit elles se font un monde parce qu'on leur a dit que les violences, gynéco et cetera soit elles ont eu des mauvaises expériences d'examen gynécologique aussi » (MG13)

« *Ah oui, et tu me fais remarquer qu'avec les enfants je fais le même système que toi. Je dis rarement aux adultes, est ce que je peux vous examiner quand je soulève les t-shirts je dis là pour écouter vos poumons, faut que je soulève votre tee-shirt ou est-ce*

que vous pouvez lever votre tee-shirt, mais les enfants je leur dis du coup faut que je t'examine t'es d'accord ? je fais une espèce de formulation de consentement » (MG17)

3.3.4. Outils

Une **relation de confiance** a été décrite comme un atout pour l'adhésion « *du coup je trouve que c'est assez facile pour moi de dire c'est important d'avoir un suivi gynéco donc ça les patientes le savent donc elles le sentent je n'ai pas besoin de faire des longs discours » (MG10) « donc le lien de confiance se fait assez rapidement. J'explique le respect du corps. Enfin voilà ce qu'elles ont droit d'accepter ou pas. J'ai une patiente, j'ai dû mettre 3 ou 4 consultations avant d'arriver à poser un spéculum parce qu'elle avait subi des traumatismes. Et voilà, ça on a été très progressivement. Elle m'a fait confiance et on a réussi au bout de 4 consultations à mettre un spéculum (...) La femme doit être dans une espèce de confiance. Elle donne accès à son corps sur quelque chose qui n'est pas tabou mais réglementé à la plage (...) je suis aussi à l'aise et j'ai le même niveau de détente avec la patiente parce que je lui ai expliqué que là, je prendrai soin d'elle et je ferai attention » (MG6)*

« Donc je n'ai pas de souci effectivement à convaincre mes patients de faire des frottis, des examens à venir me parler de tout et voilà. Mais ça je ne sais pas comment ça peut s'apprendre mais c'est vraiment au quotidien, le ressenti et le travail avec le patient » (MG6)

D'autres pouvaient utiliser des **moyens de pression** pour convaincre les femmes de se faire suivre « *Ben là je leur dis, il faudra le faire, il faudra le faire dans l'année du coup, je le redis, il faudra que vous preniez rendez-vous cette année et après ce sera tous les 5 ans » (MG1)*, plutôt dans une attitude directive.

Ils pouvaient utiliser la **récompense**, « *Du coup je force un peu le truc en faisant un renouvellement de pilule que pour 6 mois en disant il faut le faire faut revenir voilà (...) donc obligé un peu de relancer » (MG16)*

« En disant écoutez là, je vous renouvelle pour 3 mois mais dans 3 mois, on fait le frottis, autrement, moi je ne vous prescrirai pas la pilule (...) à la limite, tu peux menacer, entre guillemets en disant voilà faut » (MG3)

Ou bien la **culpabilité** « *Comme je leur dis enfin on cherche quelque chose qui ne va pas ni coûter cher à vous ni coûter cher à la société à prendre en charge alors qu'on*

risque de sans le faire, enfin en ne le faisant pas, de manquer quelque chose qui va vous coûter très cher et puis coûter cher à la société donc y a ça qui est prévu. Je suis sûr que ce n'est pas invasif » (MG1)

L'alerte « *Quel est l'intérêt ? Pourquoi je vous embête avec ça en fait, ce n'est pas pour vous embêter, enfin le dépistage, ça sert à prendre en charge le plus tôt possible s'il y a un souci et donc à plutôt avoir un discours culpabilisant (...) de toute façon tant que ce ne sera pas fait attendez-vous à ce que je vous en parle à chaque consultation donc si vous voulez être débarrassé on le fait comme ça je vous embêterai plus » (MG13)*

« Mais on en parle quand même parce que des fois il faut utiliser le mot de cancer pour c'est horrible à dire mais pour vendre le vaccin » (MG8)

« Donc les frottis, faut vraiment leur expliquer et puis employer des mots cancer, la prévention du cancer » (MG3)

Possiblement les **mettre devant le fait accompli** « *ça m'est arrivé de sortir du cabinet de la consultation en disant mais n'oubliez pas de prendre rendez-vous, on arrive au secrétariat et je dis à la secrétaire vous verrez, pour donner un rendez-vous avec le docteur X ça je peux le faire » (MG17)*

Avec certaines fois une **méfiance** exprimée « *Si elles n'ont pas menti, des fois, on voit qu'elles sont de bonne foi et puis quand je retrouve le frottis je leur dis, moi le dernier que j'ai, c'est telle date, donc ça fait 5 ans, oh je ne pensais pas qu'il y avait si longtemps tu vois et je pense qu'elles sont vraiment de bonne foi et puis y en a d'autres qui savent pertinemment que ça fait 10 ans qu'elles n'ont pas fait de frottis, qu'elles n'ont pas envie d'en faire et puis voilà » (MG3)*

3.3.5. Contrôle maladie

On pouvait identifier un **conditionnement** des médecins avec la nécessité d'un suivi rigoureux « *Il faut vraiment noter dans le dossier pour pouvoir avoir une marque et pouvoir leur rappeler en tout cas. Et je leur dis, tiens, faudra prévoir le frottis parce que ça va être l'heure* » (MG7)

« *Voilà quand elles ont un an de retard je ne leur mets pas la pression non plus. Enfin, c'est parce que je trouve qu'on est assez fort en médecine pour culpabiliser les patients, alors c'est moi, c'est mon type de prise en charge, ça va il n'y a pas mort d'homme, faut s'en occuper quand même donc on se revoit dans le mois ou dans les 2 mois pour que ce soit fait* » (MG4)

« *Dans les dossiers, une petite fiche note, là où je mets tous les dépistages, savoir où on en est à chaque fois (...) Et ce qui fait qu'à chaque fois que je les vois, je dis, on en est où ? Ça serait peut-être le moment de le faire. Voilà, je fais sans être moraliste, quoi* » (MG9)

Avec une **pression ressentie** « *J'essaye au maximum, mais j'ai toujours l'impression que mon pourcentage de frottis dans la catégorie des femmes à qui je dois les faire, j'ai l'impression que ça ne monte pas* » (MG9)

3.3.6. Risque partagé

La nécessité de rigueur faisait le lien avec la **responsabilité** imputable « *Alors après légalement je note refus et cetera. Mais je leur dis, je vous préviens, moi je ne pratique pas la langue de bois, je vous explique, nous on a une obligation de moyens, on n'a pas d'obligation de résultat alors je vous propose, vous ne voulez pas ? Et puis on n'en discute pas. Voilà ce n'est pas grave* » (MG12) avec un sentiment de **résignation**.

« *Oui, moi je pars du principe que de toute manière, si je considère avoir correctement informé les gens, s'ils décident de ne pas m'écouter, bah c'est leur vie. Je m'en fiche quoi* » (MG5)

« *Si tu veux et puis que le jour où y a un truc tu te le reproches voilà, mais elles peuvent te le reprocher aussi. Elles peuvent te le reprocher et je ne sais pas si elles gagneraient devant un tribunal, mais oui (...) À chaque consultation tu notes (...) Donc c'est effectivement à 3-4 reprises, on voit, refus de frottis, refus de frottis, refus*

de frottis et puis ça date effectivement de plusieurs années. On peut même dire à mon avis, on peut difficilement te le reprocher, mais tu sais, avec la justice, je ne suis pas toujours sûre du résultat » (MG3)

« Je me dis, là je suis remplaçante, donc il y a un peu ce côté où finalement ce qui m'inquiète c'est pour quand je serai installée où là tu es un peu plus responsable de la patientèle quand même (...) Je dis comment je vais finir par mettre mes règles qui me conviennent et qui sont des règles à la fois des recommandations (...) c'est surtout pour l'avenir que ça m'embête de me dire comment je ferai quand ce sera que moi le responsable. » (MG14)

3.4. Surdépistage

3.4.1. Facteurs

Parmi les facteurs favorisant chez les femmes rapportés, on retrouvait le **niveau socio-économique élevé** « *Donc on voit des gens plutôt aisés dans le coin plutôt cortiqués donc par rapport à la discussion sur le frottis on ne voit pas les mêmes personnes, donc on ne se bat pas trop et oui effectivement on peut se battre pour le sur dépistage peut être un problème parfois.* » (MG12), « *Je dirais que ce sont des dames qui sont mieux suivies que la moyenne des CSP plus je dirais des dames plutôt bien ancrées avec le système de santé* » (MG15)

Des femmes plutôt **strictes** sur leur suivi « *Voilà qui fera peut-être que ça espacera un petit peu, qu'elle sera peut-être moins stricte sur tous les ans* » (MG2)

À la recherche d'une **relation paternaliste** supposée « *Oui souvent, ce sont des patientes qui recherchent une relation plus paternaliste dans les consultations.* » (MG13) relation qui était associée à un suivi spécialisé « *Souvent ce n'est pas moi qui vais les suivre et elles vont aller trouver un médecin qui répond à leurs attentes. En disant non, mais je préfère être suivie beaucoup plus rapprochée, il me faut un gynéco, soit elles y tiennent absolument, elles préfèrent attendre 6 mois et voir effectivement un gynéco* » (MG8), « *elle revient voir sa gynéco pour continuer son suivi comme elle l'entend* » (MG4) ; les médecins qui répondaient favorablement à la demande des femmes semblait renforcer la confiance selon eux, la prise de décision était perçue comme la meilleure stratégie et donc dans leur intérêt.

Ces femmes préféraient alors un **suivi spécialisé** « *dans une telle reconnaissance de surpuissance du spé d'organe : ah non mais moi je vais chez mon gynéco, il me fait ça tous les ans. Moi c'est mieux, ça me rassure* » (MG8) qui pouvait s'étendre à d'autres suivis « *On peut le ressentir avec ceux qui viennent de Paris et qui avaient un pédiatre, mais ici il n'y a pas de pédiatre, mais ce n'est pas grave en fait* » Ah bon mais mon enfant est suivi par un pédiatre » voilà » (MG17)

Elles pouvaient avoir des **antécédents personnels** de FCU anormaux « *On a trouvé un HPV, donc on fait un contrôle, mais que dans un an sans rien faire entre les deux, ça parfois c'est un peu compliqué à faire entendre quoi* » (MG9) « *Parce qu'elles ont*

peur en fait, alors il y a aussi des antécédents de CIN 2 ou CIN 3 et tout. Et puis on leur a dit, faut faire ça tous les 6 mois. Après tous les ans, mais c'est limité dans le temps, on ne fait pas ça tous les ans toute sa vie quoi en fait » (MG11) **ou dans l'entourage** « Je pense que celles qui prolongent un petit peu, c'est parce que ce sont des anxieuses aussi. Ou qu'elles ont eu un cas de cancer du col dans la famille » (MG3)

Le cas du **partenaire** a été évoqué « On va traiter une femme si elle a un HPV tout ça, mais encore une fois on ne dépiste pas le conjoint qui pourrait très bien redonner le papillomavirus quelques années après ça » (MG9) « son conjoint, son mari a des condylomes déjà. Donc du coup elle était un peu plus inquiète de ça. Et son mari aussi était un peu inquiétant » (MG5)

Elles étaient d'un profil plutôt **anxieux** « ce qui ce qui mobilise les gens, c'est la peur, hein ? clairement. Ce sont les risques » (MG7) « il y a des personnes qui sont hyper inquiètes et qui vont justement réclamer leur frottis » (MG8) « Après les sur consommatrices, ça va être des anxieuses, c'est la cancérophobie, ce sont les trucs comme ça, ce sont des patientes qui sont hyper stressées » (MG3)

« Ce sont vraiment des femmes, c'est par confort et elles le disent elles-mêmes pour me rassurer » (MG2), **anxiété à laquelle les médecins pouvaient répondre** « c'est vrai que c'est la seule à qui j'ai fait ça et effectivement je me suis dit, bon, c'est un peu, on était hors du cadre, mais en même temps je me suis, pourquoi pas ? Elle a dit non, moi je préfère continuer » (MG1) « La demande insistante d'une patiente. En lui expliquant qu'il n'y en a pas forcément besoin. Mais c'est tellement pour moi difficile à interpréter si je le fais pour rien, que ça veut dire que derrière s'il y a des lésions, je ne saurais pas quoi en faire » (MG12) « On peut quand même le faire après quand je vois que c'est quand même une inquiétude parce qu'il y a eu d'autres cancers gynéco » (MG13), « quand il n'en démord pas, il dit qu'il a les arguments pour dire qu'il est inquiet, que ça le rassure. Tant que ça le met pas en danger, je me sens pas mal parce que, au pire on est trop prudent et finalement bon » (MG14)

Une idée positive au **soin du corps était accordée** « J'ai souvent l'argument oui, moi je préfère qu'on me fasse plus souvent, elles ont vraiment l'impression de faire les choses mieux que les autres » (MG13) « Des femmes qui n'ont souvent pas beaucoup de soucis de santé par ailleurs. Voilà qui je pense du coup, sont peut-être plus accès prévention, des femmes peut être un peu plus éduquées, c'est humain je pense, à prendre soin de soi-même aussi peut être voilà » (MG16)

Avec une augmentation de **la pression des femmes** avec l'âge « *Qui ont plus aussi, voilà qui s'affirment plus. Ça dépend des tempéraments, mais ce sont aussi des femmes qui ont plus d'expérience, clairement* » (MG2) « *c'est quelqu'un qui est persuasif, quand il n'en démord pas* » (MG14)

« *Oui, ça ce sont des patientes où j'ai eu des conflits un petit peu, c'est des patientes de 35-45 ans quoi* » (MG2) « *Je pense que le problème du sur nombre de frottis on va dire, c'est plus pour des femmes un peu plus âgées qui ont connu en fin de compte des frottis beaucoup plus rapprochés* » (MG8)

En lien avec des **habitudes antérieures** de suivi rapproché « *je dirais peut-être plus après 50 ans, c'est plus compliqué après 50 ans d'expliquer qu'il faut faire moins de frottis que ce qu'elles faisaient avant* » (MG12) « *Non, c'est plutôt celles, on va dire qui sont en fin de dépistage, qui approchent des 65 ans qui étaient habituées à d'autres pratiques* » (MG9)

Un **message détourné** de santé publique « *Ce sont des personnes qui sont très actives dans leur santé, donc elles demandent à comprendre et donc quand on dit non, on ne fait pas de mammographie, alors que les mammographies ça a sauvé des femmes du cancer du sein, Octobre rose donc, pourquoi ? Pourquoi on dit non ?* » (MG15)

« *Par la publicité qui est faite, il y a un matraquage sur le sein énorme parce qu'il y en a beaucoup et ce qui fait que du coup il y a un hyper dépistage. Et je pense que ça s'explique uniquement par ça. Alors que le cancer du col de l'utérus c'est quand même plus rare sachant qu'il y a quand même un dépistage qui est bien foutu. Mais il fait moins de bruit, donc j'explique uniquement par ça et je ne vois pas ce que ça pourrait être d'autre* » (MG7)

3.4.2. Prévalence faible

La demande excessive de frottis était certes peu fréquente « Après heureusement ça n'arrive pas tous les 4 matins, c'est plus l'inverse (...) donc on n'est pas trop dans ce dans ce sens-là » (MG12) « j'ai déjà vu des patientes qui avaient, voilà qui avaient été traitées pour un cancer du col, mais pas énormément, et je pense que dans ma tête c'est quand même peu fréquent et que du coup je me dis oui il faut le faire mais bon » (MG16)

Mais dont l'exposition laissait un souvenir précis de la situation, qui suggérait l'**impact émotionnel** « Ça arrive. C'est rare quand même, c'est arrivé où c'était pour un frottis qui avait dépassé l'âge et qui voulait quand même continuer » (MG14)

« Oui, par contre j'en ai eu. J'en ai une à qui c'est moi qui l'ai fait, plutôt 65 ans effectivement » (MG1)

« Ça m'est arrivé de faire un frottis sur un saignement gynécologique post-ménopausique » (MG4)

Avec pour autant une **histoire de chasse** quasi inexistante « Non bah non. La preuve, enfin en 20 ans d'exercice je n'ai pas eu de cancer du col de l'utérus franchement » (MG10)

« On est toujours sur des frottis anormaux qui amènent à, mais jusque-là, je n'ai pas eu de cancer du col » (MG13)

« Je n'ai pas de mauvaise expérience ou de retard de diagnostic dans les patientes que j'ai pu suivre » (MG6)

3.4.3. Construction sociale autour du suivi

- **Rite premier examen gynécologique, début du suivi**

Tous ont eu l'expérience de la première consultation pour un motif gynécologique des jeunes filles « j'en ai une qui est venue me dire et du coup les frottis, quand est-ce que je dois commencer ? Voilà les mères, les tantes en avaient parlé » (MG1) « il y a aussi là, c'est plutôt la contraception, ce n'est pas forcément le frottis pour aborder la sexualité, c'est en médecine générale voilà, on aborde parce qu'il y a

*l'acné, parce qu'il y a des règles douloureuses et donc on va avoir aussi de la contraception » (MG12), elles étaient souvent **accompagnées de leur mère** « c'était en effet peut être des 18-19 ans avec leur mère. C'était la mère qui disait bon, il faut commencer le début du suivi gynéco » (MG17) avec une incompréhension de ces positions « il y a cette espèce de tradition un peu des fois de vouloir un examen gynéco plus jeune pourquoi on ne sait pas trop, parce que voilà c'est dans les mœurs » (MG16), on retrouvait une association inconsciente du suivi gynécologique au début de l'activité sexuelle « Pareil au début de l'activité génitale, les mamans qui viennent avec leur fille et qui ne comprennent pas pourquoi on attend 25 ans pour faire un examen avec un spéculum. Ben c'est compliqué ça (...) il y a plein de femmes qui ont peur pour leur fille, et de leur faire subir un examen gynécologique, ça les rassure énormément » (MG12)*

« Donc voilà je leur dis, écoutez, oui, je fais les suivis gynéco, voilà qui t'a prescrit ta pilule ? Bah tu l'as, tu vas la revoir pour ton suivi ou alors moi je fais (...) Comment j'aborde ça tout simplement que c'est important d'avoir un suivi gynéco » (MG 10)

De manière systématique les médecins pouvaient cibler cette **population jeune considérée à risque** « Je leur répète aussi, et c'est l'occasion de parler des chlamydias des gonocoques, quand je prescris la pilule, autant il n'y a pas besoin de frottis, autant il y a nécessité à chaque changement de partenaire de faire le dépistage par PCR avec l'auto-prélèvement au laboratoire » (MG12)

« Et puis on discute sexualité, on discute contraception, infection sexuellement transmissible » (MG5)

« S'il y a un Chlamydia après bon, c'est vrai qu'on en voit moins aussi dans les tranches de plus de 30 ans » (MG16)

« Je leur dis d'ailleurs, parfois, la précocité des rapports très jeune, multiples partenaires parce qu'on en a quand même quelques-unes. On est un peu plus prudent » (MG11)

- **Soin du corps, proactivité**

Le suivi gynécologique régulier était associé positivement à la **féminité** « *je pense que c'était important dans sa vie de femme. Voilà, je pense que c'est ça qui est important dans sa vie de femme active* » (MG10)

« *J'avais l'impression que c'était plus pour se conforter de sa vie de femme plutôt vraiment que de vérifier qu'elle n'avait pas de cancer. En fait, on n'était pas centré sur le cancer. Cette consultation était centrée sur l'examen gynécologique et du coup son suivi en tant que femme* » (MG5) et à une **bonne condition physique** « *Je dirais que ce sont des dames qui sont mieux suivies que la moyenne des CSP plus je dirais des dames plutôt bien ancrées avec le système de santé (...) qui prennent soin de leur santé* » (MG15)

- **Le frottis et le maintien de la féminité**

Le dépistage organisé supposait la fin de celui-ci pour les femmes à partir de 65 ans, **vécu difficilement par les femmes** « *je pense ce qui les gênes pour certaines, l'arrêt par exemple, du frottis, parce qu'elles ont 70 ans, c'est pas forcément la peur du cancer je pense que c'est plus l'impression d'un arrêt de prise en charge sur quelque chose* » (MG8), « *Et moi, j'ai des femmes qui sont toujours choquées de me dire, mais comment ça se fait, moi, j'ai cet âge-là, on ne fait plus le frottis là, en fait on peut mourir de son cancer du col de l'utérus parce que je suis trop vieille ...* » (MG2) ... **par les médecins** « *C'est leur justifier, le pourquoi on s'arrête enfin, ça me donne vraiment l'impression que je leur explique que de toute façon, elles ont suffisamment à vivre pour que ça vaille le coup. Enfin, et je trouve ça hyper dur en fait donc du coup. Après il y a peut-être un argumentaire autre qu'il faudrait que je révise mais voilà* » (MG16) intégraient **l'espérance de vie** dans leur prise de décision « *C'est vrai que je ne sais pas pourquoi ils n'ont pas fait un peu plus tard, moi j'aurais mis bon après c'est qu'avec ces statistiques ils doivent trouver que ça vaut plus le coup j'imagine. Mais après, voilà, les patientes en super bon état général à 70, 75 ans moi ça ne me choque pas de continuer alors à leur faire. Ouais en dehors du dépistage* » (MG1) « *La Durée de vie de nos patients est énorme et alors après, c'est là que je vais des fois être un petit peu dans l'inquiétude en fait, moi aussi de me dire, est-ce que j'arrête vraiment à 65 ans ?* » (MG12)

3.4.4. Institutionnalisation ambivalente

Pour autant les médecins accordaient beaucoup d'importance aux recommandations et à la nécessité de les suivre, « *les recommandations sont assez faciles, les arbres décisionnels sont assez clairs même quand on a un frottis pathologique. Du coup les arbres décisionnels on descend franchement c'est très simple. Et puis les recos moi je trouve qu'elles sont globalement très claires ce n'est pas très compliqué* » (MG5)

« *Je leur ai expliqué que c'était plutôt écoutez les recommandations, c'est ça, c'est un suivi à telle date, telle date. Après voilà, il n'y a aucune raison d'en faire plus en dehors d'un suivi particulier d'une pathologie. Maintenant, votre gynéco il fait ce qu'il veut mais ce n'est pas dans les dans les normes. Voilà donc je leur explique ce qu'est la loi entre guillemets, les recommandations scientifiques que moi je les applique* » (MG6)

« *En fait si on a des âges qui sont fixés c'est pour une bonne raison. Comme pourquoi on fait les frottis dans les 5 ans et tous les 3 ans mais parce qu'il y a des évolutions. La médecine ça évolue, on a des recherches, on a des informations. Voilà, avant on faisait les frottis la première année du rapport sexuel, plus une année après. Maintenant pas avant 25 ans* » (MG2)

Les recommandations en termes de dépistage du cancer du col utérin étaient **connues de tous et intégrées** « *Après moi je trouve que les recommandations je m'y plie de toute façon, c'est mon rôle en tant que médecin donc je le propose très régulièrement* » (MG4) « *De toute façon, on sait que des lésions cellulaires apparaissent quand même après de nombreuses années. Ça ne vient pas du jour au lendemain. C'est pourquoi on peut se permettre et qu'on fait ces recommandations-là* » (MG 9)

Avec paradoxalement un **accueil partagé des dernières recommandations**, à la fois positif « *c'est vrai qu'on embêtait pas mal les ACSUS, les frottis un peu intermédiaires avant, à refaire très rapproché. Et puis bon, si on est sûr qu'il n'y a rien, on peut lâcher un peu de lest. Oui je trouvais ça pas plus mal* » (MG1) « *Après bon, c'est comme tout, on s'adapte ? Enfin, moi je les applique, j'essaie de les appliquer à la lettre* » (MG9) « *c'est à double tranchant, c'est-à-dire que ça permet d'être plus tranquille parce qu'on va chercher la racine du mal, le HPV qui va créer des cancers du col de l'utérus (...) même si c'est un avantage technique, c'est la meilleure technique et ça laisse plus tranquille les femmes avec un risque qui est réduit* » (MG7)

Et incertain « ça me paraît bizarre, parce que j'ai compris que c'était plus sensible, très bien, mais je n'ai pas bien compris pourquoi ça permettait d'espacer » (MG14) avec une **inertie au changement** « Ah, ça me fait, c'est très dur pour moi, hein ? Qu'est ce qui est très dur ? C'est que moi, j'ai connu l'époque où on faisait un frottis tous les ans, après on est passé à tous les 3 ans. Et là maintenant seulement le HPV tous les 5 ans (...) Ah oui, complètement. Oui, parce que ça change mes petites habitudes de 25 ans » (MG10)

« C'est comme tout quoi. Enfin, c'est comme pour le nourrisson les recommandations on a dit pendant des années faut faire ça et pas autrement et puis après on change c'est toujours un peu perturbant quoi » (MG9)

« Il faut y aller progressivement et puis il faut faire adhérer tous les professionnels de santé aussi à ça donc puis les patients aussi, derrière 5 ans, ça peut parfois ça fait long pour certaines patientes (...) Je trouve que l'espace ce n'est pas judicieux en fait parce que 5 ans, ben les gens oublient vite en fait donc moi je ne vous cache pas, c'est 3 ans, parce que comme ça on ne les perd pas de vue. Pour l'instant, je reste pour rester à 3 ans, je coupe la poire en deux quoi pour l'instant. Je ne suis pas sûre qu'on soit si délétère que ça et qu'on va plus consommer » (MG11) avec une crainte des pertues de vue, n'améliorant pas la couverture de dépistage « Je ne suis pas sûre parce que parfois on a des surprises quand même. Moi, j'ai des patientes qui sont suivies, qui étaient suivies correctement avant. Puis tout d'un coup on retrouve des CIN 2 et 3 donc ... » (MG11) une méfiance de ces recommandations et mettaient en **doute leur sécurité**.

3.4.5. Adhésion des femmes

Pour autant les médecins ne trouvaient pas de difficulté à convaincre leurs patientes « *Mais sinon, les explications du médecin généraliste, du médecin traitant quand on a la confiance des gens suffisent* » (MG7) davantage quand la relation de confiance était établie « *alors c'était une patiente que je suivais régulièrement depuis longtemps qui finalement est venue chez moi quand le gynéco a pris sa retraite (...) oui je pense qu'elle avait confiance en moi, elle me connaissait* » (MG3)

Un **argumentaire individualisé** en utilisant l'**intérêt dirigé** était un outil efficace « *Dans tous les cas, je pense qu'elles comprennent à partir du moment où l'information, elle leur est délivrée avec des mots qu'elles peuvent comprendre, c'est à dire que j'utilise quelques termes médicaux quand j'ai l'impression que ça va avoir un intérêt pour elle, avec mes patientes en tout cas* » (MG13)

« *Et que si mon discours et qu'ils veulent malgré tout c'est voilà, j'essaye plutôt de me dire, mais qu'est-ce qui vous fait penser que pour vous, il faut plus souvent c'est quoi l'inquiétude derrière ? Et une fois que j'ai compris leur inquiétude, ça me rend plus flexible, on va dire. Parce qu'en fait ça les rassure* » (MG14)

S'appuyaient sur les **recommandations** « *Dans la majorité des cas, j'ai plutôt des patients qui comprennent puis le fait aussi de ne pas rester isolé à partir du moment où on montre qu'on n'a pas la science infuse et que c'est les autorités sanitaires qui disent que les études ont été faites, pour moi j'ai plutôt ce discours-là de dire ça ne vient pas de moi* » (MG12)

Ils laissaient place à leur **propre jugement**, en rassurant les patientes, mettaient l'accent sur la clinique avant tout, pour se défaire du frottis systématique « *En fin de compte, le tout c'est d'être clair, simple, tout en disant de toute façon, rien n'empêche un examen déjà gynécologique. Et puis s'il y a un doute sur quoi que ce soit, on le fera plus tôt ce n'est pas un souci. C'est une recommandation de population générale. Dans tel contexte* » (MG8)

« *On se rend compte même en 2-3 ans, qu'effectivement il y a les recommandations, il y a la théorie. Et puis là ce qu'on fait des fois c'est, on le sait, c'est plus ou moins bien, plus ou moins dans le bon sens des choses, mais après voilà. Enfin, moi je n'ai jamais eu de problème de conscience avec ça, je me dis voilà, si je fais ça, c'est que j'ai réfléchi à un tantinet à ne pas faire non plus un truc complètement hors de propos. Après, c'est un peu avec la ma logique et ma petite expérience* » (MG1)

3.4.6. Position professionnelle

- **Assumée, chez les jeunes, surdépistage isolé**

Les interrogés se rejoignaient sur la nécessité de débiter le dépistage comme recommandé à l'âge de 25 ans « *elles n'ont pas à subir des choses dont elles n'ont pas à avoir avant l'âge requis. Donc je trouve que c'est un respect qu'on doit avoir vis-à-vis de sa patiente enfin* » (MG6)

« *Et là, pour le coup, ça je ne cède vraiment pas (...) Parce que j'ai plus enfin, je suis plus convaincue. Peut-être, que ça ne sert vraiment à rien. Convaincue de quoi de ce qu'on m'a dit, de ce que j'ai appris* » (MG14)

« *J'explique que les choses ont évoluées depuis quand même maintenant de nombreuses années et qu'il n'y a pas besoin de frottis, avant 25 ans le message j'ai l'impression qu'il est quand même entendu* » (MG4)

Les demandes de frottis avant l'âge de 25 ans étaient moins fréquentes, les jeunes femmes consultaient, selon les médecins, pour se renseigner avant tout et entendaient le message des interrogés « *Donc, il n'y en a pas beaucoup qui demandent avant 25 ans. Et puis quand tu leur expliques que non, on commence que à 25 ans ...* » (MG3)
« *En fait elles viennent nous voir les jeunes femmes de 18 ans parce que leur mère dit qu'il fallait voir le gynéco. Donc ok très bien, oui je dis pourquoi pas après tout et puis si on fait notre travail, notre job classique, je ne fais pas d'examen gynéco propre, je fais un examen des seins déjà pour les familiariser à la palpation de leur poitrine et puis c'est tout. Puis l'examen gynéco on se verra dans quelques années* » (MG11)

Mais certains interrogés tout de même déclaraient réaliser des frottis avant l'âge de 25 ans « *ça m'est arrivé de faire des frottis quand je voyais des lésions condylomateuses de la vulve plus ou moins du vagin (...) globalement, j'attends 25 ans sauf quand je vois vraiment des lésions au niveau de la vulve où là je me dis bon alors déjà il y a la question du traitement Aldara ou adressage chez le gynéco. Mais derrière, ça donne envie de faire un frottis et je sais pas si c'est licite, ce que j'ai fait, ça m'arrive rarement* » (MG4), revendiquaient le **point d'appel clinique** majoritairement mais également la précocité du début des relations sexuelles « *chez une jeune qui va avoir des premiers rapports à l'âge de 13 ans, si elle vient de voir qu'en plus elle a déjà eu une IST ça me gênera pas de lui faire un frottis plus tôt, je te dis pas que je vais faire à 15 ans c'est pas ça du tout mais si je lui fais à 23 ans ça me dérangerà pas du tout* » (MG3)

▪ Flexibilité relative dans le temps

En revanche les interrogés étaient moins convaincus concernant l'espace ou l'arrêt de réalisation de frottis à un âge plus avancé, « *le seul hors recommandation que je pourrais faire, c'est après 65 ans, parce que là en fait je leur explique, j'ai dit ça s'arrête à 65 ans, je leur dis mais en fait c'est le dépistage organisé qui s'arrête à 65 ans, ça veut dire que s'il y a des saignements, s'il y a quoi que ce soit on peut quand même le faire après et il y en a quand je vois que c'est quand même une inquiétude parce qu'il y a eu d'autres cancers gynéco* » (MG13) prenaient en considération, **l'espérance de vie**, le **point d'appel clinique** et l'histoire gynécologique de la patiente « *Ok c'est 65 ans, si vraiment elle elles sont demandeuses je vais avoir tendance à faire une recherche HPV mais et voilà et toute façon pas plus que tous les 5 ans mais je vais avoir tendance à le faire. Voilà après c'est juste leur justifier, le pourquoi on s'arrête enfin* » (MG16)

Avec le sentiment de devoir s'aligner sur les autres dépistages « *Après, comme j'ai insisté sur la mammo, je me suis dit que ce serait peut-être bête enfin d'insister que sur le frottis aussi. Donc c'est vrai que je lui ai fait sans trop sourciller. Je dis qu'effectivement, vous pouvez continuer à faire* » (MG1)

Quand on demandait aux interrogés le « pourquoi » on mettait en avant **l'intime conviction** de chacun, un sentiment amenant à ces mises en pratique avec une **introspection** difficile à mettre en œuvre « *c'est bête, c'est fou. C'est intéressant ce que tu me fais faire comme exercice* » (MG14)

« *Vous posez plein de questions auxquelles je ne me suis pas interrogée jusqu'à maintenant. C'est vrai que pourquoi elles viennent pour leur examen, comment dire?* » (MG10)

« *Alors je pense qu'il y a une période qui va être, qui est un peu ambivalente, je pense qu'on va dire entre 65 et 67 ans* » (MG5)

Les interrogés avec plus d'**expérience** exprimaient plus de méfiance « *Ça marchait très bien avant, ça oui. Maintenant, vous dites ça, c'est la seule critique pourquoi ? Pourquoi 5 ans ?* » (MG11)

« *C'est très dur pour moi ? J'ai connu l'époque où on faisait un frottis tous les ans, après on est passé à tous les 3 ans. Et là maintenant seulement le HPV tous les 5 ans. J'ai une certaine frustration* » (MG10)

▪ Critique paradoxale confraternelle

Comme nous l'avons vu, les interrogés réalisaient des frottis en dehors des âges mais exprimaient une certaine critique envers leurs confrères en réalisant également, souvent associé à un **suivi gynécologique spécialisé** « *souvent celles qui ont un frottis tous les ans ce n'est pas souvent le généraliste qui le fait* » (MG17) des habitudes auxquelles les femmes auraient des difficultés à changer « *peut-être sur des femmes en fin de suivi gynéco qui ont eu des habitudes de suivi beaucoup plus rapproché ou alors effectivement il y a 20 ans où le gynéco faisait là ... tous les ans* » (MG6)

Une critique renforcée auprès du surdépistage chez les jeunes femmes notamment « *quand elles viennent pour leur première contraception (...) on ne fait pas d'examen gynéco avant vos 25 ans et le premier frottis donc déjà je vais aller en disant que ce ne serait pas obligatoire alors que clairement si elles étaient allées chez le gynéco elles en auraient eu un. Même, peut-être un frottis avant 25 ans* » (MG13)

« *Moi, ce qui me blesse le plus, qui me gêne le plus, c'est quand on fait des frottis chez des jeunes femmes de 16 ans, 18 ans* » (MG11)

Ou bien annuellement, utilisant le **rapport à l'argent** pour justifier ces actes « *c'est clairement pour facturer des actes. Je pense pas qu'il n' y a que ça, mais oui. Donc oui, un frottis, c'est pour la médecine générale, 37,46€ pour le spécialiste j'imagine bien plus et donc si on le fait tous les ans, ça rapporte plus que si on les fait tous les 3 à 5 ans* » (MG4)

Des habitudes de suivi qui pouvaient **fragiliser la légitimité** des interrogés « *Et pourquoi un gynéco qui est spécialiste serait moins à même que nous, en tant que généraliste, de nous dire qu'il faut en faire moins, des fois, c'est un peu compliqué le message apporté par les gynécos, alors je sais pas si c'est le biais de recrutement, je sais pas si c'est le fait que quand on va voir un gynéco, le gynéco estime que comme il est gynéco, il doit faire un acte que les médecins généralistes font pas de justifier de leur consultation* » (MG12)

« *Voilà ça va créer quelque chose en disant mais comment elles peuvent entendre la parole de leur généraliste qui leur dit, mais non tous les 5 ans c'est suffisant. Donc c'est un petit peu. Je trouve que c'est pernicieux dans la relation qu'on va pouvoir avoir avec ses patientes. Donc on perd un petit peu notre crédibilité auprès du patient* » (MG6)

Une posture délicate pour préserver la relation avec les patients « *Voilà, c'est ça. Il a la confraternité. Puis aussi pour que le patient reste confiant, aussi parce que s'il y a un médecin qui critique un autre médecin, ce n'est jamais très bon, ni pour l'un, ni pour l'autre. C'est ça qu'il faut faire. Enfin, il faut être prudent* » (MG11)

3.5. Propositions

3.5.1. Doute institutionnel, rétablir la confiance

Les interrogés exprimaient des doutes quant au **cadre strict** des normes véhiculées « *J'ai l'impression de prendre des libertés. Mais je trouve qu'on a, on est enfin, je ne me sens pas super libre dans mon exercice. Je l'ai connu libre, je me sentais libre (...) mais quand vous avez la visite de la sécurité sociale qui vient avec les chiffres. Voilà tant de pourcentage. Voilà la liste des femmes, on fait leur mammo. Tant de frottis ou tant de machins, et que voilà, c'est comme ça qu'il faut faire. Si vous voulez vous, je finis par devenir bête, bête et disciplinée quoi. C'est grave hein ?* » (MG10) qui pouvait faire ressentir un sentiment de **culpabilité**, la réalisation de frottis hors recommandation selon son propre jugement était vécue comme pernicieuse « *Le burn out des soignants, des médecins ? Je pense que je le connais. J'ai perdu la motivation de mon travail (...) Je pense que les pouvoirs publics y sont pour quelque chose. (...) Toutes ces sanctions sont toutes ces conditions* » (MG10)
« *Moi je suis très bête et disciplinée, hein ? Mais sinon, je me demande si je ne vais pas faire un peu plus de cytologie* » (MG10)

Certains les utilisaient comme un outil d'aide à la pratique sans application stricte, laissant place au libre arbitre « *C'est fait pour la moyenne si ce sont des recommandations. Des impositions entre guillemets, chaque cas est différent, même sur une même pathologie. Tu n'as pas forcément les mêmes symptômes, tu n'as pas enfin donc chaque patient est différent (...) Une aide un petit peu pratique, oui mais pas voilà* » (MG2) « *Elles sont faites pour la population en générale si j'ose dire, mais on garde notre libre arbitre pour, dans certains cas, je pense le faire plus souvent s'il y a besoin si on pense que ça peut être nécessaire ou intéressant* » (MG8)

Avec un **doute sur le fondement des normes médicales**, leur intérêt et dérives « *Enfin, il est difficile sur le plan national, il est difficile de jouer sur plusieurs tableaux je pense, parce que ça crée de la peur d'entendre parler tout le temps. On se dit que c'est un fléau, que c'est un problème de santé publique. On entend beaucoup mais sauf que tu ne peux pas mettre sur le même plan tous les grands dépistages parce que à ce moment-là les gens viendraient fou. Donc actuellement on entend beaucoup de bruit sur le cancer du sein à juste titre, mais en même temps il y a de la dérive sur le dépistage, peut être que à un moment donné il faudra se fléchir aussi sur le cancer*

du col de l'utérus. Tout dépend évidemment de l'acceptation sociétale de la prévalence » (MG7)

« Je pense que c'est oui c'est dépistage à fond et c'est très bien la prévention je pense que mieux vaut prévenir que guérir. Mais du coup, les informations de dépistage et de prévention qu'il y a depuis ces dernières années ? Mais c'est très bien, là ce sont les risques cardiovasculaires, les machins. Mais du coup, chez les patients un peu angoissés ou autres, de toute façon, c'est anxiogène » (MG7)

Doute de leur sécurité *« c'est bien beau, ces recommandations, mais on part du principe que la femme, elle a ses premiers rapports entre 15 et 20 ans. À peu près en moyenne alors qu'on sait que beaucoup de femmes, sont abusées sexuellement par des adultes dans leur enfance » (MG4)*

« Est-ce que ce n'est pas parce qu'on a moins de statistiques ? Je n'en sais rien, je ne sais pas. Est-ce que ça il ne faut pas qu'on fasse attention à l'évolution de notre société là-dessus que la sexualité, elle s'émancipe » (MG12)

« On se met à faire des choses hors recommandation pour se rassurer, soit plutôt que pour rassurer les patients en fait » (MG14)

« La médecine n'est pas une science exacte, il y a toujours quelqu'un qui va dire oui, ma mère, elle a eu un cancer du sein à 88 ans alors qu'elle était en pleine forme, et puis ça, c'est enfin voilà ... » (MG8)

« Tant que ça le met pas en danger, je me sens pas mal parce que, au pire on est trop prudent et finalement bon (...) Donc vis-à-vis du patient, ça ne va pas me gêner parce que je sais que je ne prends pas un risque inconsidéré. Il vaut mieux ça que l'inverse » (MGS14)

Une difficulté au changement par l'absence de retour de qualité des soins qui permettrait d'agir en sécurité *« Je pense qu'on est dans une phase de transition ou ce n'est pas complètement applicable qu'il va falloir attendre peut-être 2-3 ans » (MG8)*

« J'ai une certaine frustration et je pense qu'on va moins enfin même moi je trouve que c'est plus compliqué si on ne fait pas de frottis, enfin, de frottis ou de recherche de HPV » (MG10) « Ça donne envie de faire un frottis et je sais pas si c'est licite » (MG4)

« Moi je trouve quand même qu'on dépiste de plus en plus d'anomalies cytologiques. Tant mieux, ça veut dire que le job est fait. Mais ça prendra du temps (...) Je trouve que ce n'est pas simple la transition parce que chacun fait un peu à sa sauce encore » (MG11)

« Comme alors ce n'est pas que je m'en écarte un petit peu mais d'abord, il faut que ça rentre dans la tête, donc il faut un certain moment alors effectivement peut être qu'au départ j'ai refait » (MG3)

Le rapport à l'économie « alors j'espère bien que c'était pour améliorer les choses mais j'espère que ce n'est pas dans un souci d'économie, c'est ça le problème » (MG10) « C'est toujours le même problème en fait, c'est toujours l'enjeu financier qui comprend le premier, c'est pas ça pose toujours problème pour la santé mais bon bref ça c'est un autre débat » (MG11)

Un rapport d'autorité vécu de façon intrusive « Mon avis, je ne suis pas allé voir mes statistiques mais moi je suis pas à 100 % de frottis bien réalisés, mais en même temps je ne cherche pas à les atteindre en fait » (MG5)

« J'essaye au maximum, mais j'ai toujours l'impression que mon pourcentage de frottis dans la catégorie des femmes à qui je dois les faire, j'ai l'impression que ça ne monte pas » (MG3)

3.5.2. Traçabilité des résultats

L'absence de traçabilité des comptes rendus d'anapathologie a été rapporté comme un des facteurs incitant au surdépistage « nous ça passe un peu à la trappe parce qu'en plus les anapathologies quand c'est fait par le gynéco, on ne les reçoit jamais, donc au final on ne sait jamais trop quand est-ce qu'elles l'ont eu » (MG1)

« Il y en a quand même encore pas mal qui sont, pas malheureusement, mais qui sont suivies pas les gynécologues et on n'a pas de retour parfois et du coup elles viennent me voir pour la pilule et je leur dis et votre frottis ? » (MG7)

« Ouais, tout comme il y en a, je sais qu'elles ont des frottis plus régulièrement parce que justement du fait qu'on ne reçoive pas les comptes rendus de frottis, si la patiente ne nous dit pas, j'ai fait un frottis l'année dernière, au final on ne le sait pas » (MG8)

« Donc peut être que parfois, mais bon ça ne doit pas être un gros pourcentage, j'en ai fait qui a été un peu trop rapproché par rapport au dernier fait mais parce que je n'ai pas l'information » (MG5)

3.5.3. Harmonisation de l'information

Une critique de la délivrance des informations concernant les dernières recommandations par les autorités de santé a été déclarée « *en plus, elle a été mise en place en pleine période de COVID et tout ça, c'est passé à l'as donc ce n'était pas la bonne période en fait ? Donc il faut y aller progressivement et puis il faut faire adhérer tous les professionnels de santé* » (MG11)

« *Ça veut dire qu'on va recevoir un pauvre mail, les recommandations ont changées donc vous faites comme ça et point barre* » (MG8) jugée **trop directive**.

Des informations multiples et possiblement orientées « *j'essaie de passer par la HAS le plus souvent possible parce que je me dis que ça a déjà quand même été un tout petit peu réfléchi, même si c'est gouvernemental et qu'effectivement après, on peut toujours critiquer ça ou les sociétés savantes. Mais au niveau information, le problème c'est qu'on est, je dirais là, dans un **excès d'information**, il faut faire le tri et c'est compliqué de faire le tri par rapport à il y a 15 ans où moi, j'avais l'impression que le bon choix, c'était le choix de mes confrères locaux et qu'il n'y en avait pas d'autre possible parce que ce n'était pas forcément fiable. Donc maintenant, je suis un peu plus critique* » (MG12)

À l'échelle individuelle « *Donc si un mois après elle lui en parle en disant et votre consœur elle n'a pas voulu me faire un frottis cette année parce que je l'ai eu l'année dernière, Il ira dans le sens* » (MG8)

« *Et puis avoir un début de compréhension, peut-être qu'elle confirme ça vers une sage-femme ou un gynéco et puis s'il y a un même discours, je pense que ça doit se clore dans leur tête* » (MG4) où l'**harmonisation des pratiques** était vue comme un avantage.

Auprès des gynécologues « *je me dis, on est tellement tous débordés qu'on n'a pas trop d'intérêt à multiplier des examens. Est-ce que c'est financier ? Je trouve ça étonnant, mais peut-être puisque je pense qu'ils connaissent les recommandations* » (MG14)

« *Et ils vont trouver un confrère qui ne va pas respecter ces règles et va répondre à une angoisse qui est justifiée ou pas ? Ce n'est pas un jugement de valeur mais qui vont ne pas suivre les recommandations et répondre effectivement à une demande spécifique qui n'a pas lieu d'être* » (MG6)

4. Discussion

4.1. Apport de l'étude

L'objectif de notre étude était d'identifier les comportements déclarés des médecins généralistes face à des demandes non justifiées de frottis, leur connaissance et interprétation des recommandations.

Notre étude a démontré que les femmes étaient à l'initiative de ces demandes ; Les médecins interrogés ont déclaré qu'elles pouvaient exercer une certaine pression qui s'accroissait avec l'âge, elles pouvaient remettre en cause leur légitimité et préféraient un suivi spécialisé.

Pour autant, assez généralement, elles étaient réceptives à leurs conseils, une relation de confiance durable permettait un suivi harmonieux, les plus réfractaires étaient perçues de façon minoritaire et non vérifiable.

Nous avons retrouvé, selon les médecins, que ces femmes prédisposées au suivi rapproché ou en dehors des âges recommandés étaient issues d'une catégorie socio-économique supérieure, avaient une histoire personnelle de FCU anormaux ou familiale de cancer, étaient d'un profil plus anxieux. On retrouvait également que les gynécologues participaient à la multiplicité des FCU.

En revanche, les médecins pouvaient répondre à leur demande, le point d'appel clinique ou la réassurance des femmes ou personnelle sur présence de co-facteurs de risque étaient souvent évoqués, de même que la poursuite du dépistage jusqu'à 70 ans ; ce qui pouvait finalement paraître justifié dans le cadre d'un dépistage individuel ou de rattrapage alors qu'ils ressentaient un inconfort dans l'évaluation de ce risque individuel, ne sachant si leur prise de décision était légitime ou non ;

Ils avaient tous une pratique avancée dans le suivi des femmes, ils émettaient pour autant des positions contradictoires, appréciaient d'une part l'organisation du dépistage qui permettait une aisance de pratique, partageaient une éthique de santé publique mais émettaient des doutes sur l'évolution des recommandations et l'élargissement des intervalles ; ce d'autant plus avec l'expérience déclarée et des habitudes anciennes de pratique.

Ce doute sur la « présumée » sécurité des directives s'intégrait dans la pratique, les médecins revendiquaient la nécessité d'un suivi gynécologique régulier rigoureux, étaient proactifs dans le repérage des freins au dépistage mais pouvaient être plus flexibles pour les demandes de FCU supplémentaires ; Ce contrôle nécessaire déclaré pouvait faire le lit d'un suivi trop rapproché qui paraissait « moins risqué » renforcé par l'élargissement récent des intervalles de surveillance.

4.2. Forces de l'étude

Une force de ce travail est qu'il s'intègre dans une étude plus large, il sera complété par des études réalisées auprès des médecins gynécologues, obstétriciens et sage-femmes distinctement, avec le travail complémentaire réalisé par la directrice de thèse ;

Une autre force est qu'il combine une approche de recherche documentaire qui établit un historique et permet de comprendre l'évolution des pratiques et vient appuyer les idées ressortant des différents entretiens.

On peut considérer la pluralité des profils des médecins interrogés : il y a des médecins jeunes, s'étant installés récemment, des médecins avec plus d'expérience, médecins pratiquants une proportion plus ou moins grande de gynécologie.

La méthode qualitative a été choisie car c'est une méthode efficace pour recueillir et analyser des données subjectives comme les opinions, les représentations des médecins ; la validité interne est renforcée par la durée des entretiens qui était significative, d'une moyenne de 38 minutes ; ainsi que par la triangulation de réalisation des entretiens et le double encodage avec la directrice de thèse ce qui a permis progressivement d'enrichir nos interrogatoires afin de cibler nos objectifs.

4.3. Limites de l'étude

On peut retrouver des biais de sélection, une des limites de ce travail est qu'il y a peu d'entretiens d'hommes jeunes, Il est possible que ce soit lié au fait que les hommes pratiquent moins la gynécologie, comme il a d'ailleurs été suggéré lors des entretiens.

Les médecins ont été sélectionnés pour leur intérêt dans la santé de la femme, réalisant tous de manière plus ou moins régulière des FCU, possiblement non représentatif de l'ensemble de la profession.

Les entretiens ont seulement été réalisés dans le département de la Vienne ce qui pourrait représenter un territoire trop restreint, non représentatif de la population générale.

Concernant les biais d'information, des médecins auraient pu nuancer certains aspects avec possiblement un biais de désirabilité sociale, qui a été anticipé, c'est pour cette raison que les entretiens étaient individuels, en présentiel dans les conditions souhaitées par les interrogés ; dès le début de la rencontre le médecin était mis à son aise, par ailleurs le statut de médecin remplaçant ainsi que l'âge de l'enquêtrice ont permis de renforcer le sentiment de non jugement des pratiques ; les résultats des entretiens sont assez éloquents, la richesse des déclarations était bien présente et jugée pertinente pour l'étude.

Un biais de prévarication reste possible, concernant le rapport à l'argent et aux cotations médicales, qui n'a pas été déclaré lors des entretiens mais non soupçonné dans cette étude face à des médecins qui étaient suffisamment démonstratifs avec des arguments certains.

4.4. Comparaisons aux données de la littérature

➤ Logique préventive

La gynécologie médicale a vu le jour en 1963 avec la création du certificat d'études spéciales (CES) (20), concomitant avec la légalisation de la contraception en 1967, au moment de la loi de Neuwirth ; le consensus s'est établi à condition qu'elle soit médicalisée, les gynécologues se faisant les garants de son bon usage.

Comme a pu le démontrer la sociologue Aurore Koechlin, dans son livre « La norme gynécologique », on a pu assister à la généralisation du dépistage par la réalisation du FCU, marquant le passage d'une logique du traitement des pathologies à une logique préventive (21).

C'est ainsi qu'elle décrit la biomédicalisation du non pathologique, les femmes sont amenées à se suivre régulièrement tout au long de leur vie, et ce dès le plus jeune âge avec souvent la nécessité d'une contraception ou d'autres symptômes corporels comme les dysménorrhées, on parle de « rite de passage » à la consultation gynécologique, avec finalement une socialisation au suivi rapproché (21).

Notre étude a démontré que les médecins participaient à ce phénomène, exerçaient un certain contrôle sur le calendrier des femmes, engageaient un temps significatif dans la promotion au dépistage le rendant « obligatoire ».

Cette incitation institutionnelle au suivi régulier, au dépistage, au sein d'une population « non malade » peut avoir des effets paradoxaux inhérents au principe même du dépistage, selon la définition de l'OMS « *identification présumée d'une maladie passée jusque-là inaperçue, au sein d'une population asymptomatique apparemment en bonne santé, au moyen de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'être appliquées rapidement et facilement à la population cible. Le programme de dépistage doit posséder un processus de dépistage comprenant toutes les composantes de base* ».

Cette recherche de « pré-cancer » pouvant être une source d'anxiété pour les femmes, nécessitant pour elles de vivre avec « le risque », c'est là qu'elles acceptent de se conformer aux normes médicales mais parfois les devancent en se faisant suivre de façon plus rapprochée (21).

Les femmes sont ainsi proactives dans leur suivi, comme en témoigne l'étude de la relation thérapeutique en sociologie médicale : le sociologue Anselm Strauss décrit ce phénomène où l'ordre médical peut être négocié au sein de la relation, les patients, plus informés par la multiplication des sources ont tendance à accorder moins spontanément leur confiance, la décision médicale peut être mis en doute (22).

On peut retrouver des « obstacles à la prévention », comme décrit dans une tribune de santé publique en 2013 « *c'est en devenant public que le problème de santé devient politique ... le problème de santé publique peut s'écarter de ses fondements scientifiques ou de ses bases rationnelle* », avec des effets nocifs potentiels, le risque d'inquiéter à tort, d'imposer des examens inutiles, de transformer un « bien portant » en malade, enfin, « *il faut se méfier de certains discours sur la prévention trop souvent producteurs de normes qui risquent d'induire des dérapages idéologiques, passant du souhaitable à l'obligatoire, de la responsabilité à la coercition, de l'incitation à la punition* » (23).

Il a été retrouvé dans la littérature la notion de « culte de la santé », valeur cardinale de notre société, retrouvée de façon générale dans notre étude, incitant à la responsabilisation de chacun, agir aujourd'hui pour gagner en espérance de vie, notion moins intégrée dans les populations plus défavorisées se projetant moins (23).

➤ **Démographie professionnelle**

Les médecins avaient un point de vu affirmé quant à la démographie médicale actuelle, la désertification de la gynécologie médicale et leur implication ; selon les objectifs du Plan cancer 2014-2019, les praticiens sont davantage incités à promouvoir les différents dépistages, les médecins généralistes et sage-femmes d'autant plus avec la désertification de la gynécologie médicale ; phénomène notamment dû à la suppression du CES de 1987 à 2003, année pour laquelle le DES a par la suite été créé, on compte à ce jour 2113 gynécologues médicaux contre 3714 en 2012 (24).

On assiste en effet à une féminisation de la profession (46,5% des médecins généralistes sont des femmes) avec une diversité des professionnels de santé impliqués dans le suivi des femmes, leur laissant le choix.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a élargi les compétences des sage-femmes leur permettant d'assurer un suivi gynécologique de prévention ; on compte, actuellement pas moins de 34 % de d'entre elles qui travaillent à leur compte, contre 20% en 2014 (25).

➤ **Méfiance interprofessionnelle**

Suite à la stratégie nationale de santé annoncée en 2017, qui comportait un volet spécifique sur la santé des femmes axé sur la prévention, une étude a été réalisée par le Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS) sur les relations entre les différents professionnels (25)

Ce rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) renvoie aux inégales positions de chaque profession dans la hiérarchie avec des rapports de domination perdurant ; les gynécologues accueillent de façon partagée l'élargissement des compétences des sage-femmes ; il peuvent récuser par ailleurs la compétence des médecins généralistes ce qui peut impacter leur légitimité, que nous avons retrouvé dans notre étude, les médecins mettaient en défaut l'information qui pouvait être véhiculée par les gynécologues, qui interférait négativement dans la relation médecin-patient ; il s'agit là d'un engagement historique, la spécialité de gynécologie médicale étant passée par des obstacles institutionnels, premièrement la suppression du CES en 1987, puis la lutte pour maintenir l'activité ; on peut faire référence au mouvement de pétition « touche pas à mon gynéco » dans les années 2000, revendiquant leur statut privilégié pour le suivi des femmes (26).

Pour autant ce rapport de l'ONDPS montre que des pratiques de coopération, de délégation existent, mais très variable selon la pratique de chacun.

➤ **Rationalisation des pratiques médicales**

En 2009 l'Assurance Maladie a proposé aux médecins libéraux traitants qui le souhaitent de conclure à un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), avec une atteinte minimale requise de 25% des objectifs, dont le champ du dépistage ; ceci pouvant offrir des avantages d'ordre financier.

Au bout de deux années, plus de 30% des médecins libéraux avaient signé un CAPI puis, à compter du 1^{er} janvier 2012, une rémunération à la performance pour tous (Rosp) s'est généralisée, sauf refus, et qu'au-delà des objectifs de santé publique il s'étendait à la gestion du cabinet médical (27).

Ce dispositif est jugé non optimal par les médecins, peu clair et non adapté à la pratique individuelle, notamment par la fixité et non pondération des indicateurs, le dispositif étant universel.

Les syndicats de médecins revendiquent notamment une révision de ces indicateurs pertinents et de laisser aux partenaires conventionnels le soin d'en sélectionner tout ou une partie afin de garder un libre exercice sans pénalité (28).

Ce lien avec l'Assurance Maladie et l'intégration d'objectifs de santé publique dans la pratique quotidienne se retrouvait dans notre étude, les médecins soulignaient le caractère sanctionnant avec des objectifs non atteignables, ceux en termes de dépistage du CCU restent par ailleurs fixes au cours des années, le pourcentage était de 56,9% en 2016 contre 53,7% en 2021 (pour un objectif intermédiaire cible de 65%) (29)

Les puissances publiques ont pour objectif rationnel de réguler les pratiques par une normalisation de l'activité médicale via des outils tels que les références de bonnes pratiques, les agences sanitaires ; la Rosp est venue approfondir cette logique de quantification, en établissant un lien entre la rémunération du médecin et des objectifs chiffrés de qualité des soins, pour autant en accord avec les syndicats de médecine libérale (27).

Les études explorant ces interactions sont peu nombreuses mais soulignent ce phénomène, il apparait que les dispositifs que privilégient les médecins généralistes sont plutôt ceux qui améliorent la transmission d'informations entre médecins et patients, en particulier dans le cadre des cancers gynécologiques du sein et du CCU, tels qu'un financement pour une formation sur les dépistages ainsi qu'au fait de disposer d'un listing pluriannuel des patientes dépistées afin d'identifier les femmes éligibles non à jour de leur dépistage (30).

➤ **Inertie au changement**

L'évolution de la recherche médicale a donné lieu à l'élaboration de recommandations officielles parfois contradictoires qui renforçait la confusion des médecins dans notre étude ; historiquement le dépistage du CCU est passé par de nombreuses phases, c'est alors en 1990 que les premières recommandations sont établies, par la réalisation d'un FCU à un rythme triennal à partir de 25 ans ; en 1994 la limite d'âge pouvait être abaissée à 20 ans (31) ; en 1997 une référence médicale opposable introduit des exceptions au frottis triennal en le ramenant à un frottis annuel sur la présence de co-facteurs laissés à l'appréciation des médecins (32) ; en 2004 l'ANAES (précédent la HAS) évoque l'utilité du test HPV dans le dépistage dont sa place restait à déterminer ; en 2007 débute la prévention des infections HPV par la vaccination ; en 2010 la HAS maintien les recommandations en vigueur, la réalisation d'une cytologie à un rythme triennal, un rappel est fait sur l'importance de la vaccination, dont l'effet préventif est présumé mais attendu ; par ailleurs en 2010 la HAS considère que l'utilisation du test de détection des virus HPV en dépistage primaire en population générale n'était pas pertinente (33). C'est alors qu'en 2018 le dépistage organisé géré par les CRCDC est mis en place, et qu'en 2019 la HAS recommande le test HPV-HR en première intention.

Les tranches d'âge pour le dépistage ont fait l'objet de nombreuses discussions :

➤ **Âge d'entrée dans le dépistage**

Souvent abaissé à l'âge de 20 ans sur la présence de co-facteurs laissés à l'appréciation des médecins (multiplicité des rapports sexuels, présence d'IST chronique), dans le cahier des charges du dépistage du cancer du col de l'utérus publié en 2006 par la HAS, il est précisé que certaines situations épidémiologiques particulières pouvant faire évoquer un risque majoré de CCU (par exemple certains départements d'outre-mer), l'âge des femmes pouvait être abaissé à 20 ans, c'est le cas en Guyane par exemple (33).

Les programmes de dépistage et l'âge d'entrée sont assez hétérogènes dans le monde, il est recommandé de dépister les femmes à partir de 21 ans aux États-Unis (34) ; ainsi qu'en Europe où l'âge d'entrée varie entre 20 et 25 ans (20 ans pour la Slovénie, 23 ans pour le Danemark et la Suède) (35).

➤ **Âge de sortie du dépistage**

L'OMS a recommandé d'interrompre le dépistage par FCU chez les femmes âgées de plus de 65 ans sous réserve que les deux précédents frottis aient été négatifs, chez une femme âgée de 65 à 70 ans, un FCU de dépistage pouvait être proposé dans les cas suivants, selon les recommandations Nord-Américaines :

- Impossibilité de vérifier si les deux derniers frottis faits étaient normaux,
- Absence de suivi gynécologique régulier et absence de frottis identifié dans les 3 années précédant l'âge de sortie du dépistage (33)

On retrouve également une hétérogénéité dans les différents programmes de dépistage avec des âges de sortie divergents, ils est retenu celui de 69 ans pour la Norvège, 70 ans pour la Suède (35), et même 74 ans pour l'Australie (36).

➤ **Femmes incluses dans le dépistage**

Pour les femmes incluses dans le dépistage en France il a été retrouvé une disparité, 52% d'entre elles seraient trop peu souvent dépistées, 40% trop fréquemment et seulement 8% auraient un suivi jugé adéquat. Le dépistage annuel était préconisé par exception pour les femmes immunodéficientes (33).

5. Conclusion

L'évolution de la relation médecin-patiente en consultation de gynécologie tend vers une relation moins paternaliste ; les femmes sont plus informées sur les questions de santé, sont exigeantes dans le soin qu'elles accordent à leur corps, sont dans l'anticipation en consultation, faisant le lit d'un suivi rapproché, à l'origine des demandes de soin.

Face à cette relation évolutive, plus égalitaire, les médecins ne prennent pas en compte uniquement les facteurs de risque individuels tel que les risques liés au niveau socio-économique de la femme, son histoire et suivi mais leur propre anxiété ou celles des femmes pour réaliser des FCU en dehors des recommandations.

À cette difficulté de jugement s'ajoute à une résistance au changement faisant référence à des habitudes anciennes de pratique, qui sous-tend un manque de familiarité des nouvelles directives avec une présumée sécurité de celles-ci déclarée ; il est alors essentiel de promouvoir une communication claire et transparente entre les professionnels de santé, et les organisations responsables de l'élaboration des recommandations, un temps sera nécessaire pour leur appropriation.

Dans cette dynamique Il serait intéressant d'étudier l'évolution des pratiques et des mentalités des autres professionnels de santé tels que les gynécologues et sage-femmes afin de pouvoir harmoniser les informations délivrées qui serait bénéfique pour les femmes.

Bibliographie

1. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
2. INCa. Dépistage du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
3. Leroy J, Gondry J, Blanc B. Le programme de dépistage français : historique et modalités. In: Le dépistage du cancer du col de l'utérus. France: Springer-Verlag; 2005. p. 69-80. (Dépistage et cancer).
4. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal-recommandations pour la pratique clinique. ANAES; 2002 .
5. HAS. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
6. 6ème rapport au Président de la République. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. INCa; 2020 mars. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr>
7. INCa. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre. [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-depistage-sensibiliser-et-convaincre>
8. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
9. Alber JM, Brewer NT, Melvin C, Yackle A, Smith JS, Ko LK, et al. Reducing overuse of cervical cancer screening: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2018;116:51-9.
10. Almeida CM, Rodriguez MA, Skootsky S, Pregler J, Steers N, Wenger NS. Cervical Cancer Screening Overuse and Underuse: Patient and Physician Factors. *Am J Manag Care*. 2013;19(6):8.
11. Gerend MA, Shepherd MA, Kaltz EA, Davis WJ, Shepherd JE. Understanding women's hesitancy to undergo less frequent cervical cancer screening | Elsevier Enhanced Reader. 2017;95:96-102.
12. Kotwal AA, Schumm P, Mohile SG, Dale W. The influence of stress, depression, and anxiety on PSA screening rates in a nationally-representative sample. *Med Care*. 2012;50(12):1037-44.
13. Price MA, Butow PN, Charles M, Bullen T, Meiser B, McKinley JM, et al. Predictors of breast cancer screening behavior in women with a strong family history of the disease. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;124(2):509-19.
14. Boone E, Karp M, Lewis laVonna. Ending Cervical Cancer Screening in Low-Risk

Women After Age 65: Understanding Barriers to Adherence With Evidence-Based Guidelines Among Primary Care Providers. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. 2018;5:1-6.

15. Roland KB, Benard VB, Greek A, Hawkins NA, Lin L. Changes in Knowledge and Beliefs About Human Papillomavirus and Cervical Cancer Screening Intervals in Low-Income Women After an Educational Intervention. *J Prim Care Community Health*. avr 2016;7(2):88-95.

16. Roy S, Moss JL, Rodriguez-Colon SM, Shen C, Cooper JD, Lennon RP, et al. Examining Older Adults' Attitudes and Perceptions of Cancer Screening and Overscreening: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:1-9.

17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. juin 2008;(84:142-5.).

18. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. Collège de médecine générale de Nice. 2013. Disponible sur:<https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>

19. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;20(partie 1):74-9.

20. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) [Internet]. Disponible sur: <https://www.fncgm.com>

21. Koechlin A. La norme gynécologique, ce que la médecine fait au corps des femmes. Amsterdam. Paris; 2022.

22. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs: Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*. 2005;Vol. 46(3):443-67.

23. Salomon R. Tribune ADSP - Les obstacles à la prévention, prévention et santé publique. juin 2013;

24. DRESS. Démographie des gynécologues en métropole [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io>

25. Rapport LABERS/ONDPS « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension » [Internet]. 2021. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf

26. Le mouvement « Touche pas à mon gynéco » poursuit son combat [Internet]. 2000. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/2000/02/09/le-mouvement-laquo-nbsp-touche-pas-agrave-mon-gyn-eacute-co-nbsp-raquo-poursuit-son-combat_41994_1819218.html

27. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [Internet]. *Cour des comptes*; 2013 p. 188-29. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr>

28. REAGJIR. Diversifier les modes de rémunération - Amélioration du dispositif de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://reagjir.fr/rosp/>

29. La Rémunération sur objectifs de santé publique en 2021 [Internet]. Caisse nationale

Assurance Maladie; 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>

30. Sicsic J, Franc C. Préférences des médecins généralistes vis-à-vis des mesures incitatives associées aux dépistages des cancers: Revue Santé Publique. 2019;31(HS2):33-41.
31. Héraud H, Étienne F, Boulanger C. CNGOF. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2003;2003.
32. En matière de dépistage, nous n'avons pas droit à l'échec. Le Monde [Internet]. févr 1997; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1997/02/22/en-matiere-de-depistage-nous-n-avons-pas-droit-a-l-echec_3769378_1819218.html
33. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 2013.
34. U.S. Preventive Service TASK FORCE. Final Recommendation Statement - Cervical Cancer: Screening [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening>
35. Garnier A, Brindel P. Les programmes de dépistage organisés du cancer du col de l'utérus en Europe : état des lieux en 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(13-14-15):222-7.
36. OMS. Australie, profil pour le cancer du col de l'utérus [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/m/item/cervical-cancer-aus-country-profile-2021>

Annexes

1. Guide d'entretien

Cette rencontre s'inscrit dans le cadre d'une étude auprès des médecins réalisant les FCU, nous réalisons une enquête qualitative sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ;

Nous savons qu'il concerne toutes les femmes, qu'il y a une évolution permanente des recommandations au fil des décennies.

La littérature évoque une certaine disparité dans les pratiques de façon générale, en fonction de différents facteurs inhérents à la fois aux patientes et aux professionnels de santé.

Nous souhaiterions comprendre les pratiques des médecins, leur sentiment vis-à-vis des recommandations.

Nous assurons une complète anonymisation des données, tout ce qu'il se dit lors de l'entretien restera accessible en fonction de votre demande.

L'objectif de cet entretien est d'avoir un libre échange, sans contrainte, sans jugement des pratiques.

Tout d'abord nous allons poser quelques questions sur vos modalités d'exercice :

Talon

Âge :

Sexe :

Spécialité exercée ?

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

S'agit-il d'un cabinet en milieu urbain ou rural ?

A quel rythme approximatif pratiquez-vous des frottis ?

La patientèle

Profil de la patientèle des femmes ?	Plutôt jeunes / Âge ? Niveau socio-économique ? groupe homogène ?
Temps de travail	Beaucoup de pression ? zone de désertification ?

La relation médecin-patiente

Les femmes de votre patientèle sont plus en attente de vos conseils ou proactives ?	Niveau de relation ? Pédagogie ou autorité ? Notion de contrôle ? → Comportement
	Croyances sur la société, demande des femmes, capacité à accepter les soins proposés ou les recommandations

Les recommandations

Que pensez-vous personnellement, en règle générale, du dépistage par FCU ?	Comportement <i>Il les suit, ou pas et sa justification à le faire ou pas.</i>
	Croyances <i>Un point de vue sur les recommandations, elles sont trop nombreuses, mal diffusées, c'est une aide à la pratique, elles sont trop fréquentes.</i>
Que représente-t-il pour vous ? En termes de temps et de nécessité de convaincre les femmes de le faire ? Si pas de réponse un exemple d'intervalle trop rapproché, à quel intervalle il préfère faire les fcu, il a des craintes des exemples au cours de sa carrière ? il fait en fonction du niveau de risque qu'il estime ?	Comportement <i>Relation praticien patiente/ capacité de négociation/ contrôle de la situation adaptation à l'autre</i>
En général se sont plutôt les patientes qui sont demandeuses ou c'est plutôt vous qui avez à leur rappeler la nécessité du FCU ? <i>Vous arrive-t-il de proposer à la patiente sans qu'elle le demande ? elles acceptent facilement sinon pourquoi elle refuse, quelles sont leurs attitudes ?</i>	Croyances <i>Comportements des femmes vis-à-vis des recommandations</i>
<i>Avez-vous une stratégie pour se faire, que leur dites-vous ?</i>	Comportement <i>Menace, culpabilité, pédagogie, rupture, fuite</i>
<i>Dans le cas où elles refusent à quoi l'attribuez- vous ?</i>	Croyances <i>Représentation sur les femmes Est-ce que le comportement des femmes a changé Ses représentations, les généralisations qu'il fait sur les femmes</i>

Le surdépistage

<p>Comment vivez-vous les demandes de FCU chez les femmes jeunes ou chez les femmes plus âgées ?</p> <p><i>Est-ce un moment de tension ?</i></p>	<p>Comportement</p> <p>Capacité de négociation <i>Contrôle de la situation adaptation à l'autre ? gestion de la frustration (lâché prise, reprise du contrôle par la domination)</i></p>
	<p>Croyances</p> <p>Relation praticien patiente ? <i>relation de confiance clientèle qui se plie aux recommandations du praticien ? plus facile avec les plus âgées moins avec les jeunes, évite le conflit ?</i></p>
<p>Est-ce un problème pour vous ?</p> <p>Comment il explique que ce soit un problème ou pas pour lui ?</p>	<p>Comportement</p> <p>Émotions ressenties : <i>colère, frustration, agacement, laisse passer et fait comme la patiente souhaite, son point de vue étant le plus important elle est juge de ce qui est bon pour elle, les femmes connaissent leur niveau de risque.</i></p>
	<p>Croyances</p> <p><i>Du fait de la perte de contrôle, de la méconnaissances des femmes et de l'erreur qu'elles commettent selon lui, du fait du coût engendré pour rien, du risque pris par la patiente surestimation du risque</i></p>
<p>Tentatives de solutions qui ont marchées ou non ?</p> <p>Comment faites-vous ? <i>La dernière fois que cela est arrivé ?</i></p>	<p>Comportement</p> <p><i>Attend ou intervient Affronte ou évite En parle avec d'autres ou le garde pour lui</i></p>
	<p>Concrètement pas de justification attendue juste des actes</p>

Est-ce que vous auriez autre chose à dire ?

2. Formulaire d'information

Cette rencontre s'inscrit dans le cadre d'une étude auprès des médecins réalisant les FCU, nous réalisons une enquête qualitative sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ; Nous savons qu'il concerne toutes les femmes, qu'il y a une évolution permanente des recommandations au fil des décennies.

La littérature évoque une certaine disparité dans les pratiques de façon générale, en fonction de différents facteurs inhérents à la fois aux patientes et aux professionnels de santé.

Nous souhaiterions comprendre les pratiques des médecins, leur sentiment vis-à-vis des recommandations.

L'objectif de cet entretien est d'avoir un libre échange, sans contrainte, sans jugement des pratiques.

Conformément aux articles 13 et 14 du RGPD, identités des responsables du traitement :

- Dr MIGNOT Stéphanie,
- LLORENS Justine, interne en médecine

A noter le droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données.

Le participant peut refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Il peut aussi mettre fin à sa participation sans motiver sa décision.

Nous assurons une complète anonymisation des données, un système de codage numéroté des données audios sera réalisé, anonyme.

Résumé de l'étude

Introduction. Le dépistage de cancer du col utérin ne cesse d'évoluer, la couverture de celui-ci reste insuffisante ce qui a motivé son organisation en 2018, puis l'implantation en 2019 du test HPV-HR en première intention qui a permis l'élargissement de l'intervalle de réalisation des frottis cervico-utérin. Malgré l'insuffisance de couverture une proportion non négligeable de femmes continue à se faire surdépister, or très peu d'études se sont intéressées à l'implication des médecins dans ce phénomène.

Méthode. Une étude qualitative a été menée sur un échantillon de 17 médecins généralistes dans la Vienne. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre Mai et Novembre 2022. Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique triangulée. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les comportements déclarés des médecins généralistes face à des demandes non justifiées de frottis, leur connaissance et interprétation des recommandations ; puis secondairement, à partir de leur expérience, identifier leur processus de négociation afin de le différer.

Résultats. L'étude a montré que les femmes sont à l'initiative des demandes de frottis supplémentaires, les médecins pouvaient y répondre ne considérant pas seulement les facteurs de risque individuels mais leur propre anxiété ou celle des femmes, de même que leur insistance. À cette difficulté de jugement on retrouvait une inertie au changement des pratiques des médecins, d'autant plus avec l'expérience déclarée et des habitudes ancrées de pratique ; on retrouvait notamment une adhésion relative aux dernières recommandations. Les médecins étaient unanimes sur l'importance d'une relation de confiance établie qui favorisait l'adhésion des femmes à leurs préconisations.

Conclusion. La relation médecin-patiente évolue et tend à être moins paternaliste, plus égalitaire où les femmes prennent le devant, renforçant l'incertitude des médecins généralistes à la prise décisionnelle ; un temps sera nécessaire pour l'appropriation des recommandations afin de rééquilibrer la relation médecin-patient.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

