



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marwan EID

Né le 11/11/1993 à Caen (14)

**Exploration des difficultés rencontrées par les praticiens et des inégalités d'accès au
dépistage du cancer du col de l'utérus dans les départements
du Cher et d'Indre-et-Loire**

Présentée et soutenue publiquement le **27 juin 2025** date devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la Santé et
Prévention, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Christophe RUIZ, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Belkacem OTSMANE, Médecine Générale - Saint-Pierre-des-Corps

Docteur Walid SHALBY, Médecine Générale - Condé-en-Normandie

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

Pr Patrice DIOT - 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - D. BABUTY - C. BARTHELEMY -
J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P.
BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B.
CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P.
DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D.
GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE
- F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM.
LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - G. LORETTE - M. MARCHAND - C. MAURAGE
- C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D.
PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A.
ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI
- D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER.....	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philipp	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie

LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIÉS

LIMA MALDONADO IgorAnatomie
MALLET DonatienSoins palliatifs
MC CARTHY CatherineAnglais

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.
Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde estime.

Monsieur le Docteur Belkacem OTSMANE,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements. Merci également d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, malgré votre emploi du temps très chargé. Merci pour vos conseils avisés qui m'ont permis de mener ce travail à bien.

Monsieur le Docteur Christophe RUIZ,

Vous avez accepté de siéger au sein de ce jury et d'évaluer mon travail de thèse. Je vous en remercie.

Monsieur le Docteur Walid SHALBY,

Vous avez accepté de prendre part au jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude, non seulement pour votre participation à mon jury de thèse, mais également pour tout le soutien que vous avez pu m'apporter.

À tous les médecins généralistes, qui ont participé à cette étude et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir, je vous adresse mes sincères remerciements.

À ma famille,

Qui m'a toujours soutenu et a toujours cru en moi. Merci Maman et Papa, d'avoir été là, pour toute votre aide, votre soutien et votre patience, de m'avoir tant facilité mes études et d'avoir toujours été compréhensifs.

Yassine,

Cela a été long. Merci de m'avoir aidé tout au long de mes études, de m'avoir « carry » depuis la P1 malgré tes contraintes. Merci pour tout le temps que tu as pris pour moi : les révisions, le partage de connaissances, le soutien et les conseils. Merci d'être le grand frère que tu es.

Julie,

Merci pour toutes ces heures, toutes les recherches et tout ce que tu as fait pour m'aider à mener à bien cette thèse. Merci de nous avoir incités, Yassine et moi, à poursuivre le sport et de nous soutenir lors de nos courses. Je vous souhaite, à toi et Yassine, le bonheur, l'amour et les voyages que vous méritez.

Nadi et Waël,

Mes frères également essentiels à mon équilibre, merci pour vos conseils, votre soutien et votre écoute.

À mes amis, déjà présents ou rencontrés en cours de route : **Adam, Serdar, Nour, Walid, Jalil, Maël** et tous les autres.

À tous les collègues rencontrés à l'hôpital et aux cabinets durant ma formation.

RÉSUMÉ

Exploration des difficultés rencontrées par les praticiens et des inégalités d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire

Introduction : Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) constitue un enjeu majeur de santé publique, car il permet une détection précoce des lésions précancéreuses et contribue à une réduction significative de la mortalité associée. Cependant, malgré l'existence d'un programme national de dépistage organisé, la participation demeure insuffisante.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le cadre du dépistage du CCU dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire. Les objectifs secondaires sont d'analyser le profil des patientes pas ou peu observantes, d'évaluer les facteurs socio-économiques influençant leur participation et de recueillir les suggestions des praticiens pour améliorer l'adhésion au dépistage.

Matériels et méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes, au travers de dix entretiens semi-dirigés. L'analyse des données, basée sur la théorie ancrée, a permis une émergence inductive des thèmes clés sans hypothèse préconçue.

Résultats : Les médecins ont identifié plusieurs obstacles expliquant le faible taux de participation au dépistage du CCU notamment le manque de formation spécifique, la contrainte de temps et des difficultés organisationnelles limitant leur engagement dans cette démarche préventive.

Par ailleurs, un niveau socio-économique et éducatif bas était souvent lié à des inégalités d'accès aux soins, constituant un frein important au dépistage. S'ajoutent à cela : la pudeur, le manque d'information et de temps et la peur des résultats, autant d'obstacles limitant la participation des patientes au dépistage.

Conclusion : Ces observations soulignent la nécessité d'une meilleure sensibilisation des patientes, d'une formation renforcée des praticiens et d'une optimisation du parcours de dépistage. Des actions ciblées, comme l'amélioration de l'accès aux consultations et la diversification des modes d'information, pourraient renforcer l'adhésion au dépistage et réduire les inégalités.

Mots-clés : dépistage, cancer du col de l'utérus (CCU), médecin généraliste, difficultés, inégalités socio-économiques

1349 caractères (espaces compris)

ABSTRACT

Exploration of the challenges faced by practitioners and the inequalities in access to cervical cancer screening in the departments of Cher and Indre-et-Loire

Introduction : Cervical cancer (CC) screening is a major public health issue, as it allows for early detection of precancerous lesions and contributes to a significant reduction in associated mortality. However, despite the existence of a national organized screening program, participation remains insufficient.

Objectives : The main objective of this study is to identify the difficulties encountered by general practitioners in the context of CC in the departments of Cher and Indre-et-Loire. The secondary objectives are to analyze the profile of patients who are non-compliant or poorly compliant, evaluate the socio-economic factors influencing their participation, and collect suggestions from practitioners to improve adherence to screening.

Materials and method : A qualitative study was conducted with general practitioners through ten semi-structured interviews. The data analysis, based on grounded theory, allowed for the inductive emergence of key themes without preconceived hypotheses.

Résultats : The doctors identified several obstacles explaining the low participation rate in CC screening, notably the lack of specific training, time constraints, and organizational difficulties limiting their involvement in this preventive approach. Furthermore, a low socio-economic and educational level was often linked to inequalities in access to care, constituting a major barrier to screening. Additionally, factors such as modesty, lack of information and time, and fear of the results also acted as obstacles to patient participation in screening.

Conclusion : These findings highlight the need for better awareness of patients, enhanced training for practitioners, and optimization of the screening process. Targeted actions, such as improving access to consultations and diversifying information methods, could strengthen adherence to screening and reduce inequalities.

Key words : screening, cervical cancer (CC), general practitioner, difficulties, socio-economic inequalities

1423 characters (including spaces)

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE	6
RÉSUMÉ.....	8
ABSTRACT	9
LISTES DES ABRÉVIATIONS	17
LISTE DES FIGURES.....	18
LISTE DES TABLEAUX	19
I. INTRODUCTION	20
I. 1. LES PAPILLOMAVIRUS	20
I. 1. 1. Classification des papillomavirus	20
I. 1. 2. Incidence	21
I. 1. 3. Transmission et facteurs de risque	21
I. 1. 4. Clairance, persistance et cancérogénèse	22
I. 2. LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS	24
I. 2. 1. Rappel anatomique.....	24
I. 2. 2. Incidence et survie	25
I. 2. 3. Origine	28
I. 2. 4. Symptômes.....	29
I. 2. 5. Traitements	30
<i>I. 2. 5. 1. Prises en charge et stade carcinologique</i>	<i>30</i>
<i>I. 2. 5. 2. Options chirurgicales.....</i>	<i>30</i>
<i>I. 2. 5. 3. Radiothérapie et chimiothérapie.....</i>	<i>31</i>
<i>I. 2. 5. 4. Prise en charge globale et soutien.....</i>	<i>32</i>
<i>I. 2. 5. 5. Projets de vaccin thérapeutique.....</i>	<i>32</i>
I. 2. 6. Prévention	32
I. 2. 7. Vaccination	33
<i>I. 2. 7. 1. Population cible et modalités.....</i>	<i>33</i>
<i>I. 2. 7. 2. Vaccins disponibles.....</i>	<i>33</i>
<i>I. 2. 7. 3. Schéma vaccinal.....</i>	<i>34</i>
<i>I. 2. 7. 4. Accessibilité et prise en charge.....</i>	<i>35</i>
<i>I. 2. 7. 5. Efficacité</i>	<i>36</i>
<i>I. 2. 7. 6. Couverture vaccinale dans le monde et en France.....</i>	<i>36</i>
<i>I. 2. 7. 7. Complémentarité avec le dépistage</i>	<i>37</i>

I. 2. 8. Dépistage.....	37
I. 2. 8. 1. Objectifs du dépistage.....	38
I. 2. 8. 2. Types de tests de dépistage	38
I. 2. 8. 3. Fréquence du dépistage	39
I. 2. 8. 4. Recommandations pratiques pour le frottis.....	40
I. 2. 8. 5. Importance du dépistage précoce	40
I. 2. 9. Programme National de Dépistage Organisé (PNDO)	41
I. 2. 9. 1. Modalités de mise en œuvre et prise en charge financière	41
I. 2. 9. 2. Invitation au dépistage et information aux médecins	42
I. 2. 10. Autres moyens de prévention.....	42
I. 3. DISPARITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES	43
I. 3. 1. Inégalités socio-territoriales.....	43
I. 3. 2. Inégalités dans le dépistage du cancer du col de l'utérus	44
I. 3. 3. Démographie du Cher et d'Indre-et-Loire	45
I. 3. 3. 1. Département du Cher.....	45
I. 3. 3. 2. Département d'Indre-et-Loire	46
I. 3. 3. 3. Niveau socio-économique	47
I. 3. 3. 4. Accès aux soins	47
I. 3. 3. 5. Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus.....	48
II. MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	51
II. 1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	51
II. 1. 1. Objectif principal.....	51
II. 1. 2. Objectifs secondaires	51
II. 2. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE	51
II. 2. 1. Type d'étude	51
II. 2. 2. Sélection des médecins interrogés	51
II. 3. MODE OPÉRATOIRE	52
II. 3. 1. Cadre contractuel de la communication	52
II. 3. 2. Interventions de l'enquêteur	52
II. 4. GUIDE D'ENTRETIEN	52
II. 5. AUTORISATIONS ET ACCORD DU COMITÉ D'ÉTHIQUE.....	53
II. 6. TRAITEMENT DES ENTRETIENS.....	54
II. 7. ANALYSES DES DONNÉES.....	54

II. 7. 1. Analyse qualitative	54
II. 7. 2. Analyses statistiques.....	55
III. RÉSULTATS	56
III. 1. DÉMOGRAPHIE	56
III. 1. 1. Caractéristiques des praticiens	56
III. 1. 2. Caractéristiques de la patientèle	57
<i>III. 1. 2. 1. Département du Cher</i>	<i>57</i>
<i>III. 1. 2. 2. Département d'Indre-et-Loire.....</i>	<i>58</i>
III. 2. PRATIQUE AUTOUR DU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN	59
III. 2. 1. Réalisation du frottis cervico-utérin.....	59
III. 2. 2. Orientation vers un autre professionnel de santé	59
III. 2. 3. Suivi de l'observance et de la planification des futurs frottis	60
III. 2. 4. Suivi gynécologique et manquements : perceptions des praticiens	60
<i>III. 2. 4. 1. Suivi gynécologique.....</i>	<i>60</i>
<i>III. 2. 4. 2. Situations de manquement.....</i>	<i>61</i>
III. 3. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PRATICIENS	61
III. 3. 1. Une adhésion majoritaire avec quelques réticences ponctuelles.....	61
III. 3. 2. Difficultés liées au médecin	62
<i>III. 3. 2. 1. Manque d'expérience</i>	<i>62</i>
<i>III. 3. 2. 2. Manque de temps.....</i>	<i>62</i>
<i>III. 3. 2. 3. Désintérêt pour la spécialité gynécologique.....</i>	<i>62</i>
<i>III. 3. 2. 4. Crainte de la modification de la relation soignant-soigné</i>	<i>63</i>
<i>III. 3. 2. 5. Peur d'une mise en difficulté.....</i>	<i>63</i>
<i>III. 3. 2. 6. Préoccupations juridiques.....</i>	<i>63</i>
III. 3. 3. Difficultés d'accès aux soins et organisation du suivi	63
<i>III. 3. 3. 1. Contraintes de prise de rendez-vous</i>	<i>63</i>
<i>III. 3. 3. 2. Délais de consultation et pénurie de gynécologues</i>	<i>64</i>
<i>III. 3. 3. 3. Problèmes de transmission et de suivi des résultats</i>	<i>64</i>
<i>III. 3. 3. 4. Impact de la crise Covid-19 sur le suivi du dépistage</i>	<i>64</i>
III. 3. 4. Difficultés liées au rôle du médecin dans le dépistage.....	65
<i>III. 3. 4. 1. Influence du rôle des médecins dans le suivi du dépistage</i>	<i>65</i>
<i>III. 3. 4. 2. Complexité du discours médical</i>	<i>65</i>
<i>III. 3. 4. 3. Questionnements éthiques autour du dépistage</i>	<i>65</i>
III. 3. 5. Difficultés relationnelles et réticences des patientes.....	65

III. 3. 5. 1. Intimité de l'examen comme facteur de réticence	65
III. 3. 5. 2. Expériences négatives et appréhension du geste gynécologique	66
III. 3. 5. 3. Refus du dépistage sans explication.....	66
III. 3. 5. 4. Angoisse liée aux résultats	66
III. 3. 5. 5. Réticences à consulter un praticien inconnu.....	67
III. 3. 5. 6. Antécédents traumatiques et rapport aux soins	67
III. 3. 6. Difficultés pratiques liées à l'examen gynécologique.....	67
III. 3. 6. 1. Inconfort des praticiens face à la dimension gynécologique du frottis.....	67
III. 3. 6. 2. Obstacles anatomiques.....	67
III. 3. 7. Difficultés liées au modèle de santé	68
III. 3. 7. 1. Prévention génératrice d'angoisse.....	68
III. 3. 7. 2. Fréquence des dépistages et impact psychologique.....	68
III. 3. 7. 3. Perception de la surmédicalisation.....	68
III. 4. PROFIL TYPE	69
III. 4. 1. Un profil type fréquemment évoqué	69
III. 4. 2. Autres profils identifiés	69
III. 4. 2. 1. Origine socio-démographique et culturelle	69
III. 4. 2. 2. Absence de contraception et manque de suivi gynécologique	69
III. 4. 2. 3. Histoires familiales et perception du risque modifiée.....	70
III. 4. 2. 4. Troubles psychologiques et préoccupations sanitaires concurrentes.....	70
III. 4. 3. Absence de profil type identifié	70
III. 5. FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES	70
III. 5. 1. Conditions de vie.....	71
III. 5. 1. 1. Accès à l'informatique et aux technologies numériques	71
III. 5. 1. 2. Manque de temps et vie active.....	71
III. 5. 2. Conditions économiques	71
III. 5. 2. 1. Niveau économique et obstacles financiers	71
III. 5. 2. 2. Niveau social	72
III. 5. 3. Facteurs culturels et perception de la santé	72
III. 5. 3. 1. Barrière linguistique et difficultés de communication	72
III. 5. 3. 2. Activité sexuelle, âge et représentations autour de la ménopause.....	72
III. 5. 3. 3. Pudeur et influence des normes culturelles/religieuses	73
III. 5. 4. Niveau socio-éducatif et connaissances sur le dépistage	73
III. 5. 4. 1. Niveau d'éducation	73

III. 5. 4. 2. Niveau de connaissances et accès à l'information.....	73
III. 5. 5. Environnement social.....	74
III. 6. SUGGESTIONS DES PRATICIENS POUR PROMOUVOIR LE DÉPISTAGE.....	74
III. 6. 1. Communication	74
III. 6. 1. 1. Affichages et campagnes publicitaires.....	74
III. 6. 1. 2. Cibler la population jeune.....	75
III. 6. 1. 3. Répétition du message par le médecin	75
III. 6. 1. 4. Information générale par la sécurité sociale	75
III. 6. 1. 5. Accès permanent à l'information	75
III. 6. 1. 6. Rappel aux médecins.....	75
III. 6. 2. Pratiques médicales	76
III. 6. 2. 1. Consultation dédiée adaptée et rémunérée	76
III. 6. 2. 2. Travailler en pluridisciplinarité.....	76
III. 6. 2. 3. Journée de dépistage inclusive.....	76
III. 6. 2. 4. Aller à la rencontre des patientes	77
III. 6. 3. Dimension humaine dans la pratique médicale.....	77
III. 6. 3. 1. Formation à l'approche de l'autre.....	77
IV. DISCUSSION.....	80
IV. 1. CRITIQUE DE L'ÉTUDE.....	80
IV. 1. 1. Équipe de recherche et de réflexion.....	80
IV. 1. 1. 1. Caractéristiques personnelles	80
IV. 1. 1. 2. Relation avec les praticiens interrogés	81
IV. 1. 1. 3. Biais d'interprétation de l'enquêteur	81
IV. 1. 2. Conception de l'étude	82
IV. 1. 2. 1. Cadre théorique.....	82
IV. 1. 2. 2. Sélection des participants.....	82
IV. 1. 2. 3. Contexte de l'étude	83
IV. 1. 2. 4. Recueil des données.....	83
IV. 1. 3. Analyse et résultats	84
IV. 1. 3. 1. Analyse des données	84
IV. 1. 3. 2. Rédaction.....	85
IV. 2. CRITIQUE DES RÉSULTATS.....	85
IV. 2. 1. Résultats démographiques de l'étude.....	85
IV. 2. 1. 1. Démographie des praticiens.....	85

IV. 2. 1. 2. Démographie de la patientèle	86
IV. 2. 2. État des lieux autour de la pratique du frottis cervico-utérin	87
IV. 2. 2. 1. Frottis de dépistage : une pratique minoritaire	87
IV. 2. 2. 2. Délégation aux sages-femmes et laboratoires.....	87
IV. 2. 2. 3. Une observance suivie par les médecins	88
IV. 2. 2. 4. Manquements observés malgré un suivi gynécologique supposé.....	88
IV. 2. 3. Difficultés rencontrées par les praticiens	90
IV. 2. 3. 1. Observation principale	90
IV. 2. 3. 2. Difficultés liées au médecin.....	91
IV. 2. 3. 3. Difficultés organisationnelles et accès aux soins	91
IV. 2. 3. 4. Difficulté liées au rôle du médecin dans le dépistage	93
IV. 2. 3. 5. Difficultés relationnelles avec les patientes	94
IV. 2. 3. 6. Difficultés liées à l'examen gynécologique	94
IV. 2. 3. 7. Difficultés liées au modèle de soins.....	95
IV. 2. 4. Profil type.....	96
IV. 2. 5. Facteurs socio-économiques	98
IV. 2. 5. 1. Conditions de vie	98
IV. 2. 5. 2. Conditions économiques.....	98
IV. 2. 5. 3. Facteurs culturels et perception de la santé.....	99
IV. 2. 5. 4. Niveau éducatif et connaissances	101
IV. 2. 5. 5. Environnement social	103
IV. 2. 6. Communication : promotion du dépistage	104
V. PERSPECTIVES.....	107
V. 1. AMÉLIORATION DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	107
V. 2. PROPOSITIONS CONCRÈTES POUR PROMOUVOIR LE DÉPISTAGE	108
VI. CONCLUSION	110
BIBLIOGRAPHIE	112
ANNEXES.....	124
<i>Annexe 1 : Classification FIGO anatomo-chirurgicale</i>	<i>124</i>
<i>Annexe 2 : Notice d'utilisation pour auto-prélèvement vaginal.....</i>	<i>125</i>
<i>Annexe 3 : Algorithme de triage des femmes âgées de 25 à 30 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du cancer du col de l'utérus</i>	<i>126</i>

Annexe 4 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du cancer du col de l'utérus	127
Annexe 5 : Procédé explicatif de l'entretien	128
Annexe 6 : Questionnaire de l'étude	129
Annexe 7 : Avis d'éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours	131
Annexe 8 : Grille COREQ (traduction originale française)	132
Annexe 9 : Carte heuristique présentant les résultats des difficultés rencontrées par les soignants dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire	134
Annexe 10 : Carte heuristique présentant les résultats du profil type des patientes peu ou pas observantes au dépistage du cancer du col de l'utérus	135
Annexe 11 : Carte heuristique présentant les résultats des facteurs socio-économiques pouvant expliquer les absences ou manquements d'observance au dépistage du cancer du col de l'utérus	136
Annexe 12 : Carte heuristique présentant les suggestions des praticiens pour promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus	137

LISTES DES ABRÉVIATIONS

AME	Aide Médicale d'État
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
CCU	Cancer du Col de l'Utérus ou Cancer du Col Utérin
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
COREQ	Criteria for REporting Qualitative Research
CRCDC	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
INCa	Institut National du Cancer
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infections Sexuelles Transmissibles
LIEBG	Lésions malpighiennes Intra-Épithéliales de Bas Grade
LIEHG	Lésions malpighiennes Intra-Épithéliales de Haut Grade
LSIL	Low-grade Squaous Intraepithelial Lesion
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNDO	Programme National de Dépistage Organisé
SMS	Short Message Service
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre de maladies HPV-induites chez les femmes et les hommes en France en 2023	p.21
Figure 2	Modèle de l'histoire de l'infection à HPV menant au stade de cancer	p.23
Figure 3	Schéma du col de l'utérus et sa muqueuse	p.25
Figure 4	Distribution géographique de l'incidence du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge en 2022	p.26
Figure 5	Distribution géographique de la mortalité du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge en 2022	p.26
Figure 6	Incidence du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge en 2020	p.27
Figure 7	Taux d'incidence et de mortalité selon la classe d'âge en France pour le cancer du col de l'utérus en 2018	p.28
Figure 8	Stades d'évolution du cancer du col de l'utérus	p.29
Figure 9	Diagramme de Whitehead et Dahlgren	p.43
Figure 10	Modèle explicatif des inégalités sociales d'après le modèle des déterminants sociaux de la santé de l'OMS	p.44
Figure 11	Densité de médecins généralistes et de spécialistes pour 100 000 habitants au 1 ^{er} janvier 2023	p.48
Figure 12	Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus 2019-2021	p.49
Figure 13	Taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus 2007-2016	p.49
Figure 14	Col de l'utérus, situation infra-régionale en Centre-Val de Loire : estimation du nombre annuel de nouveaux cas 2007-2016	p.50
Figure 15	Modèle explicatif des déterminants et leviers d'action du non-recours au dépistage du cancer du col de l'utérus	p.79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition de la population féminine par tranche d'âge dans le département du Cher en 2023	p.45
Tableau 2	Répartition de la population féminine par tranche d'âge dans le département d'Indre-et-Loire en 2023	p.46
Tableau 3	Indicateurs socio-économiques et de santé des départements du Cher et d'Indre-et-Loire en comparaison avec le niveau national	p.47
Tableau 4	Effectifs de médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes en activité dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire en 2024	p.48
Tableau 5	Récapitulatif des données démographiques des praticiens interrogés	p.57

I. INTRODUCTION

I. 1. Les papillomavirus

Les papillomavirus humains (HPV ou Human PapillomaVirus), également appelés virus du papillome humain, constituent un ensemble de virus à ADN appartenant à la famille des *Papillomaviridae*. Il existe environ 200 génotypes différents d'HPV, tous susceptibles d'infecter les deux sexes. Certains sont responsables de lésions bénignes, tandis que d'autres sont à l'origine de lésions précancéreuses pouvant évoluer en cancer.^{1, 2}

Ces agents pathogènes infectent principalement les épithéliums cutanés et muqueux.

I. 1. 1. Classification des papillomavirus

Les HPV sont classés en fonction de leur tropisme (cible d'action) et de leur pouvoir oncogène (risque cancérogène).²

Ainsi, on distingue :

- **les HPV à tropisme cutané** qui infectent les cellules épithéliales de la peau. Ils peuvent être à l'origine de tumeurs bénignes, comme les verrues plantaires, mais aussi favoriser le développement de tumeurs malignes, telles que les carcinomes spinocellulaires (cancer de la peau).

- **les HPV à tropisme muqueux** qui ciblent les cellules épithéliales des muqueuses génitales et orales.

Ces derniers sont divisés en deux sous-groupes :

- **les HPV à bas risque cancérogène**

Exemples : 6, 11.

Ils sont responsables d'anomalies bénignes, telles que les condylomes ou les verrues génitales.

- **les HPV à haut risque cancérogène, dits oncogènes**

Exemples : 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58.

Ils peuvent induire le développement de lésions précancéreuses susceptibles d'évoluer en cancers, notamment des cancers du col de l'utérus (100 %), de l'anus (90 %), de la vulve et/ou du vagin (23 %), du pénis (27 %) ou de la sphère oto-rhino-laryngologique (4 à 34 %).³

À ce jour, 12 HPV sont considérés comme des cancérogènes avérés.⁴ Parmi eux, les HPV 16 et 18 sont les plus fréquemment retrouvés.⁵

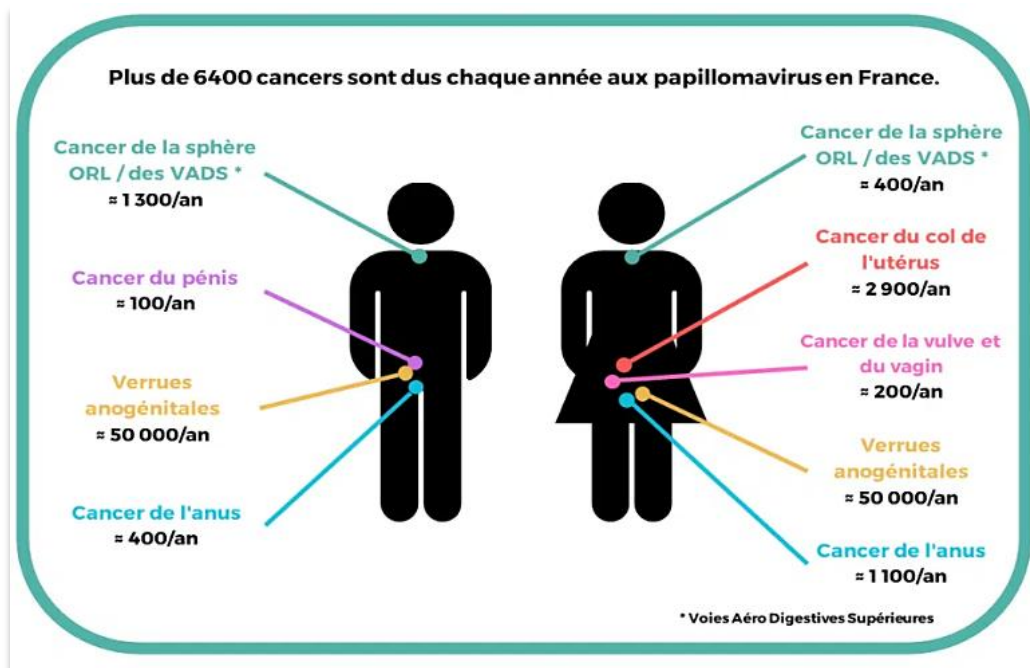


Figure 1 : Nombre de maladies HPV-induites chez les femmes et les hommes en France en 2023⁴

I. 1. 2. Incidence

En France, on estime à environ 6 300 le nombre de nouveaux cas de cancers liés aux HPV chaque année ; soit 17 nouveaux cas par jour. En 2024, 46 000 cancers touchaient des femmes, tandis que 1 800 concernaient des hommes.^{3, 6}

Les femmes sont les plus concernées avec le cancer du col de l'utérus (CCU), qui représente environ 46 % des cas de cancers liés aux HPV. Cependant, près d'un tiers des cancers associés à ce virus concerne les hommes.⁶

I. 1. 3. Transmission et facteurs de risque

La transmission des HPV se fait majoritairement par contact sexuel, avec ou sans pénétration. Le virus peut également se transmettre par contact direct cutanéomuqueux ou cutanéocutané (contact génital peau contre peau, sexe oral).⁷

En effet, le virus cible les cellules basales des épithéliums pavimenteux cutanéomuqueux, et plus précisément les kératinocytes, qui sont les constituants principaux de ces épithéliums. Il se dissémine ensuite lors de la desquamation de la peau.^{8, 9}

La transmission périnatale lors de l'accouchement est également possible si la mère est porteuse de condylomes acuminés génitaux notamment.¹⁰ Plus rarement, des transmissions par auto-inoculation (grattage des verrues) et par contact indirect (piscine, douche, objets contaminés) peuvent également survenir.⁴

Une infection par un HPV est extrêmement fréquente et hautement contagieuse. Il s'agit de l'infection virale la plus courante de l'appareil reproducteur.

En effet, environ 80 % des personnes sexuellement actives seront infectées par un ou plusieurs HPV au moins une fois au cours de leur vie, et ce, dès le début de la vie sexuelle.²

De plus, 60 % des partenaires de personnes infectées contracteront également le virus.

À noter que le risque de transmission est plus élevé de l'homme vers la femme que l'inverse, en raison de la plus grande surface de muqueuse chez la femme.

Plusieurs facteurs de risque de l'infection par un HPV sont identifiables :

- la précocité des premiers rapports sexuels,
- le nombre élevé de partenaires,
- la présence d'autres infections sexuelles transmissibles (IST), telles que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ou l'herpès.^{7, 11}

I. 1. 4. Clairance, persistance et cancérogénèse

Dans 90 % des cas, les infections à HPV sont transitoires et asymptomatiques. Elles disparaissent spontanément dans les deux années suivant la contamination, grâce à la réponse immunitaire de l'individu. Ce processus est aussi appelé temps de clairance.²

Chez la femme de moins de 30 ans, les infections à HPV sont généralement transitoires, tandis qu'elles ont tendance à persister chez les femmes plus âgées, principalement en raison de l'immunosénescence - c'est-à-dire la diminution de la capacité de l'organisme à éliminer les infections.^{9, 11, 12} L'acquisition d'une immunité spécifique pourrait permettre d'éviter toute réinfection par un même génotype. Cependant, une infection par un HPV ne génère pas systématiquement d'anticorps circulants, notamment lorsqu'elle est transitoire. Ainsi, la réponse immunitaire après une infection n'est ni systématique ni toujours protectrice contre une possible réinfection.

Un an après la contamination, le HPV est éliminé dans 75 % des cas. Cependant, plus le temps de clairance augmente, plus le risque de persistance de l'infection s'accroît.

Cependant, dans 3 à 10 % des cas, le système immunitaire ne parvient pas à éliminer le virus. La persistance du virus entraîne alors des modifications cytologiques, rendant le portage chronique et symptomatique. À ce stade, on parle de lésions précancéreuses.¹¹ Le pic d'incidence des lésions précancéreuses survient vers l'âge de 30 ans.^{5, 13, 14}

La persistance du virus peut entraîner l'apparition de lésions cutanées et muqueuses, dont la nature varie en fonction de leur potentiel oncogène :^{9, 12, 15, 16}

- **infection à HPV à bas risque oncogène** (HPV 6 et 11)

Elles engendrent des lésions bénignes contaminantes, telles que les verrues cutanées, verrues ano-génitales, condylomes, LIEBG (Lésions Malpighiennes Intra-épithéliales de Bas Grade) ou LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion). Il s'agit de papillomavirus dits à bas risque cancérigène.^{1, 13}

- **infection à HPV à haut risque oncogène**

Elles peuvent entraîner des lésions précancéreuses telles que les LIEHG (Lésions Malpighiennes Intra-épithéliales de Haut Grade), qui à terme, peuvent évoluer vers un cancer. On parle de papillomavirus dits à haut risque cancérigène.^{1, 13}

Les lésions précancéreuses peuvent également régresser spontanément.¹⁶ Les LIEHG ont une probabilité de clairance virale et de régression allant de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion.¹⁷ Cependant, elles peuvent aussi évoluer vers le cancer invasif dans un délai de 10 à 30 ans chez les femmes ayant un système immunitaire normal.^{3, 5, 13, 14} Ce délai peut être réduit à 5-10 ans pour celles dont le système est affaibli.¹⁸

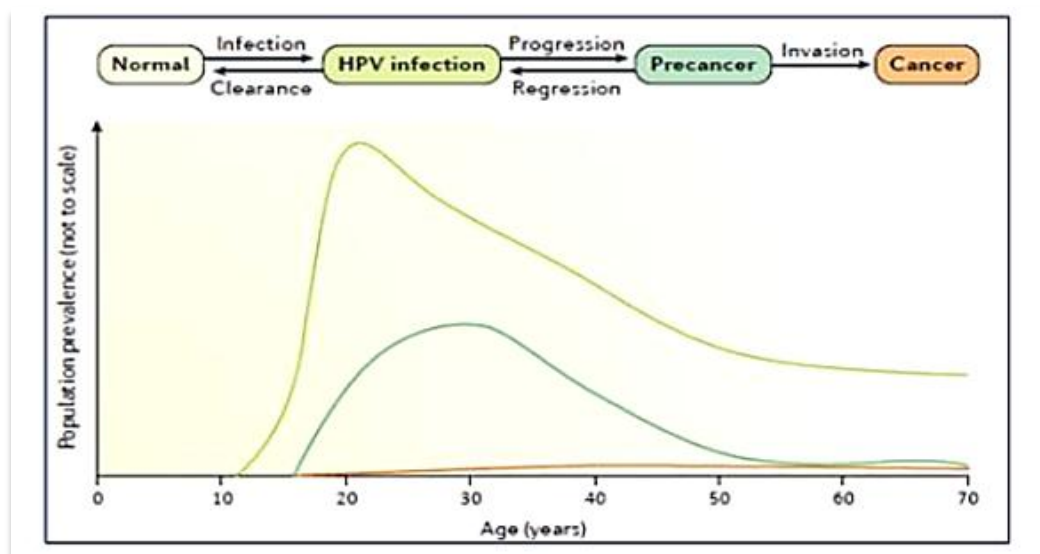


Figure 2 : Modèle de l'histoire de l'infection à HPV menant au stade de cancer¹⁹

Certains facteurs de persistance d'infection à HPV peuvent influencer la capacité du système immunitaire, favorisant ainsi l'évolution vers les lésions précancéreuses ou cancéreuses.

Certains ont été avérés :

- l'infection concomitante avec d'autres virus ou IST (VIH, herpès, chlamydia)²⁰,
- l'utilisation de contraceptifs hormonaux oraux²¹,
- le tabagisme²²,
- l'exposition in-utéro au diethylstilbestrol (Distilbene[®])²³.

D'autres sont encore seulement suspectés :

- le comportement sexuel (nombre élevé de partenaires sexuels, nombre de partenaires récents, précocité des premiers rapports sexuels)²³,
- un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 29 kg/m²²⁴,
- la multiparité²⁵,
- une première grossesse avant l'âge de 20 ans.²⁶

I. 2. Le cancer du col de l'utérus

I. 2. 1. Rappel anatomique

Le col de l'utérus est la portion fibromusculaire étroite et inférieure de l'utérus, qui le relie au vagin. La fonction principale du col de l'utérus est la sécrétion de la glaire cervicale, un mucus produit par les glandes présentes dans le canal cervical. Cette sécrétion joue un rôle essentiel dans la lubrification du vagin et sa protection contre les infections.²⁶

Le col de l'utérus est constitué de deux parties distinctes séparées par leur épithélium :

- ***l'endocol ou canal endocervical*** : la partie supérieure située du côté du corps de l'utérus. Cette portion interne du col tapisse le canal endocervical menant vers l'utérus et est recouverte d'un épithélium glandulaire simple (ou cylindrique).
- ***l'exocol*** : la partie inférieure située du côté du vagin. Cette portion externe est recouverte d'un épithélium malpighien stratifié (pavimenteux).

La jonction pavimento-cylindrique est la zone de transformation située entre l'endocol et l'exocol, zone où les cellules cylindriques se transforment en cellules malpighiennes. Sa

localisation varie en fonction de l'âge, de l'état hormonal ou du cycle menstruel (comme pendant la grossesse ou la ménopause). C'est également la zone cible des infections à HPV.²⁸

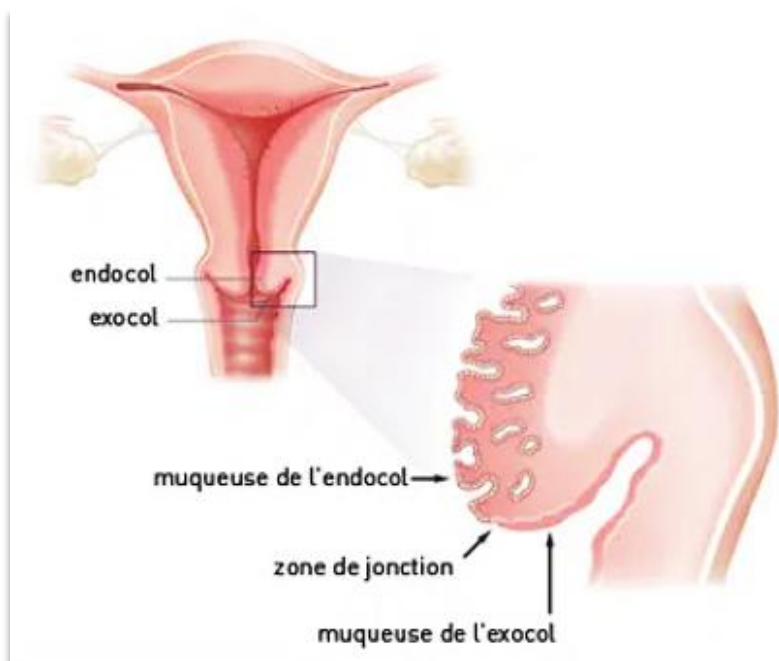


Figure 3 : Schéma du col de l'utérus et sa muqueuse²⁹

La quasi-totalité des carcinomes du col de l'utérus se développe à partir de la couche superficielle (ou épithélium). On distingue deux types principaux de carcinomes :

- **les carcinomes épidermoïdes** (85 % des cas), qui se forment au niveau de l'exocol (carcinomes exocervicaux),
- **les adénocarcinomes** (15 % des cas), qui apparaissent au niveau de l'endocol (carcinomes endocervicaux).³⁰

I. 2. 2. Incidence et survie

Le CCU constitue un véritable enjeu de santé publique à l'échelle mondiale. Il se classe au 4^{ème} rang des cancers les plus fréquents chez la femme, avec une incidence préoccupante. En 2022, dans le monde, près de 660 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués et environ 350 000 décès ont été enregistrés.¹⁴

Une large majorité de ces décès, soit plus de 94 %, survient dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, où se concentrent également 80 % des nouveaux cas. Dans ces

régions, l'accès au dépistage reste souvent limité, et les diagnostics sont fréquemment posés à des stades avancés, rendant ainsi la prise en charge et le traitement plus complexes.¹⁴

Les taux d'incidence et de mortalité liés au CCU sont particulièrement élevés en Afrique subsaharienne, en Amérique centrale et en Asie du Sud-Est. À l'inverse, les taux les plus faibles sont observés en Australie et en Asie occidentale.³¹

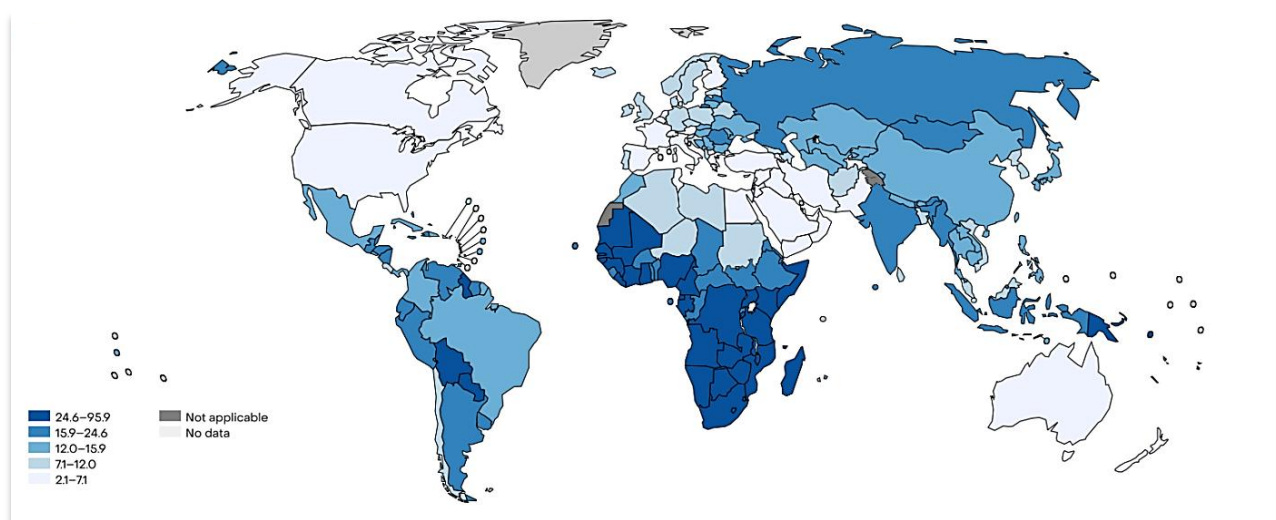


Figure 4 : Distribution géographique de l'incidence du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge en 2022³¹

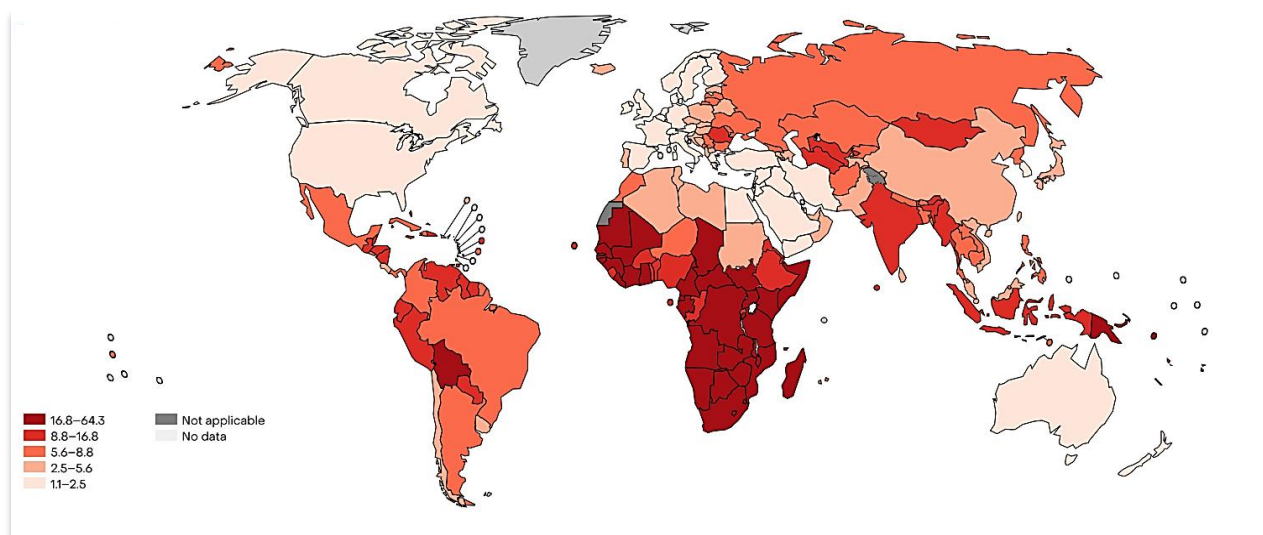


Figure 5 : Distribution géographique de la mortalité du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge en 2022³¹

Les disparités régionales dans l'incidence du CCU s'expliquent par une combinaison d'inégalités d'accès aux services de vaccination, de dépistage et de traitement, ainsi que par des facteurs de risque spécifiques, tels que la prévalence du VIH et des déterminants sociaux et économiques (sexe, préjugés sexistes, pauvreté).

Il est estimé que 5 % des cas de CCU dans le monde sont attribuables au VIH.³² En conséquence, les femmes vivant avec le VIH ont un risque six fois plus élevé de développer ce type de cancer par rapport à la population générale.¹⁴

En Europe, bien que l'incidence du CCU ait diminué grâce aux programmes de dépistage, il demeure un défi majeur en matière de santé publique. Parmi les pays européens, la France se distingue par un taux d'incidence relativement bas, classée au 12^{ème} rang (7,0), tandis que la Suisse présente le taux le plus faible (3,4), et le Monténégro, le plus élevé (26,2).³

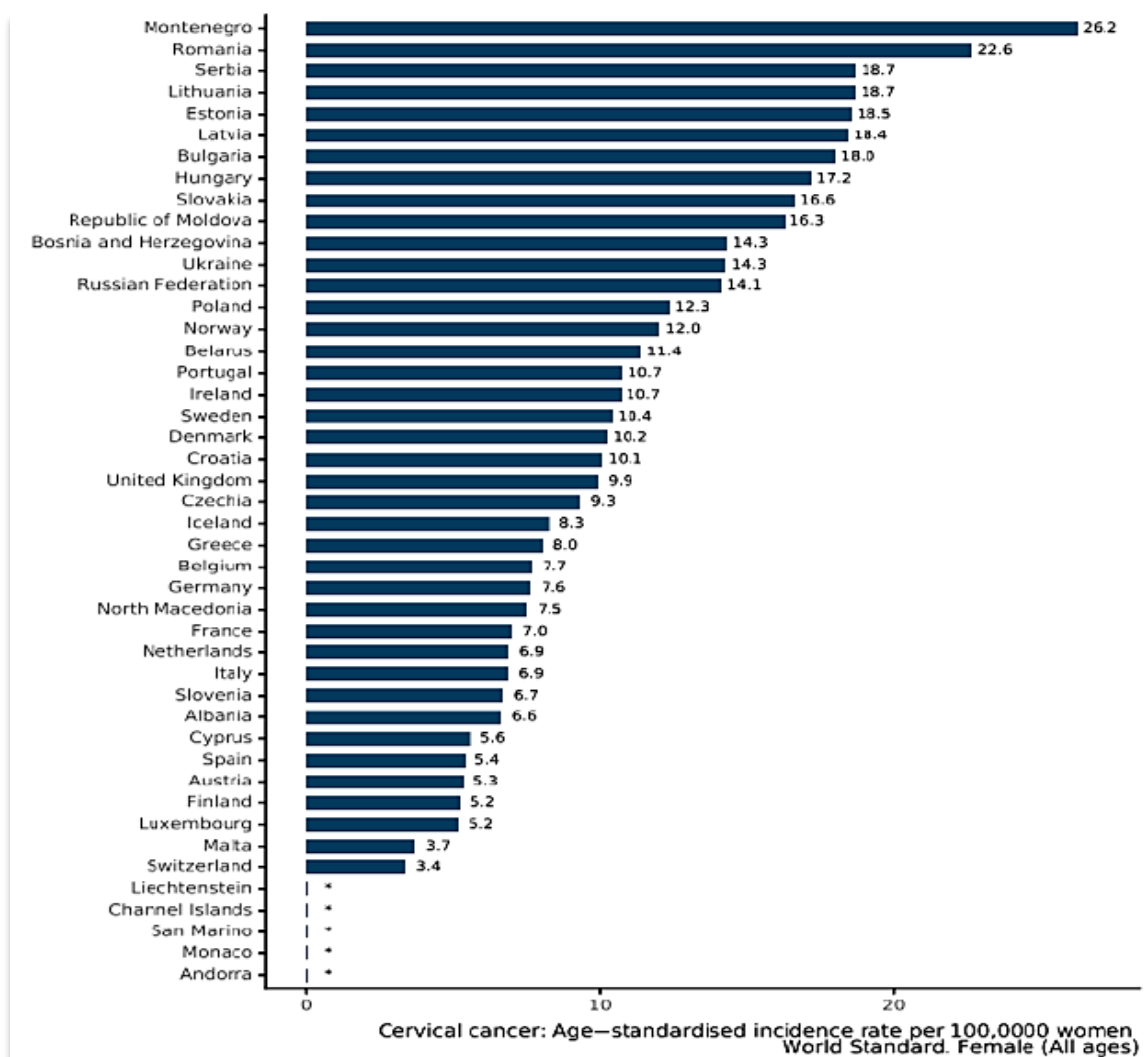


Figure 6 : Incidence du cancer du col de l'utérus standardisée sur l'âge en 2020³³

Chaque année, environ 3 000 femmes en France sont diagnostiquées avec un CCU, entraînant le décès de près de 1 000 d'entre elles.¹ Ce cancer se classe ainsi comme la 11^{ème} cause de cancer sur le territoire et la 12^{ème} cause de mortalité par cancer chez les femmes.³⁴ Près de 75 % des femmes âgées de 25 à 64 ans sont diagnostiquées, avec une médiane d'âge au diagnostic de 51 ans et également deux pics de mortalité autour de 53 et 64 ans.³⁵

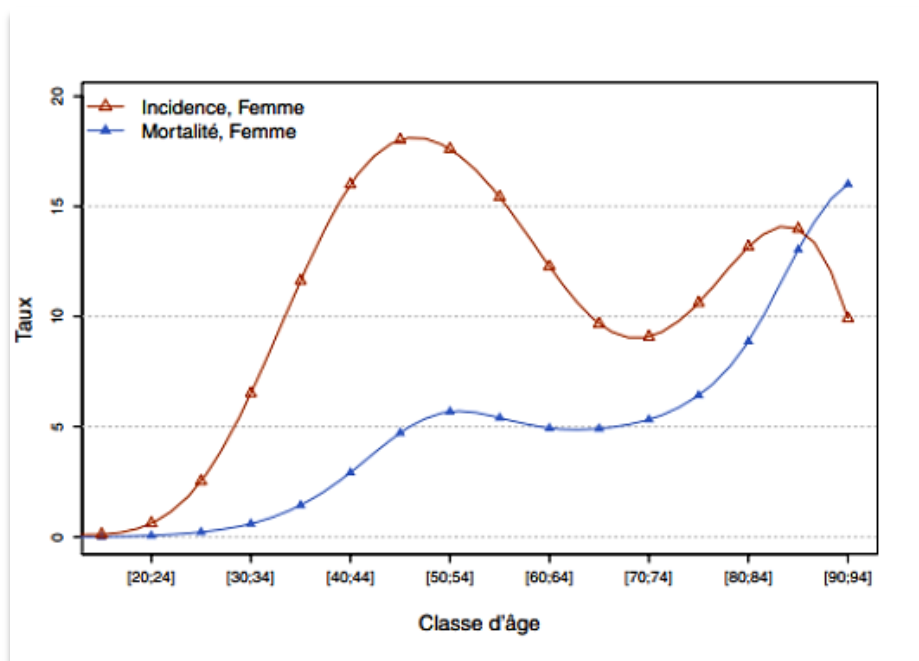


Figure 7 : Taux d'incidence et de mortalité selon la classe d'âge en France pour le cancer du col de l'utérus en 2018³⁵

Cependant, malgré les efforts de prévention, le CCU demeure l'un des rares cancers dont le pronostic s'est détérioré en France. Le taux de survie à cinq ans après le diagnostic a en effet diminué, passant de 68 % pour les cas diagnostiqués entre 1989 et 1991 à seulement 63 % pour ceux diagnostiqués entre 2010 et 2015.³⁶

I. 2. 3. Origine

Le CCU est une tumeur maligne qui se développe au sein de la muqueuse utérine. Dans près de 100 % des cas, son origine est liée à une infection persistante par un ou plusieurs HPV à haut risque oncogène.³⁷

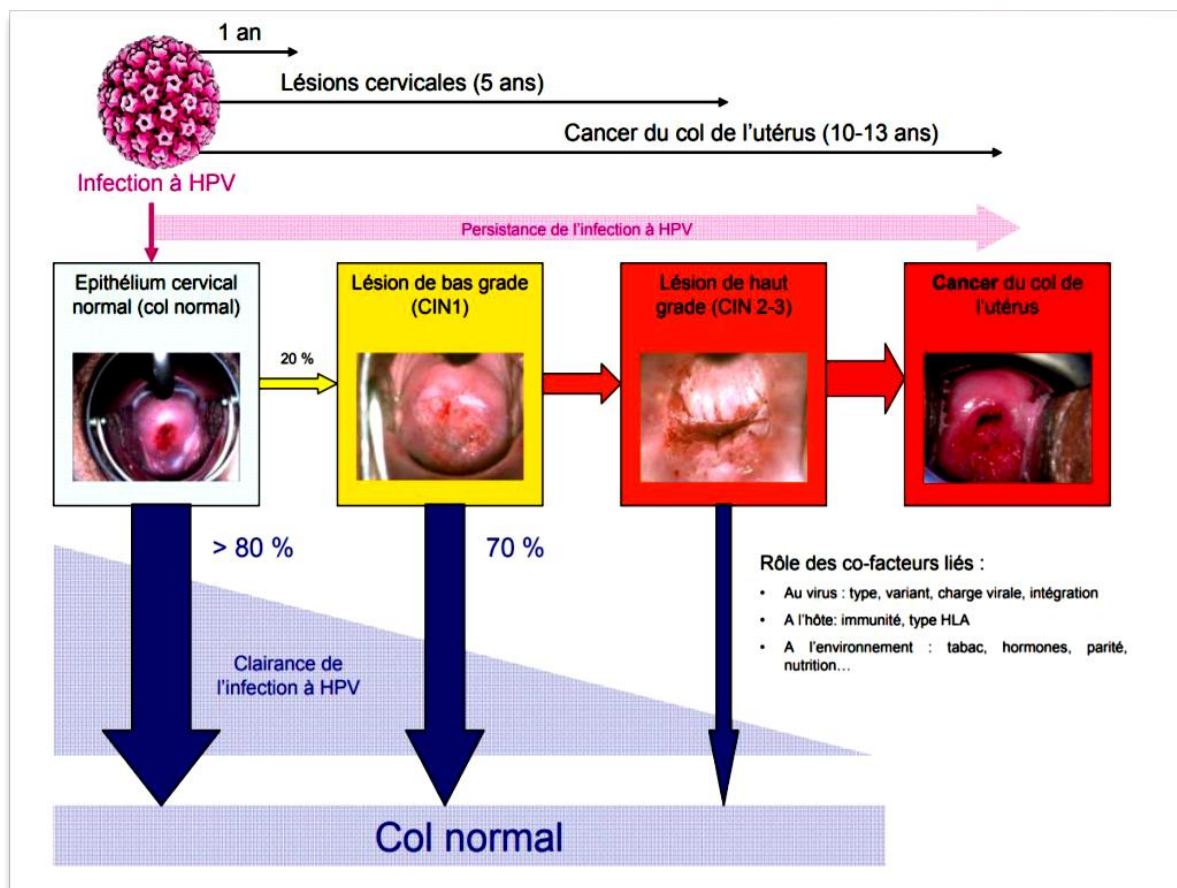


Figure 8 : Stades d'évolution du cancer du col de l'utérus³⁸

Les génotypes responsables du cancer varient selon les régions du monde. À ce jour, 13 génotypes de HPV dits à haut risque oncogène ont été identifiés comme étant impliqués dans la survenue du CCU. En Europe, les types 16 et 18 de HPV sont responsables de 70 % des cas de CCU.¹¹

I. 2. 4. Symptômes

Aux stades de lésions précancéreuses, aucun symptôme n'est généralement observable. Les symptômes apparaissent tardivement au cours de l'évolution de la maladie, souvent une fois que le cancer s'est propagé aux tissus et organes voisins et atteint un stade avancé.³⁹

Les symptômes du CCU à un stade précoce peuvent inclure :

- des métrorragies irrégulières chez les femmes en âge de procréer,
- des saignements vaginaux après la ménopause,
- des saignements post-coïtaux,
- des pertes vaginales abondantes, parfois malodorantes.

Lorsque le cancer est plus avancé, des symptômes plus graves peuvent se manifester :

- des douleurs persistantes et des signes de compression dans le dos, le bassin ou les jambes,
- des troubles fonctionnels urinaires et/ou rectaux,
- une perte de poids, d'appétit et une fatigue générale,
- un œdème dans une ou les deux jambes.¹⁴

I. 2. 5. Traitements

I. 2. 5. 1. Prises en charge et stade carcinologique

À ce jour, aucun traitement antiviral spécifique n'existe contre le CCU. Toutefois, une détection précoce permet une guérison.

Pour déterminer le traitement le plus adapté, il est crucial de connaître les différents stades du cancer selon la classification de la FIGO (cf. annexe 1³⁹) ainsi que d'évaluer le risque d'envahissement ganglionnaire, notamment en l'absence de détection à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Le diagnostic permettra de définir le stade de la tumeur, son type histologique (selon qu'elle se situe dans l'endocol ou l'exocol) et la présence ou non de métastases. Le choix du traitement sera basé sur ces informations, tout en prenant en compte le mode de vie et les souhaits de la patiente, notamment en matière de fertilité. En effet, pour les patientes jeunes désirant une grossesse, une chirurgie conservatrice peut être envisagée, selon le stade de la maladie.

Différentes approches thérapeutiques peuvent être envisagées, seules ou en association, en fonction du stade de la maladie :

- la chirurgie,
- la radiothérapie (externe ou curiethérapie),
- la chimiothérapie.⁴¹

I. 2. 5. 2. Options chirurgicales

En fonction du stade et de l'étendue du cancer, plusieurs interventions chirurgicales sont possibles. Elles incluent⁴¹ :

- ***la conisation du col de l'utérus***

Cette procédure consiste à retirer un fragment conique de la partie inférieure du col. Elle peut parfois suffire à éliminer toutes les cellules cancéreuses, évitant ainsi des traitements supplémentaires. Toutefois, elle augmente le risque de complications lors de grossesses ultérieures, notamment de prématurité.⁴²

- ***l'amputation du col de l'utérus (trachélectomie)***

Cette intervention consiste à retirer le col tout en conservant le reste de l'utérus. Elle est généralement proposée aux femmes jeunes souhaitant conserver leur fertilité et envisager une grossesse.

- ***l'hystérectomie et la colpo-hystérectomie***

L'hystérectomie simple est rarement pratiquée et réservée aux tumeurs de très petite taille. La colpo-hystérectomie élargie, plus courante, implique l'ablation complète de l'utérus, du col de l'utérus, des trompes, de la partie supérieure du vagin, et parfois des ovaires, ainsi que des tissus voisins atteints si nécessaire. Un curage ganglionnaire pelvien peut également être requis. Cette intervention peut être précédée d'une curiethérapie.

Pour les patientes de moins de 45 ans atteintes d'un cancer avancé, l'hystérectomie est souvent le traitement chirurgical de choix afin de limiter les complications à long terme. Cependant, si la patiente désire une grossesse, la possibilité d'une trachélectomie peut être discutée selon l'évolution de la maladie.⁴³

I. 2. 5. 3. Radiothérapie et chimiothérapie

- ***radiothérapie externe***

La radiothérapie externe est utilisée pour traiter la tumeur au niveau du col, mais peut aussi cibler tout ou partie du vagin, ainsi que les régions latéro-pelviennes, en fonction de l'extension de la tumeur. Elle peut, si nécessaire, être étendue aux ganglions lombo-aortiques.

- ***chimiothérapie***

Bien que le CCU soit peu sensible à la chimiothérapie, ce traitement est parfois associé à la radiothérapie externe pour limiter le risque de récurrence, notamment aux stades avancés.⁴¹

I. 2. 5. 4. Prise en charge globale et soutien

Le traitement du CCU ne se limite pas aux traitements médicaux. La prise en charge comprend également un accompagnement psycho-social indispensable.

Cet accompagnement englobe :

- une information claire et complète sur la maladie,
- un soutien dans la gestion de la douleur et de la fatigue,
- un accompagnement psychologique pour la patiente et ses proches,
- un suivi nutritionnel et socio-esthétique,
- une rééducation fonctionnelle adaptée aux besoins,
- des soins palliatifs lorsque nécessaire.

L'objectif est d'assurer un soutien global et personnalisé tout au long du parcours de soins, en prenant en compte les dimensions émotionnelles, sociales et physiques de la patiente.

I. 2. 5. 5. Projets de vaccin thérapeutique

Actuellement, plusieurs vaccins thérapeutiques sont en phase d'essais cliniques, notamment un développé par l'Institut Pasteur depuis 2005, visant à détruire les lésions précancéreuses et des CCU induits par les HPV 16 et 18.

Ce vaccin vise à déclencher une réponse immunitaire ciblée contre l'antigène tumoral. Il favorise ainsi la production de cellules « tueuses » capables de détruire spécifiquement les cellules tumorales. Chez toutes les souris traitées, une seule injection du vaccin, sans adjuvant, a entraîné une régression complète de la tumeur. Cependant, aucune mise à jour de l'Institut Pasteur sur l'avancement de ce vaccin n'a été pas communiquée depuis 2005. ⁴⁴

I. 2. 6. Prévention

La stratégie de prévention du CCU s'appuie sur deux mesures complémentaires : la vaccination prophylactique contre les infections à HPV et le dépistage par frottis cervico-utérin (FCU).

L'objectif de cette double approche est de réduire l'incidence du CCU en empêchant la persistance du virus dans l'organisme grâce à la vaccination, tout en détectant précocement les lésions à risque de transformation cancéreuse.

I. 2. 7. Vaccination

En France, la prévention primaire du CCU repose sur la vaccination contre les HPV, principal responsable de ce cancer dans presque 100 % des cas. Cette vaccination ne vise pas à traiter, mais à prévenir l'infection par le HPV et ses conséquences, notamment en protégeant contre les types de HPV à haut risque oncogène les plus fréquemment, comme les HPV 16 et 18.

I. 2. 7. 1. Population cible et modalités

En France, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) recommande un schéma vaccinal pour les filles et garçons âgés de 11 à 14 ans. (étendu aux garçons depuis le 1^{er} janvier 2021) Ce schéma consiste en l'administration de deux doses de vaccin, espacées de 6 à 13 mois. Un rattrapage est possible pour les 15-19 ans non vaccinés avec l'administration d'un protocole en trois injections.

Depuis 2016, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) peuvent se faire vacciner jusqu'à 26 ans. La vaccination est également recommandée dès l'âge de 9 ans et jusqu'à 19 ans pour les personnes immunodéprimées (greffe d'organe, séropositive au VIH...).^{6, 45}

L'efficacité de la vaccination est optimale lorsqu'elle est administrée avant toute exposition aux HPV, c'est-à-dire avant le début de la vie sexuelle. Cette stratégie vise à offrir une protection avant le début de l'activité sexuelle et à réduire les risques de cancers liés aux HPV.

Dans ce cas, la protection peut atteindre près de 100 %. Si la vaccination intervient après le début de la vie sexuelle, son efficacité diminue, car le vaccin ne protège pas contre les HPV auxquels la personne a pu être exposée.

I. 2. 7. 2. Vaccins disponibles

En France, deux vaccins⁴⁵ contre les HPV disposent d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour prévenir des infections liées à ces virus :

- ***Gardasil 9[®] (vaccin nonavalent)***

Ce vaccin protège contre neuf types de HPV : 16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52 et 58. Depuis le 31 décembre 2020, il a remplacé le Gardasil[®] (quadrivalent) qui n'est plus commercialisé.

Gardasil 9[®] offre une protection plus large, incluant des types de HPV impliqués dans le CCU, les cancers de l'anus et des organes génitaux externes, ainsi que des verrues anogénitales. Il est désormais recommandé pour toute nouvelle initiation de vaccination.⁴⁶

- **Cervarix[®] (vaccin bivalent)**

Ce vaccin cible uniquement les HPV 16 et 18. Selon l'avis du HCSP de février 2017, toute nouvelle initiation de vaccination doit se faire avec Gardasil 9[®].⁴⁷ Une vaccination commencée avec Cervarix[®] doit être poursuivie avec le même vaccin, car il n'est pas interchangeable avec Gardasil 9[®].⁴⁵

Recommandations particulières

La vaccination contre les HPV est également recommandée dans les cas suivants :

- **chez les enfants immunodéprimés** (filles et garçons) : dès 9 ans et jusqu'à 19 ans, notamment chez ceux ayant ou devant subir une transplantation d'organe.⁴⁸

- **chez les personnes immunodéprimées** (filles et garçons) : au même âge que la population générale (9 à 19 ans), avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans. Dans ce cas, un schéma à trois doses.^{45, 46, 47, 48}

Ces recommandations visent à protéger les individus les plus à risque d'infections à HPV et de complications, notamment les cancers.

I. 2. 7. 3. Schéma vaccinal

Le HCSP adapte ses recommandations sur le nombre d'injections et le schéma vaccinal en fonction de l'âge des patients et du vaccin utilisé :

- **Gardasil 9[®]** (recommandé depuis le 1^{er} janvier 2021)
 - **chez les filles et garçons entre 11 et 14 ans révolus** : deux doses espacées de 5 à 13 mois (idéalement à 6 mois).
 - **chez les filles et garçons entre 15 et 19 ans révolus** : trois doses selon le schéma M0, M2, M6 (0, 2, 6 mois).
 - **chez les HSH jusqu'à 26 ans révolus** : trois doses selon le schéma M0, M2, M6 (0, 2, 6 mois).^{45, 46}

Pour les schémas à trois doses, le respect des intervalles est essentiel :

- la 2^{ème} injection doit être réalisée au moins un mois après la 1^{ère},
- la 3^{ème} injection doit être effectuée au moins trois mois après la 2^{ème},

- l'ensemble de la vaccination doit être complète en moins d'un an.⁴⁶

Note : Toute nouvelle vaccination doit être initiée avec Gardasil 9[®] pour les personnes non vaccinées.

- **Cervarix[®]** (utiliser uniquement chez les filles ayant déjà été commencé avec ce vaccin)

- **chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans révolus** : deux doses espacées de 6 mois (M0, M6).

- **chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans révolus** : trois doses selon le schéma M0, M1, M6.⁴⁷

Note : Le vaccin Cervarix[®] ne doit être utilisé que pour compléter une vaccination déjà commencée avec ce vaccin. Il n'est pas recommandé pour débiter une nouvelle vaccination.

I. 2. 7. 4. Accessibilité et prise en charge

En France, les vaccins contre le HPV sont pris en charge par l'Assurance Maladie pour les filles et garçons âgés de 11 à 19 ans, ainsi que pour les HSH jusqu'à 26 ans. Le remboursement s'élève à 65 % sur présentation d'une prescription médicale.

La prise en charge est totale pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médicale d'État (AME). Toutefois, au-delà de l'âge recommandé par les autorités sanitaires, la vaccination n'est plus remboursée par la Sécurité Sociale. Elle reste néanmoins autorisée, mais les frais sont à la charge du patient.⁴

Le vaccin contre le HPV est inscrit sur la liste I des médicaments, ce qui signifie qu'il peut être prescrit par des médecins et des sages-femmes. Cependant, depuis la publication du décret du 8 août 2023 dans le journal officiel, la prescription et l'administration de ce vaccin sont également autorisées pour les pharmaciens, les infirmiers, ainsi que les internes en médecine et en pharmacie.⁴

Le vaccin peut être administré par les prescripteurs eux-mêmes ou par des infirmiers dans différents lieux de soins, notamment :

- les cabinets médicaux,

- les hôpitaux,
- les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD),
- les centres de vaccination,
- les plannings familiaux.

Dans ces trois types de structures (CeGIDD, centre de vaccination, planning familial), aucune avance de frais n'est requise pour la consultation.⁴

I. 2. 7. 5. Efficacité

La vaccination contre les HPV, en particulier contre les types 16 et 18, a démontré son efficacité dans la prévention de l'infection par ces virus à haut risque. Selon une méta-analyse de 2015⁴⁹, la prévalence des HPV 16 et 18 diminue de 64 % chez les filles vaccinées entre 13 et 19 ans par rapport aux non-vaccinées, avec une réduction significative des lésions précancéreuses de haut grade.

Une revue systématique de 2016, regroupant 58 études sur l'efficacité du vaccin quadrivalent, a montré des réductions maximales attendues de 90 % pour les infections à HPV 6, 11, 16, 18 ainsi que pour les condylomes, de 45 % pour les anomalies cervicales de bas grade, et de 85 % pour celles de haut grade.⁵⁰

La vaccination a également permis une réduction significative du risque de cancers liés au HPV. En Suède, par exemple, la vaccination systématique des jeunes filles de moins de 17 ans a entraîné une diminution de 75 % des lésions précancéreuses du col de l'utérus en 10 ans. Des résultats similaires ont été également observés en Australie, en Angleterre et au Canada, où plus de 70 % des jeunes filles sont vaccinées.⁷

I. 2. 7. 6. Couverture vaccinale dans le monde et en France

Depuis plus de 10 ans, près de 6 millions de doses de vaccin contre les HPV ont été administrées en France, et plus de 300 millions à l'échelle mondiale.⁴⁶

Cependant, la couverture vaccinale contre les HPV varie considérablement d'un pays à l'autre. En France, elle demeure faible par rapport à d'autres pays. À ce jour, seulement 33 % de la population française (44,7 % des filles et 15,8 % des garçons⁴⁵) est complètement vaccinée selon le schéma recommandé à 16 ans.

À l'échelle l'international, certains pays ont obtenu des résultats remarquables. En Australie et au Royaume-Uni, plus de 80 % des filles et des garçons reçoivent au moins une dose du vaccin à l'âge de 15 ans.^{45, 49, 50}

En France, des disparités importantes existent également entre les départements. Entre 2017 et 2019, le taux de couverture vaccinale national a atteint 58,2 %, mais il varie considérablement, allant de 38,7 % en Guyane à 68,1 % dans le Bas-Rhin.⁵¹

Afin d'améliorer la couverture vaccinale, les autorités sanitaires françaises ont fixé un objectif de 80 % d'ici 2030, dans le cadre du Plan Cancer 2021-2030. Ce plan s'inscrit dans la stratégie nationale de lutte contre les cancers et repose sur des actions de prévention, de dépistage, d'organisation des soins, de recherche, ainsi que sur l'accompagnement des patients, de leurs proches et de l'après-cancer.

Pour atteindre cet objectif, une campagne de vaccination généralisée contre les infections à HPV a été mise en place depuis septembre 2023 dans les établissements scolaires. Cette campagne gratuite s'adresse à tous les collégiens de 5^{ème} volontaires sous approbation parentale.⁴

I. 2. 7. 7. Complémentarité avec le dépistage

Il est essentiel de préciser que la vaccination contre les HPV ne protège pas contre tous les types de HPV responsables du CCU. Bien que la vaccination renforce la prévention, elle ne remplace pas le dépistage régulier (FCU ou test HPV-HR) selon les recommandations en vigueur. Ne protégeant ni contre le CCU ni contre les lésions précancéreuses, le dépistage reste recommandé pour toutes les femmes, vaccinées ou non.

I. 2. 8. Dépistage

En France, la prévention secondaire contre le CCU repose sur le dépistage par FCU, qui permet de détecter les lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade précoce, même en l'absence de symptômes.

I. 2. 8. 1. Objectifs du dépistage

Le FCU permet de :

- détecter les lésions précancéreuses avant leur évolution en cancer permettant ainsi un traitement précoce,
- identifier les CCU à un stade précoce,
- contribuer à la prévention du CCU.⁵²

I. 2. 8. 2. Types de tests de dépistage

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande plusieurs types de tests de dépistage, en fonction de l'âge et du pays :

- test de Papanicolaou, appelé PAP test (ou FCU conventionnel),
- test de détection de l'ADN des HPV à haut risque (test HPV-HR),
- cytologie en milieu liquide (frottis en couche mince),
- inspection visuelle à l'acide acétique.¹⁴

En France, les deux premiers tests (FCU et test HPV-HR) sont les tests de référence. Ils nécessitent tous deux un prélèvement cervico-vaginal, réalisé par un professionnel formé au geste (gynécologue, sage-femme...).¹⁴

Le frottis est un examen rapide (environ 5 minutes) et indolore, pratiqué uniquement avec le consentement de la patiente. Il peut être effectué dans divers lieux de soins : cabinets de gynécologie, hôpitaux, centres de santé, centres mutualistes, ainsi que dans certains laboratoires de biologie médicale.²

▪ Test de Papanicolaou (ou PAP test) : FU conventionnel

Le FCU est le test de référence en France pour la détection des anomalies cellulaires et des lésions précancéreuses. Il consiste en un prélèvement cervico-vaginal effectué par un professionnel formé. Le dépistage vise à détecter des anomalies cellulaires, telles que les koïlocytes. Bien que la présence de koïlocytes dans un frottis ne soit pas indispensable pour établir un diagnostic, c'est l'anomalie la plus fréquemment rencontrée.^{53, 54}

Recommandé chez les femmes de moins de 30 ans, ce test présente une sensibilité d'environ 50 % pour les lésions précancéreuses, avec une spécificité de 96 à 98 %.⁵ La qualité du prélèvement joue un rôle crucial dans la précision des résultats.

- ***Test de détection de l'ADN des HPV à haut risque oncogène (test HPV-HR)***

Il s'agit d'une méthode de détection moléculaire permettant d'identifier les acides nucléiques des génotypes de HPV à haut risque oncogène, responsables de lésions précancéreuses.⁵ Cette technique permet d'identifier la présence de HPV susceptibles de provoquer ces lésions précancéreuses.

Ce test n'est recommandé que pour les femmes de plus de 30 ans. En effet, l'OMS ne préconise pas l'utilisation systématique de ce test chez les femmes plus jeunes, car il est plus coûteux que l'examen cytologique et son efficacité dans cette tranche d'âge est moins marquée.¹⁴

Le test HPV-HR est plus sensible que le frottis pour détecter les lésions de haut grade, ce qui permet de réduire l'incidence du CCU de 60 à 70 %.^{55, 56}

Le test HPV-HR en dépistage primaire est remboursé depuis le 1^{er} avril 2020.⁵⁷

- ***Auto-prélèvement vaginal pour le test HPV-HR***

À domicile, simple et non douloureux, ce test est proposé principalement aux femmes de plus de 30 ans peu ou pas encore dépistées. (cf. annexe 2⁵⁶) Le prélèvement est ensuite envoyé à un laboratoire pour analyse.^{9, 57}

I. 2. 8. 3. Fréquence du dépistage

Le dépistage du CCU doit être effectué chez toutes les femmes, y compris celles qui sont ménopausées ou vaccinées contre le HPV.

Selon l'âge, les recommandations et techniques de dépistage varient :

- ***Entre 25 et 29 ans*** : Deux tests cytologiques (FCU) sont réalisés à un an d'intervalle. Puis, si les résultats sont normaux, le dépistage se poursuit tous les trois ans (cf. annexe 3⁵) En cas de résultat positif, un test HPV-HR est recommandé. Si le test HPV-HR est positif, une colposcopie est prescrite. Si le test HPV-HR est négatif, le suivi est repoussé à trois ans. Le test HPV-HR n'est pas recommandé dans cette tranche d'âge, car les anomalies cellulaires sont fréquentes et souvent transitoire.

- ***De 30 à 65 ans*** : Dépistage recommandé avec le test HPV-HR tous les cinq ans. En cas de résultat positif, un examen cytologique réflexe (sur le même prélèvement) est recommandé. Si le frottis est positif, une colposcopie est prescrite.^{2, 9} Si le frottis est négatif au

test cytologique réflexe, un test HPV-HR doit être effectué à nouveau dans un an. Si le test HPV-HR est négatif, le suivi est repoussé à cinq ans. (cf. annexe 4⁵)

- **Femmes vivant avec le VIH** : Un test est recommandé tous les trois ans à partir de 25 ans, en raison du risque accru de ces femmes.

Note : Il a été prouvé que le rapport bénéfice-risque n'est pas favorable au dépistage précoce. En effet, beaucoup de lésions précancéreuses détectées à ce stade ont de fortes chances de disparaître spontanément. Bien que les cancers invasifs induits par le HPV ne soient pas inexistantes chez les jeunes filles, ils restent extrêmement rares. Selon l'Institut National du Cancer (INCa), on dénombre 1 cas sur 100 000 femmes entre 0 et 19 ans et 9 cas sur 100 000 femmes entre 20 et 24 ans.⁵⁸

I. 2. 8. 4. Recommandations pratiques pour le frottis

Le moment idéal pour réaliser le FCU se situe généralement au milieu du cycle menstruel, ou à défaut, à distance des règles. En cas d'infection ou de traitement vaginal en cours, il est recommandé de reporter le dépistage. Il est également préférable d'éviter les rapports sexuels 24 à 48 heures avant le test pour garantir des résultats précis.

I. 2. 8. 5. Importance du dépistage précoce

Le dépistage régulier du CCU permet de détecter les lésions précancéreuses et de les traiter avant qu'elles ne deviennent cancéreuses. Chaque année, environ 35 000 lésions précancéreuses sont ainsi détectées et traitées en France grâce à ce dépistage.¹⁴ Le taux de participation est essentiel, car 70 % des cas de CCU surviennent chez des femmes qui ne participent pas au dépistage ou qui ne suivent pas les recommandations.³³

Depuis 20 ans, ce dépistage a contribué à réduire de moitié le nombre de nouveaux cas et de décès liés à ce cancer. En outre, il permet d'offrir des traitements moins invasifs lorsque la tumeur est détectée à un stade précoce. Le traitement des lésions précancéreuses donne ainsi de bien meilleurs résultats que celui d'un cancer déjà développé.

Bien que le vaccin contre le HPV protège contre certains génotypes du virus, il ne couvre pas l'ensemble des types responsables des CCU. De plus, la couverture vaccinale reste

insuffisante pour garantir une protection complète. C'est pourquoi le dépistage demeure un outil essentiel pour la prévention du CCU.

I. 2. 9. Programme National de Dépistage Organisé (PNDO)

En France, le taux de couverture du dépistage du CCU est d'environ 60 %. Ce taux diminue après 50 ans, en particulier chez les femmes ayant des problèmes de santé complexes ou celles qui ont un accès limité au système de santé, souvent en raison de situations sociales ou économiques défavorisées.

Pour relever ce défi de santé publique, un Programme National de Dépistage Organisé (PNDO) a été mis en place par l'arrêté du 4 mai 2018. Les principaux objectifs de ce programme sont les suivants :

- réduire l'incidence et la mortalité du CCU en France,
- améliorer l'information, la qualité du suivi médical, ainsi que des soins associés.

Le programme vise à atteindre une couverture de 80 % de la population cible, avec pour objectif ambitieux une réduction de 30 % des décès liés au CCU sur une période de 10 ans.¹

Le PNDO s'adresse à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, qu'elles soient enceintes, ménopausées ou vaccinées contre le HPV. Une attention particulière est accordée aux populations vulnérables ou éloignées du système de santé. Ainsi, le programme garantit à chaque femme un accès égal au dépistage du CCU sur l'ensemble du territoire, tout en assurant un haut niveau de qualité.

I. 2. 9. 1. Modalités de mise en œuvre et prise en charge financière

Les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) sont chargés de la mise en œuvre du programme.

Leurs principales missions incluent :

- l'envoi d'invitations aux femmes n'ayant pas effectué leur dépistage depuis au moins trois ans,
- la mise en place d'actions spécifiques pour les populations vulnérables,
- le suivi des femmes ayant un résultat positif au dépistage.¹

Le coût de l'examen cytologique et du test HPV est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais, pour les femmes ayant reçu une invitation officielle à se faire dépister, qu'elle soit dématérialisée ou postale.

I. 2. 9. 2. Invitation au dépistage et information aux médecins

Depuis janvier 2024, l'Assurance Maladie envoie des invitations aux femmes n'ayant pas effectué leur dépistage dans les délais recommandés. Les patientes disposant d'un compte Ameli reçoivent une invitation dématérialisée, valable pendant six mois, tandis que celles sans compte Ameli reçoivent une invitation papier. La présentation de ces invitations (dématérialisées ou non) permet la prise en charge à 100 % de l'analyse du prélèvement.

L'Assurance Maladie transmet également aux médecins traitants une liste de leurs patientes n'ayant pas participé au PNDO. Cette démarche aide les médecins à identifier les femmes éligibles au dépistage et de les informer. Toutefois, les patientes ont la possibilité de s'opposer, de manière transitoire ou définitive, à cette transmission d'informations en se rendant sur le site dédié de l'Assurance Maladie.⁵⁹

I. 2. 10. Autres moyens de prévention

L'utilisation du préservatif offre une protection partielle contre les infections à HPV. En effet, bien que la transmission du virus soit principalement associée à la pénétration pénienne, le HPV peut également être présent sur la peau non protégée (par exemple, le périnée ou les bourses). Ainsi, bien que les préservatifs réduisent le risque de transmission, ils ne garantissent pas une protection complète contre l'infection. La vaccination demeure la seule méthode de prévention pleinement efficace.

D'autres mesures peuvent également aider à réduire le risque d'infection par le HPV, telles que :

- ne pas fumer ou arrêter de fumer,
- envisager la circoncision masculine volontaire.¹⁴

Enfin, une meilleure sensibilisation du public, ainsi qu'un meilleur accès à l'information et aux services de santé, sont essentiels pour lutter contre l'infection à HPV tout au long de la vie.

I. 3. Disparités socio-économiques

I. 3. 1. Inégalités socio-territoriales

Lorsqu'un individu voit son état de santé influencé par son appartenance à un groupe social ou à un territoire, des disparités ou inégalités socio-territoriales peuvent émerger. En effet, les déterminants de la santé d'un individu sont nombreux et influencés non seulement par des facteurs directement liés à son état de santé, mais aussi par des éléments extérieurs à la santé elle-même, tels que son mode de vie et ses conditions sociales (emploi, niveau d'éducation...) ⁶⁰ Le diagramme de Whitehead et Dahlgren (cf. figure 9) illustre parfaitement cette réalité.

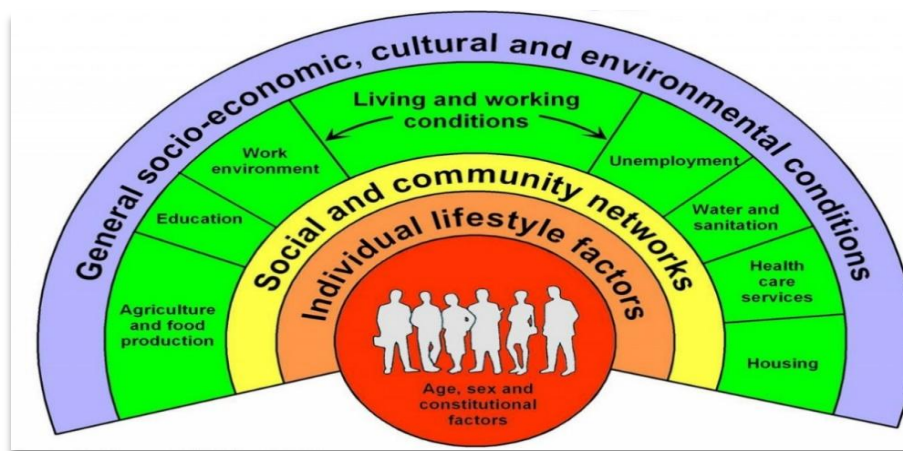


Figure 9 : Diagramme de Whitehead et Dahlgren ⁶¹

Les conclusions que l'on peut tirer de cette situation sont nombreuses, la principale étant que les déterminants de l'état de santé d'un patient sont résolument pluridimensionnels. De plus, la performance du système de soins ne peut à elle seule expliquer l'état de santé des individus. En effet, cet état dépend non seulement de facteurs individuels, qu'ils soient cliniques ou comportementaux, mais aussi de l'interaction complexe entre ces déterminants personnels, le contexte de vie et les facteurs socio-économiques.

En conséquence, l'amélioration de l'état de santé d'une population nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs sociaux. Cela est particulièrement bien illustré par les pays nordiques, qui mènent une lutte active contre les inégalités sociales de santé, soutenue par des programmes de santé publique spécifiquement adaptés à leurs contextes sociaux et économiques.⁶²

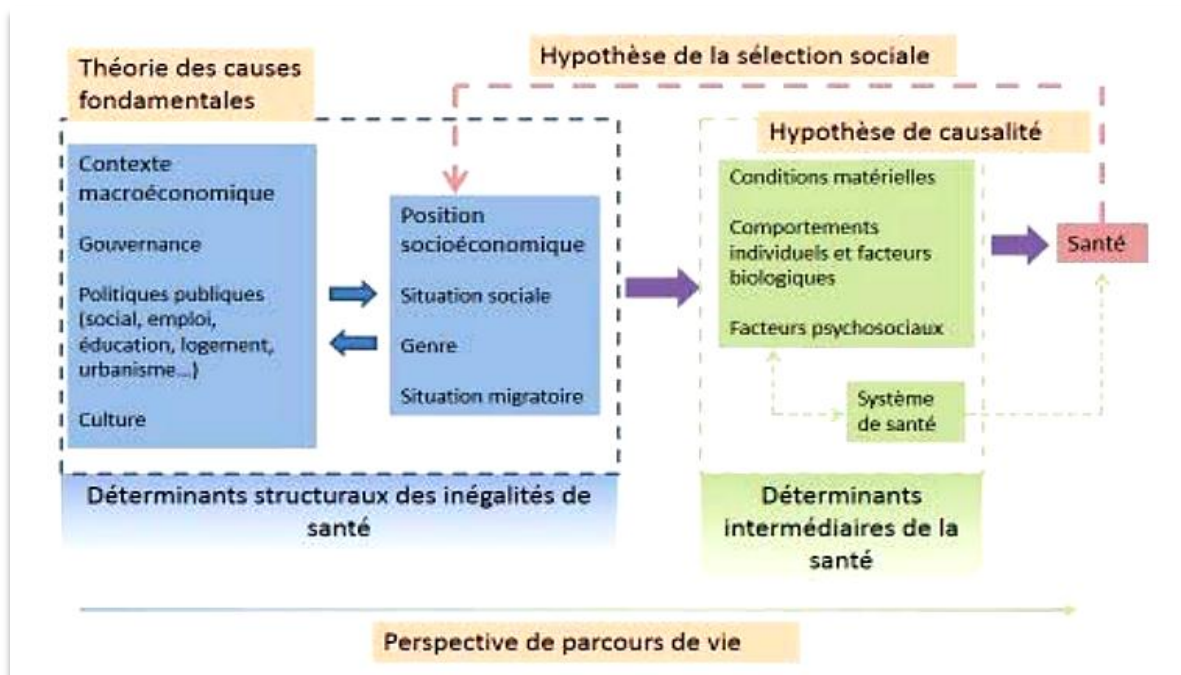


Figure 10 : Modèle explicatif des inégalités sociales d'après le modèle des déterminants sociaux de la santé de l'OMS⁶³

I. 3. 2. Inégalités dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Des inégalités existent en ce qui concerne l'incidence des pathologies cancéreuses. Une étude récente, portant sur l'ensemble des cas de cancers enregistrés dans les registres de cancer en France, a montré que certains cancers sont plus fréquents dans les populations défavorisées, tandis que d'autres touchent davantage les populations favorisées.⁶⁴ Environ un adulte sur cinq (21 %) rencontre des difficultés pour accéder aux premiers soins en France.⁶⁵

De plus, même lorsque l'accès aux soins est garanti, la qualité des soins reçus peut être inégale, souvent en raison d'un manque de coordination entre les différents acteurs du système de santé.⁶¹ Les inégalités d'accès aux soins sont fréquemment liées aux caractéristiques socio-économiques, géographiques, culturelles ou ethniques des patients.⁶⁵

Faciliter l'accès aux médecins généralistes, premiers recours dans le système de santé, permettrait d'améliorer les soins de santé de la population en général, notamment en ce qui concerne le dépistage. Plus spécifiquement pour le CCU, cette amélioration de l'accès aux soins primaires pourrait jouer un rôle clé dans la détection précoce et la réduction des inégalités liées à cette pathologie.

I. 3. 3. Démographie du Cher et d'Indre-et-Loire

I. 3. 3. 1. Département du Cher

La démographie du Cher se distingue par une faible densité de population, nettement inférieure à la moyenne nationale et régionale. En 2021, le département comptait 299 573 habitants, avec une répartition de la population féminine détaillée dans le tableau 1.⁶⁷ Classé au 75^{ème} rang national en termes de population, le département du Cher affiche une densité de 41,4 habitants par km², soit trois fois moins que la moyenne nationale, qui s'élève à 106,5 habitants par km² cette même année.⁶⁶

Classe d'âge (années)	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89	90 +	Total
Nombre de femmes	22 960	20 351	24 435	30 895	32 778	18 625	4 061	154 105
Répartition en %	14.9	13.2	15.9	20.0	21.3	12.1	2.6	

Tableau 1 : Répartition de la population féminine par tranche d'âge dans le département du Cher en 2023⁶⁷

Le Cher se caractérise par une population vieillissante, dont le volume stagne depuis les années 1920 et diminue depuis 2007. La part des moins de 20 ans y est inférieure à la moyenne nationale, tandis que celle des séniors est plus élevée.

Le département affiche un taux d'inactivité similaire à celui de la France, mais un pourcentage important d'actifs en emploi précaire.

Le taux de jeunes sortis du système scolaire sans diplôme y est supérieur à la moyenne nationale, tout comme la proportion des jeunes en situation de non-insertion. En 2021, le taux de scolarisation des 15-17 ans atteignait 94,6%, tandis que celui des 18-24 ans chutait à 35,9%.⁶⁷ Par conséquent, la proportion de diplômés Bac+2 dans le Cher est bien inférieure à la moyenne nationale.⁶⁸

I. 3. 3. 2. Département d'Indre-et-Loire

La démographie de l'Indre-et-Loire se caractérise par une densité de population inférieure à la moyenne nationale, mais supérieure à celle de la région. En 2021, le département comptait 612 160 habitants, avec une répartition de la population féminine détaillée dans le tableau 2⁷⁰. Il se classe au 41^{ème} rang national en termes de densité de population. Sa densité, de 99,9 habitants par km², reste inférieure à celle de la France entière, qui s'élève à 106,5 habitants par km².⁶⁹

Classe d'âge (années)	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89	90 +	Total
Nombre de femmes	49 056	55 679	54 705	60 810	57 640	32 453	7 110	317 904
Répartition en %	15.6	17.5	17.2	19.1	18.1	10.2	2.2	

Tableau 2 : Répartition de la population féminine par tranche d'âge dans le département d'Indre-et-Loire en 2023⁷⁰

L'Indre-et-Loire présente une population vieillissante, dont la proportion de personnes âgées a augmenté depuis les années 1950. La part des jeunes y est proche de la moyenne nationale et régionale. Le taux d'inactivité est inférieur à celui observé au niveau national et régional, tout comme la part d'emplois précaires, qui reste comparable aux moyennes nationale et régionale.

Concernant l'éducation, la part des jeunes sortis du système scolaire sans diplôme et des jeunes non insérés est inférieure à la moyenne nationale et régionale. En 2021, le taux de scolarisation des 15-17 ans était de 96,6 % et celui des 18-24 ans de 58,2 %.⁷⁰ Enfin, la

proportion de la population de 15 ans et plus ayant un niveau de diplôme d'au moins Bac+2 est supérieure à la moyenne régionale, bien qu'elle soit légèrement inférieure à celle de la France.⁷¹

I. 3. 3. Niveau socio-économique

Comparés à l'ensemble du territoire, les départements du Cher et d'Indre-et-Loire présentent des disparités notables en termes de niveau de vie. En effet, le revenu médian dans le Cher est nettement inférieur à la moyenne nationale, tandis qu'en Indre-et-Loire, il reste inférieur à celui de la France, mais dépasse celui de la région Centre Val-de-Loire.

Concernant l'espérance de vie, les habitants d'Indre-et-Loire bénéficient d'une espérance de vie similaire à celle observée au niveau national, tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, dans le Cher, l'espérance de vie est réduite d'environ deux ans par rapport à la moyenne nationale. (cf. tableau 3 ^{67, 70, 72})

	Cher⁶⁷	Indre-et-Loire⁷⁰	National⁷²
Revenu médian en 2021 (euros)	22 100	23 140	24 330
Part de ménages fiscaux imposés en 2021 (%)	49,2	52,7	44,7
Taux de pauvreté 2021 (%)	14,7	12,8	14,4
Espérance de vie en 2023 (années)			
<i>Hommes</i>	77,7	80,6	80,0
<i>Femmes</i>	83,9	86,3	85,7

Tableau 3 : Indicateurs socio-économiques et de santé des départements du Cher et d'Indre-et-Loire en comparaison avec le niveau national^{67, 70, 72}

I. 3. 3. 4. Accès aux soins

En 2023, la densité de médecins généralistes sur le territoire français est de 147 pour 100 000 habitants. Les départements du Cher et d'Indre-et-Loire figurent parmi ceux où la densité de médecins est la plus faible de France.⁷³

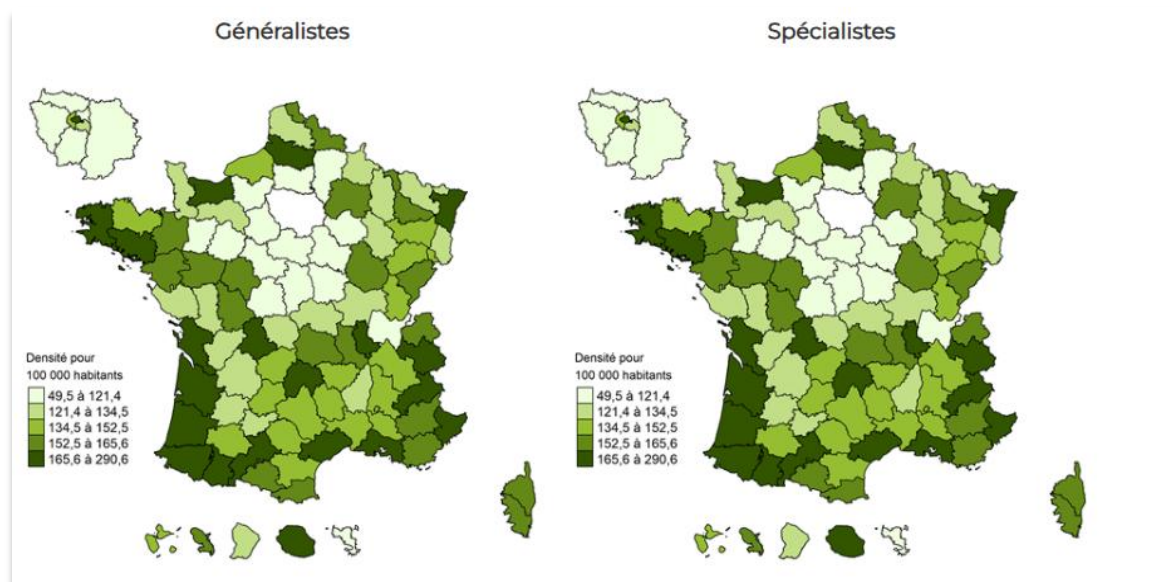


Figure 11 : Densité de médecins généralistes et de spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2023⁷³

Compte tenu de sa non-évolution au cours des dix dernières années, la densité de médecins généralistes dans le département d’Indre-et-Loire reste inférieure à la moyenne nationale, avec seulement 161 médecins pour 100 000 habitants.

En revanche, la situation est encore plus préoccupante dans le département du Cher, où la densité de médecins a fortement chuté. En dix ans, le Cher a perdu 23 points, passant de 120 médecins pour 100 000 habitants en 2013 à seulement 97 en 2023.⁷⁴

Professionnels de santé en activité (effectif)	Médecins généralistes	Gynécologues	Sages-femmes
Cher	188	11	22
Indre-et-Loire	619	39	89

Tableau 4 : Effectifs de médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes en activité dans les départements du Cher et d’Indre-et-Loire en 2024⁷⁴

I. 3. 3. 5. Taux de participation au dépistage du cancer du col de l’utérus

En France, le taux de participation au dépistage du CCU s'élevait à 59,8 % pour la période 2020-2022, marquant une augmentation constante depuis les années 2017-2019.⁷⁵ Les départements du Cher et d'Indre-et-Loire présentent respectivement des taux de participation de 60,4 % et 61,3 %, dépassant ainsi la moyenne nationale.

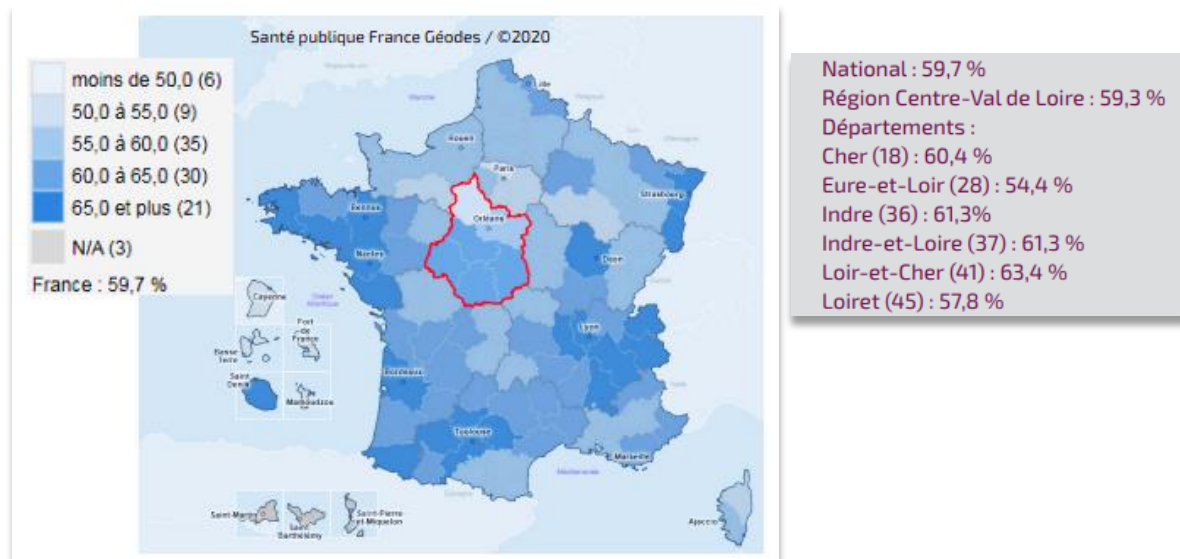


Figure 12 : Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus 2019-2021⁷⁵

Cependant, le taux d'incidence standardisé du CCU dans la région est resté inférieur à la moyenne nationale au cours de la même période.⁷⁶

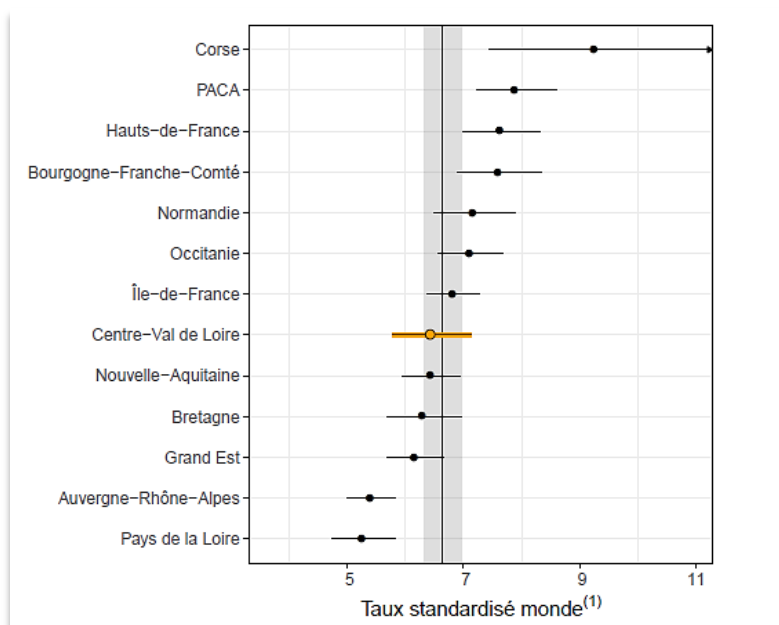


Figure 13 : Taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus 2007-2016⁷⁶

Entre 2007 et 2016, on estimait à 16 le nombre de nouveaux cas de CCU dans le département du Cher et à 34 dans celui d'Indre-et-Loire, soit respectivement 13,11 % et 28,87 % des nouveaux cas recensés dans la région Centre-Val de Loire.⁷⁶

	Incidence 2007-2016		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾
Cher-18	16[13 ; 21]	6,6[5,1 ; 8,6]	0,98[0,85 ; 1,13]
Eure-et-Loir-28	19[15 ; 24]	5,8[4,6 ; 7,5]	0,94[0,81 ; 1,08]
Indre-36	13[10 ; 17]	6,9[5,2 ; 9,3]	0,99[0,85 ; 1,15]
Indre-et-Loire-37	34[28 ; 41]	8,0[6,6 ; 9,7]	1,01[0,88 ; 1,16]
Loir-et-Cher-41	15[12 ; 20]	6,0[4,7 ; 8,0]	0,93[0,80 ; 1,08]
Loiret-45	24[20 ; 30]	5,3[4,3 ; 6,6]	0,90[0,77 ; 1,02]

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

TSM : taux d'incidence standardisés ; SIR(IC) : rapports standardisés d'incidence lissés avec intervalle de confiance à 95%

Figure 14 : Col de l'utérus, situation infra-régionale en Centre-Val de Loire : estimation du nombre annuel de nouveaux cas 2007-2016⁷⁶

II. MATÉRIELS ET MÉTHODE

II. 1. Objectifs de l'étude

II. 1. 1. Objectif principal

Cette étude vise à mettre en évidence les difficultés rencontrées par les soignants dans le cadre du dépistage du CCU dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire.

II. 1. 2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- d'évaluer s'il existe un profil type de patiente peu ou pas observante au dépistage du CCU,
- de rechercher les facteurs socio-économiques pouvant expliquer les absences ou manquements d'observance au dépistage du CCU,
- de recueillir les suggestions des praticiens pour promouvoir le dépistage du CCU.

II. 2. Protocole de l'étude

II. 2. 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, constituée de dix entretiens semi-dirigés, avec des médecins généralistes exerçant dans les départements du Cher (18) et d'Indre-et-Loire (37). L'ensemble des entretiens a été réalisé selon le même mode opératoire, entre la période du 22 novembre 2024 au 6 février 2025.

II. 2. 2. Sélection des médecins interrogés

Critères d'inclusion / non-inclusion

Les médecins sélectionnés pour l'entretien devaient répondre aux exigences suivantes :

- médecin thésé, spécialiste en médecine générale,
- ayant une activité libérale ou salariée en cabinet de médecine de ville,
- exerçant uniquement dans les départements suivants : Cher ou Indre-et-Loire.

II. 3. Mode opératoire

II. 3. 1. Cadre contractuel de la communication

Les médecins sélectionnés répondant aux critères d'inclusion ont été contactés dans un premier temps par courriel afin de les inviter à participer à l'étude. Avant chaque entretien, les praticiens ont été informés par courriel du mode opératoire détaillant les différentes étapes de l'entretien. (cf. annexe 5).

Chaque entretien a été réalisé soit en visioconférence, soit en présentiel, en fonction de la disponibilité du praticien. Le consentement oral du praticien a été recueilli au début chaque entretien pour sa participation à l'étude, l'enregistrement de l'entretien, et l'utilisation des données retranscrites. Chaque entretien a été enregistré à l'aide de l'application « *Enregistreur vocal* » du téléphone portable.

Il convient de noter que tous les entretiens ont été menés jusqu'à la dernière question. Aucune information relative à l'identité des praticiens n'a été demandée au cours des entretiens.

II. 3. 2. Interventions de l'enquêteur

Au cours des entretiens, l'enquêteur a adopté une attitude d'écoute attentive et active, avec respect des silences. Il a essayé d'intervenir le moins possible, que ce soit pour reformuler des termes employés, recentrer la discussion sur le sujet, ou encore poser des questions plus précises sur le sujet spontanément abordé par le praticien. Il prenait des notes au cours de l'entretien, notamment sur les thèmes abordés et les éventuelles questions de relance.

L'objectif était de laisser le praticien aller jusqu'au bout de son raisonnement sans interruption et de l'amener à développer ses points de vue dans un second temps.

II. 4. Guide d'entretien

Le canevas d'entretien débutait par une phrase de présentation de l'investigateur et de son travail de thèse. Les modalités (durée, enregistrement, retranscription, anonymat) étaient

rappelées au début de chaque entretien. Un accord oral de consentement était recueilli avant le début des questions.

Détails du guide d'entretien

Le guide d'entretien était organisé en deux parties distinctes. (cf. annexe 6)

1^{ère} partie de l'entretien

La première partie de l'entretien a pour objectif d'établir le profil socio-démographique du praticien interrogé à travers sept questions courtes et fermées. Cette section dure généralement environ trois minutes et porte sur les variables suivantes :

- sexe du praticien,
- âge du praticien,
- mode d'exercice (libéral / salarié),
- nombre d'années de pratique (réparti en classes de 5 ans),
- département d'exercice (Cher / Indre-et-Loire),
- territoire d'exercice couvert (rural / semi-rural / urbain),
- formation(s) complémentaire(s) autre(s) que celle portant sur la médecine générale,
- formation gynécologique (stages, conférences...).

2^{ème} partie de l'entretien

La deuxième partie de l'entretien consiste en 11 questions ouvertes ou à choix multiple et dure environ 20 minutes. Cette phase de l'entretien s'intéresse à :

- analyser les pratiques des praticiens en matière de dépistage du CCU au sein des cabinets,
- explorer les difficultés rencontrées et rechercher les origines liées aux patientes ou au praticien,
- établir le profil type des patientes peu ou non observantes dans le cadre du dépistage du CCU,
- rechercher les facteurs socio-économiques expliquant ces problèmes d'observance.

II. 5. Autorisations et accord du comité d'éthique

Chaque praticien de santé était libre de refuser de participer à l'étude ou de refuser de répondre à une ou plusieurs questions lors de l'entretien.

L'étude a été déclarée et approuvée le 4 novembre 2024 par le groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours. L'étude portait le numéro de projet 2024 - 009. (cf. annexe 7)

II. 6. Traitement des entretiens

Retranscription

Après la fin de chaque entretien, l'enregistrement était retranscrit manuellement à l'aide du logiciel de traitement de texte Word[®], sans reformulation, afin de permettre son exploitation. Les entretiens retranscrits ont tous été anonymisés et réalisés un à un. Les réponses aux questions fermées ont été intégrées dans un tableur Excel[®] pour permettre leur analyse.

Pour des raisons écologiques, la transcription des entretiens ne figure pas dans les annexes de cette thèse, mais elle reste disponible sur simple demande auprès de l'enquêteur.

II. 7. Analyses des données

II. 7. 1. Analyse qualitative

L'étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-directifs jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, puis analysés dans l'ordre du recueil des données. Une analyse manuelle du *verbatim* était réalisée selon l'analyse de la théorie ancrée.

L'exploration des processus a été réalisée de façon à faire émerger une théorie, en réalisant des allers-retours constants entre la collecte des données et l'analyse de celles-ci, afin d'arriver à une compréhension nouvelle d'un phénomène (théorie ancrée).

Pour ce faire, les entretiens ont été relus à plusieurs reprises pour garantir une analyse aussi exhaustive que possible. La première étape consistait en une lecture flottante, de type intuitive, permettant de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien. Ensuite, une deuxième lecture focalisée de chaque entretien a été ensuite effectuée afin de découper le *verbatim* en unités de sens. Les nœuds et sous-nœuds qui en émergeaient ont alors été restitués par ordonnancement logique des catégories obtenues.

II. 7. 2. Analyses statistiques

Bien que cette étude soit qualitative, des analyses statistiques univariées ont été réalisées sur les caractéristiques des praticiens à l'aide du logiciel Excel[®], permettant ainsi de calculer des indices de dispersion (moyenne, écart-type) et des pourcentages.

III. RÉSULTATS

Au cours de la période dix entretiens ont été menés, pour une durée totale d'enregistrement de 3 heures et 29 minutes. La durée moyenne d'un entretien est de 22 minutes, avec des variations allant de 12 à 34 minutes.

III. 1. Démographie

III. 1. 1. Caractéristiques des praticiens

Les praticiens interrogés présentaient les caractéristiques suivantes :

- six femmes et quatre hommes,
- un âge moyen de 46 ans, avec des âges variant de 31 à 65 ans,
- sept praticiens exerçaient en libéral et trois en salariat,
- trois praticiens exerçaient dans le département d'Indre-et-Loire, tandis que sept travaillaient dans le Cher,
- cinq praticiens avaient plus de 10 ans d'expérience, trois disposaient d'une expérience comprise entre 5 et 10 ans, et deux pratiquaient depuis moins de 5 ans,
- l'ensemble des praticiens interrogés dans l'Indre-et-Loire exerçait en milieu urbain, tandis que dans le département du Cher, deux praticiens exerçaient en milieu rural, deux en zone semi-urbaine et trois en milieu rural,
- la moitié des praticiens avait suivi une ou plusieurs formations complémentaires en dehors de la médecine générale,
- trois praticiens étaient formés en gynécologie.

Les caractéristiques des praticiens sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Praticien	Sexe	Âge (ans)	Mode d'exercice	Années de pratique	Dépt	Territoire couvert	Formation autre que médecine générale	Formation gynécologie
P1	F	60	libéral	> 10 ans	18	semi-rural	DU tabacologie, DU nutrition, DU éducation thérapeutique	Formation gynécologique pour les généralistes (2 ans)
P2	H	48	salarié	> 10 ans	37	urbain	DU médecine personne âgée, DU médecine manuelle et ostéopathie, DU médecine tropicale, Capacité en médecine du sport, Capacité en médecine catastrophe	Formation du CNGE (frottis, pose/dépose de dispositifs intra-utérins)
P3	H	41	salarié	< 5 ans	37	urbain	X	X
P4	F	47	libéral	> 10 ans	18	urbain	DU médecine de voyage, DU tabacologie, Capacité médecine du sport	X
P5	H	35	salarié	5-10 ans	37	urbain	X	X
P6	F	63	libéral	> 10 ans	18	rural	X	X
P7	H	31	libéral	< 5 ans	18	urbain	X	X
P8	F	37	libéral	5-10 ans	18	semi-rural	X	X
P9	F	65	libéral	> 10 ans	18	rural	X	X
P10	F	36	libéral	5-10 ans	18	urbain	DESC médecine générale, DU sexologie	DU gynécologie et contraception

F : femme ; H : homme ; Dépt : département ; 18 : Cher ; 37 : Indre-et-Loire ; DU Diplôme Universitaire ; DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires ; CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

Tableau 5 : Récapitulatif des données démographiques des praticiens interrogés

III. 1. 2. Caractéristiques de la patientèle

III. 1. 2. 1. *Département du Cher*

Dans le département du Cher, les praticiens présentaient des patientèles diversifiées, tant sur le plan de l'âge que du statut socio-économique, avec une variation notable en fonction de la zone d'exercice. Ils les décrivaient différemment selon leur territoire d'exercice.

En zone rurale :

P6 définissait sa patientèle comme « *variée* », avec un mélange de personnes âgées et de jeunes, et la qualifiait de « *plutôt moyen ou basse* » sur le plan économique.

P9 évoquait, quant à elle, une patientèle « *vieillissante* », principalement composée de « *personnes âgées* ».

En zone semi-rurale :

P1 décrivait sa patientèle comme étant « *très jeune* », avec « *beaucoup d'enfants* ».

P8 mentionnait des patients « *plutôt jeunes* » avec une tranche d'âge « *entre 20 et 70 ans* », composés principalement de « *couples avec des enfants* » et « *plutôt aisés* ». Elle précisait également qu'il y a « *très peu de CMU* » et « *peu de personnes immigrées* ».

En zone urbaine :

P4 indiquait avoir une patientèle « *de tout âge* », allant des bébés aux personnes âgées.

P7 parlait d'une patientèle « *assez âgée* », en majorité « *défavorisée* », notamment des personnes issues de l'environnement agricole, précisant que ce sont « *pas forcément les plus riches* ».

P10 évoquait une patientèle « *mixte* », caractérisée par une « *catégorie socio-économique moyenne, voire CSP+* ».

III. 1. 2. 2. Département d'Indre-et-Loire

Dans le département d'Indre-et-Loire, les praticiens, exerçant tous en milieu urbain, faisaient état d'une population majoritairement défavorisée, avec une forte proportion de précarité sociale, économique et migratoire.

P2 décrivait une patientèle caractérisée par « *beaucoup de précarité sociale* », avec une proportion importante de patients bénéficiaires de l'AME et de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). Il a également mentionné également une forte présence de « *situations sociales difficiles* » et de « *grande précarité financière* ».

P3 présentait une patientèle majoritairement composée de personnes âgées, avec une forte proportion de « *gériatrie* » (75 à 103 ans). Il qualifiait également cette population d' « *assez défavorisée* », aux « *revenus très modestes* », tout en précisant qu'il y a « *quelques patients* » issus de la classe moyenne et d'autres occupant « *des fonctions élevées* ». Néanmoins, il soulignait que « *la grande majorité, 95 % de la population* », appartenait à un « *contexte socio-économique défavorable* ».

P5 mentionnait une patientèle majoritairement « *issue de la migration* » avec « *des patientes précaires et migrantes* ».

III. 2. Pratique autour du frottis cervico-utérin

III. 2. 1. Réalisation du frottis cervico-utérin

Parmi les dix praticiens interrogés, quatre réalisaient eux-mêmes les FCU (P1, P8, P9, P10), tandis que six ne les pratiquaient pas (P2, P3, P4, P5, P6, P7).

Les praticiens effectuant les dépistages par frottis soulignaient systématiquement l'importance de laisser le choix de l'opérateur à la patiente :

P1 : « *Je leur dis que je fais de la gynéco et que si elles ont besoin, je peux.* »

P8 : « *Je leur donne le choix. Je n'oblige en rien.* »

P9 : « *Ce sont elles qui choisissent.* »

Certains praticiens (P1, P8) avaient également souligné que, dans le cas où les patientes avaient déjà un suivi gynécologique par un gynécologue ou une sage-femme, ils les encourageaient à le poursuivre avec ces professionnels :

P8 : « *Si elles ont un gynéco ou une sage-femme, je leur dis de reprendre rendez-vous.* »

Pour les six praticiens ne réalisant pas les FCU, les raisons évoquées par ces derniers font l'objet d'une réponse aux difficultés rencontrées par les praticiens. (cf. partie III.3.2.)

III. 2. 2. Orientation vers un autre professionnel de santé

Hormis dans les cas où les patientes bénéficiaient déjà d'un suivi gynécologique avec un gynécologue, certains praticiens (P2, P5, P6, P7) préféraient orienter les patientes vers des sages-femmes avec lesquelles ils avaient établi un partenariat.

P7 : « *On travaille avec une sage-femme dans la maison de santé.* »

De leur côté, trois praticiens (P4, P8, P10) privilégiaient exclusivement l'adressage vers un laboratoire pour réaliser les examens.

P8 : « *Si elles n'ont pas reçu le courrier de la sécu, je fais l'ordonnance pour qu'elles aillent au laboratoire le faire.* »

P10 : « *Si elles refusent le suivi par le médecin traitant, j'envoie au laboratoire.* »

III. 2. 3. Suivi de l'observance et de la planification des futurs frottis

Neuf praticiens sur dix affirmaient s'assurer de la bonne observance des FCU dans le cadre du dépistage du CCU. Cette démarche était caractérisée par une notion de régularité et de systématisation dans leurs pratiques.

P1 : « *Je leur demande régulièrement si elles ont fait leur frottis. », « On se cale aux recos. »*

P2 : « *J'harcèle volontiers mes patients sur le dépistage. »*

P3 : « *C'est des questions que je pose systématiquement. »*

P5 : « *Je suis de façon assez scrupuleuse les dépistages. »*

P7 : « *J'essaie de poser la question à chaque fois. », « Je me note l'année où ça devrait être fait. »*

Certains praticiens (P1, P3, P7) profitaient de diverses occasions pour aborder la question de manière à la fois systématique et opportuniste, en fonction du contexte de la consultation.

P1 : « *C'est demandé assez régulièrement lors des renouvellements de traitement ou des suivis. »*

P3 : « *Je le fais en même temps que les vaccins. »*

P7 : « *En fin de consultation, je refais un tour là-dessus. »*

Un professionnel de santé (P6) a nuancé sa réponse concernant la fréquence de la surveillance de l'observance et a précisé la population ciblée :

P6 : « *J'avoue que j'y pense plus pour les femmes qui ont plus de 50 ans, qui sont ménopausées et qui oublient plus souvent...moins chez les jeunes. »*

Un seul médecin (P4) a précisé qu'il ne s'inquiétait de l'observance que si le sujet était abordé par la patiente :

P4 : « *Si jamais on parle de gynéco, oui, je vais sûrement parler du frottis. »*

III. 2. 4. Suivi gynécologique et manquements : perceptions des praticiens

III. 2. 4. 1. Suivi gynécologique

Parmi les médecins interrogés, la moitié (P1, P4, P5, P7, P10) a estimé que la majorité de leurs patientes bénéficiaient d'un suivi gynécologique.

P1 : « *... la majorité, je pense que oui... »*

P5 : « *Oui, de manière générale.* »

P7 : « *Je dirais 4 sur 5.* »

P10 : « *70 %.* »

Un praticien (P8) a toutefois nuancé cette estimation, indiquant que cela ne concernerait qu'une patiente sur deux :

P8 : « *Un peu 50-50...* »

Enfin, deux médecins (P6, P9) ont estimé que leurs patientes n'avaient pas de suivi gynécologique.

III. 2. 4. 2. Situations de manquement

Parmi les médecins interrogés, huit sur dix (P1, P2, P3, P4, P6, P8, P9, P10) ont rapporté avoir observé des manquements dans l'observance au dépistage du CCU.

P1 : « *Oui, je pense. Je n'ai pas les statistiques.* »

P8 : « *Oui, je n'ai pas les chiffres en tête.* »

P9 : « *Oui quand même pas mal.* »

P10 : « *Oui, j'ai observé un manque d'observance.* »

Cependant, deux praticiens (P5, P7) n'ont, quant à eux, pas observé de tels manquements.

P5 : « *Sur la population générale, j'ai envie de dire non.* »

P7 : « *Non, ça ne m'est pas encore arrivé.* »

III. 3. Difficultés rencontrées par les praticiens

III. 3. 1. Une adhésion majoritaire avec quelques réticences ponctuelles

Dans l'ensemble, les médecins ont constaté qu'ils ne rencontraient pas de freins majeurs à la réalisation du FCU dans le cadre du dépistage du CCU. Les réticences restaient rares et ponctuelles.

P1 : « *C'est vraiment ponctuel.* »

P2 : « *Je n'ai aucune qui me dit qu'elle n'en fait jamais.* »

P6 : « *Il n'y a pas énormément de freins.* »

P7 : « *Non, elles sont plutôt toutes rigoureuses avec ça. »*

P8 : « *Il y a quelques femmes un peu réticentes. »*

Bien que certains freins au dépistage existaient chez une minorité de patientes, ils restaient variés et relevaient d'une dynamique plurifactorielle.

III. 3. 2. Difficultés liées au médecin

III. 3. 2. 1. *Manque d'expérience*

Les praticiens interrogés (P5, P6, P7) ont évoqué le manque d'expérience, tant leur formation que leur parcours professionnel, comme un facteur limitant dans la réalisation des FCU.

P5 : « *Je n'ai pas fait de stage de gynécologie en tant qu'interne, et je n'ai vu dans ma vie qu'un seul frottis. »*

P6 : « *... parce que ça fait longtemps que je n'en ai pas fait. »*

P7 : « *Je n'en ai pas fait beaucoup pendant mon internat. »*

III. 3. 2. 2. *Manque de temps*

Trois professionnels de santé (P4, P7) ont fait état d'un manque de temps au cours de leurs consultations pour pouvoir réaliser les FCU.

P4 : « *Je n'arrivais pas à avoir un temps dédié pour les frottis. »*

P7 : « *Je n'ai pas le temps de faire les frottis en plus. »*

P10 : « *Je n'explore pas plus que ça parce que manque de temps. »*

III. 3. 2. 3. *Désintérêt pour la spécialité gynécologique*

Deux autres praticiens (P3, P6) ont évoqué quant à eux un intérêt limité pour la spécialité gynécologique en général.

P3 : « *Je n'ai jamais été forcément attiré par cela. »*

P3 : « *Il y a un biais cognitif... je vais rétrécir un peu mon regard et, comme je suis moins attiré par la gynéco, j'en fais moins et je suis peut-être moins informant. »*

P6 : « *La gynéco ne m'intéresse pas en tant que telle. »*

III. 3. 2. 4. Crainte de la modification de la relation soignant-soigné

Un praticien (P3) a exprimé une crainte de perdre la relation de confiance en raison de la dimension intime des soins.

P3 : « *C'est juste par rapport à mes représentations à moi, ma manière d'aborder la relation médecin-patient... moins je déshabille une patiente, le mieux c'est.* », « *... devoir déshabiller une patiente et faire ce type d'examen, ça me met très mal à l'aise et ça pourrait rompre un peu la relation que j'essaie de mettre avec les patients.* »

III. 3. 2. 5. Peur d'une mise en difficulté

Un professionnel de santé (P3) a également évoqué son appréhension de se retrouver dans une situation difficile, tant sur le plan médical que sur le plan de la communication avec la patiente.

P3 : « *Je n'ai pas envie de me retrouver dans une situation malaisante, dans une situation où je peux être en difficulté. J'aime bien être maître de la consultation, maître de la communication.* »

III. 3. 2. 6. Préoccupations juridiques

Les préoccupations juridiques constituaient également une source d'inquiétude pour un médecin (P3) qui redoutait d'être confronté à des situations susceptibles d'entraîner des conséquences légales.

P3 : « *J'ai peur d'un jour me retrouver confronté à une éventuelle plainte.* »

III. 3. 3. Difficultés d'accès aux soins et organisation du suivi

III. 3. 3. 1. Contraintes de prise de rendez-vous

L'organisation des consultations, notamment la prise de prendre rendez-vous à l'avance, pouvait présenter un frein pour certaines patientes, en particulier celles ayant des difficultés à utiliser les plateformes en ligne ou à joindre un cabinet médical par téléphone :

P1 : « *On est sur consultation uniquement sur rendez-vous. Il faut appeler ou prendre rendez-vous sur Doctolib.* »

P1 : « *Il y a des gens qui sont peut-être dans la difficulté de l'outil du téléphone.* »

III. 3. 3. 2. Délais de consultation et pénurie de gynécologues

D'après certains praticiens (P2, P3, P4, P6, P7, P8), le manque de praticiens spécialisés et les délais allongés compliquaient le suivi gynécologique des patientes.

P2 : « *Les gynécologues ne prennent plus beaucoup de nouveaux patients. », « ... quand elles ont un rendez-vous 3-4 mois après, il y a une chance qu'elles oublient le rendez-vous qu'elles ne voulaient pas. »*

P3 : « *... ici, pour avoir un gynéco, c'est 4 mois, 5 mois, 6 mois d'attente. »*

P4 : « *Le problème actuellement, c'est qu'en gynéco, les délais sont immenses. Ils sont de 9 mois. »*

P6 : « *Il y a tellement de difficultés d'accès aux soins que ce soit pour le suivi gynéco, pour le dentiste, pour les spécialistes... Les gens sont parfois dépités par avance. », « ... quand on cherche un gynéco dans le Cher, c'est une catastrophe absolue. »*

P7 : « *C'est celles qui ont perdu leur gynéco et qui n'ont pas continué après. »*

P8 : « *La démographie médicale fait que les gynécologues sont de moins en moins accessibles. »*

III. 3. 3. 3. Problèmes de transmission et de suivi des résultats

Le manque de transmission des résultats constituait pour un médecin (P5) un frein au suivi gynécologique régulier des patientes.

P5 : « *Les patientes, en général, n'ont jamais les résultats avec elles, ou très rarement. »*

III. 3. 3. 4. Impact de la crise Covid-19 sur le suivi du dépistage

La pandémie de Covid-19 a eu des répercussions sur le suivi médical. Entre interruption des consultations, perte de repères temporels et lassitude face aux questions de santé, pour des praticiens (P1, P8), certaines patientes avaient mis en pause leur suivi gynécologique.

P1 : « *J'ai beaucoup de patientes que je n'ai pas vues dans les années Covid 2021 et 22. On a un peu perdu la notion du temps au moment du Covid. »*

P8 : « *Je pense aussi qu'il y a des patientes qui en ont un peu marre d'entendre parler de santé, qui ont besoin d'une pause. »*

III. 3. 4. Difficultés liées au rôle du médecin dans le dépistage

III. 3. 4. 1. Influence du rôle des médecins dans le suivi du dépistage

Les suivis médicaux antérieurs des patientes de certains soignants (P2, P3) n'intégraient pas systématiquement le dépistage dans leurs consultations.

P2 : « *Les médecins qui les avaient suivis jusque-là, leur en parlaient pas ou peu.* »

P3 : « *Parce que son médecin, pour lui, ce n'était pas à l'ordre du jour, ce n'était pas forcément la priorité de parler de frottis... C'était très cloisonné. Le médecin généraliste s'occupait de la médecine générale et le gynéco s'occupait du gynéco... J'ai ces patientes qui étaient avec des médecins qui ne le faisaient pas et qui n'ont pas pris cette habitude.* »

III. 3. 4. 2. Complexité du discours médical

Un professionnel de santé (P1) a souligné que les explications autour des nouvelles recommandations du dépistage pouvaient être difficiles à transmettre et suscitaient de l'anxiété chez les patientes.

P1 : « *Ça fait beaucoup d'explications à donner avec différentes stratégies... Un discours un peu complexe... Nos explications pour le nouveau frottis, elles induisent des angoisses aussi, parce qu'elles sont plus compliquées.* »

III. 3. 4. 3. Questionnements éthiques autour du dépistage

Un intervenant (P3) a soulevé un dilemme éthique entre la pertinence du dépistage et les recommandations en vigueur concernant l'indication du frottis chez certaines patientes.

P3 : « *Il y en a certaines, qui n'ont jamais connu d'homme de leur vie... C'est toujours une question obscure. Est-ce qu'on doit faire un frottis chez quelqu'un qui est vierge ?* »

III. 3. 5. Difficultés relationnelles et réticences des patientes

III. 3. 5. 1. Intimité de l'examen comme facteur de réticence

Le caractère intime du frottis et la position spécifique de l'examen pouvaient être sources d'appréhension d'après un médecin (P4), rendant l'acte plus difficile à accepter.

P4 : « *C'est un truc intime. C'est un examen en position gynéco.* »

III. 3. 5. 2. Expériences négatives et appréhension du geste gynécologique

Pour un professionnel de santé (P10), certaines patientes développaient une réticence au dépistage en raison d'expériences douloureuses ou mal vécues lors d'exams gynécologiques précédents.

P10 : *« J'ai deux ou trois patientes qui ont eu des mauvaises expériences de frottis. Avec des gynécos assez durs, avec des réalisations dans la douleur. »*

III. 3. 5. 3. Refus du dépistage sans explication

Malgré les recommandations et les explications fournies par les praticiens, certaines patientes exprimaient un refus du dépistage du CCU. Ce rejet pouvait être explicite ou prendre la forme d'une procrastination répétée selon un soignant (P1).

P1 : *« Il y a toujours des patients de toute façon qui ne veulent pas », « La patiente refuse de toute façon ou elle ne vient pas, elle dit : « Oui, oui, je le ferai. ». »*

Toutefois, plusieurs médecins (P5, P10) ont souligné que ce refus restait relativement marginal comparé à d'autres dépistages comme la mammographie :

P5 : *« Le refus des patientes. Mais comparé aux mammographies et aux autres, c'est vraiment... minime. »*

P10 : *« Le refus de la patiente. Ça peut arriver, ce n'est pas fréquent. »*

III. 3. 5. 4. Angoisse liée aux résultats

D'après quelques professionnels (P1, P8), certaines patientes éprouvaient une forte anxiété face au dépistage, par crainte du diagnostic et des implications d'un résultat positif.

P1 : *« Ça peut être aussi parce que c'est des gens qui sont angoissés à l'idée des dépistages, tout comme il y a des gens qui refusent des hémocultes, qui refusent des mammographies. Les gens refusent parce qu'ils ne veulent pas savoir qu'ils ont une maladie grave et qu'ils n'ont pas envie de rentrer dans ce cursus-là. », « Il y a des gens qui ont vraiment des barrières psychologiques par rapport au dépistage. »*

P8 : *« ... la peur du diagnostic... »*

III. 3. 5. 5. Réticences à consulter un praticien inconnu

Un soignant (P4) a observé une appréhension liée à la préférence des patientes pour un praticien d'un genre spécifique.

P4 : « *Quand ils ne connaissent pas quelqu'un, s'ils y vont pour la première fois, savoir si c'est un homme ou une femme. »*

P4 : « *Quand c'est en labo, je pense qu'il y a un petit peu plus d'appréhension parce qu'elles ne savent pas forcément sur qui elles tombent, si ce n'est pas la même personne que d'habitude. »*

III. 3. 5. 6. Antécédents traumatiques et rapport aux soins

Deux soignants (P1, P3) ont rapporté que certaines patientes avaient un rapport au corps médical altéré par un passé douloureux, notamment en lien avec des violences sexuelles.

P1 : « *... ça a été l'occasion de découvrir qu'elle avait des violences sexuelles à un moment donné et qu'en fait, la barrière qu'elle avait, elle était liée à ça. »*

III. 3. 6. Difficultés pratiques liées à l'examen gynécologique

III. 3. 6. 1. Inconfort des praticiens face à la dimension gynécologique du frottis

Un des praticiens (P5) n'était pas toujours à l'aise avec la pratique du frottis :

P5 : « *... pas à l'aise pour l'examen gynécologique, pour réaliser le frottis. »*

III. 3. 6. 2. Obstacles anatomiques

Plus rarement, un praticien (P10) a rencontré des difficultés occasionnelles dues à des caractéristiques anatomiques spécifiques.

P10 : « *... hypertonies périnéales chez certaines femmes... »*

P10 : « *... réalisation chez des patientes avec beaucoup de tonicité au niveau du périnée. »*

P10 : « *C'est vraiment anecdotique. »*

III. 3. 7. Difficultés liées au modèle de santé

III. 3. 7. 1. *Prévention génératrice d'angoisse*

Pour un praticien (P1), la médecine préventive, bien que bénéfique, a pu engendrer des inquiétudes chez les patientes en bonne santé. L'idée de rechercher une maladie potentielle a pu être perçue comme une source d'anxiété, voire comme une intrusion dans leur bien-être.

P1 : « *Je pense qu'on est dans une médecine où on est de plus en plus préventif. Donc, on est en train de soigner des gens qui vont bien et on leur crée de l'angoisse pour des choses qu'ils n'auront peut-être jamais de leur vie. »*

P1 : « *C'est une agression quelque part et c'est oublier qu'on est en bonne santé pour penser qu'on pourrait être malade. Et je pense que ça, pour certaines personnes, c'est une idée insupportable. »*

III. 3. 7. 2. *Fréquence des dépistages et impact psychologique*

L'intervalle régulier des dépistages a pu être perçu comme une source de stress récurrente pour certaines patientes et a questionné la balance bénéfice-risque du dépistage d'après ce même soignant (P1).

P1 : « *On est peut-être aussi dans une certaine forme de maltraitance vis-à-vis des gens en leur proposant de se dépister tous les deux ans pour des maladies qui sont potentiellement graves comme un cancer du sein, un cancer du col de l'utérus ou un cancer du côlon. Parce que quelque part, les gens savent très bien ce qu'on recherche. »*

P1 : « *Ils préfèrent ça plutôt que d'avoir régulièrement tous les deux ans ces angoisses qui les réactivent. »*

III. 3. 7. 3. *Perception de la surmédicalisation*

Ce même praticien (P1) a exprimé une méfiance vis-à-vis de la médicalisation croissante de la santé.

P1 : « *Il y a des gens qui trouvent qu'on médicalise tout beaucoup trop. Et c'est vrai qu'avant, on attendait que les maladies soient là pour les traiter. »*

III. 4. Profil type

III. 4. 1. Un profil type fréquemment évoqué

Plusieurs médecins (P5, P8, P9, P10) mentionnaient des facteurs récurrents liés à l'âge, la maternité, le niveau socio-économique et les contraintes de temps qui influencent la pratique du dépistage.

P5 : « ... femme française de 55 ans, avec des enfants qu'elle a eus tôt, et au niveau socio-économique moyen/bas ... »

P8 : « Les femmes qui ne font plus les frottis, c'est celles qui ont eu des enfants et sont un peu prises par le temps. »

P9 : « Des dames, je dirais, 50 ans, pour lesquelles le dernier frottis ou le dernier examen remonte au moment où elles ont accouché. »

P10 : « ... la femme de la quarantaine bien entamée. Souvent, c'est des femmes seules, j'ai l'impression. Célibataires et mères de 2 à 3 enfants. »

Ainsi, le profil type majoritairement évoqué correspondait à des femmes d'âge moyen, souvent mères, dont le suivi gynécologique n'avait pas été régulier depuis l'accouchement, en partie à cause des contraintes liées à leur vie personnelle et familiale.

III. 4. 2. Autres profils identifiés

Bien que ce profil soit majoritairement mentionné, d'autres praticiens ont évoqué des situations plus particulières.

III. 4. 2. 1. *Origine socio-démographique et culturelle*

Un praticien (P5) a souligné un profil particulier d'un point de vue socio-démographique et culturel.

P5 : « ... trentenaire, femmes noires d'un pays d'Afrique Centrale, avec l'AME. »

III. 4. 2. 2. *Absence de contraception et manque de suivi gynécologique*

Un intervenant (P1) a mis en avant le lien entre l'usage de la contraception dans la jeunesse et l'habitude d'un suivi gynécologique régulier.

P1 : « C'est vrai qu'il y a des dames qui n'ont pas forcément utilisé beaucoup la contraception quand elles étaient plus jeunes. Donc, elles n'ont pas été habituées à être vues pour

renouveler la pilule régulièrement, pour avoir un stérilet ou un implant. Donc, comme elles n'ont pas eu l'habitude d'avoir un suivi gynéco avant l'âge du dépistage. »

P1 : *« Si on ne fait pas appel à la contraception... on va passer un peu en dehors de ce suivi »*

III. 4. 2. 3. *Histoires familiales et perception du risque modifiée*

Ce même médecin (P1) a souligné également l'influence de l'histoire familiale et la perception d'un risque faible par certaines patientes :

P1 : *« ... les dames pour lesquelles il y a des histoires familiales de cancers qui ont été douloureux... »*

P1 : *« ... elles n'ont pas forcément de symptômes, de vies compliquées. Elles se disent qu'elles n'ont pas forcément de risques. »*

III. 4. 2. 4. *Troubles psychologiques et préoccupations sanitaires concurrentes*

Selon certains praticiens (P1, P4), les problématiques psychologiques ou la présence de soucis de santé majeurs ont pu détourner l'attention du dépistage.

P4 : *« Je pense plutôt à la patiente déprimée. »*

P4 : *« ... ceux qui ont déjà d'autres soucis de santé plus importants, ça peut être un cancer ou le cancer du conjoint. »*

III. 4. 3. Absence de profil type identifié

Deux praticiens (P1, P6) ont souligné qu'il n'existait pas de profil type clairement défini pour de patientes peu ou pas observantes.

P1 : *« Je ne sais pas s'il y a vraiment un profil type. », « ... ce n'est pas systématique... »*

P6 : *« ... profil type, non. »*

III. 5. Facteurs socio-économiques

L'observance du dépistage a été influencée par divers facteurs socio-économiques, lesquels ont pu constituer des freins pour certaines patientes. Ces facteurs incluaient des aspects financiers, culturels, éducatifs et liés aux parcours de vie des femmes.

III. 5. 1. Conditions de vie

III. 5. 1. 1. *Accès à l'informatique et aux technologies numériques*

Certains professionnels (P1, P2, P3) ont noté un manque d'accès à l'informatique ou une faible maîtrise des outils numériques.

P2 : « *Le problème, c'est le manque d'accès à l'informatique.* », « *...le recours à Internet...* »

P3 : « *Il faut savoir utiliser Internet.* »

III. 5. 1. 2. *Manque de temps et vie active*

La plupart des praticiens (P3, P6, P8, P10) ont observé que les manquements survenaient lorsque les organisations familiales et/ou professionnelles étaient particulièrement denses.

P3 : « *Le retard est plus lié à une vie super active, elles s'occupent de tout.* »

P3 : « *J'ai ces patientes qui ont une vie active et qui ne le font pas.* »

P6 : « *... c'est celles qui ont eu des enfants et sont un peu prises par le temps.* »

P8 : « *Elles se sentent un peu débordées... ne pas prendre le temps de faire les choses.* »

P10 : « *... le temps qu'elles s'accordent aussi pour elles.* »

III. 5. 2. Conditions économiques

III. 5. 2. 1. *Niveau économique et obstacles financiers*

D'après la majorité des praticiens (P1, P2, P3, P4, P7, P8), le coût des consultations et des examens pouvait constituer un frein à l'accès au dépistage.

P2 : « *... il y a des difficultés à payer les dépassements d'honoraires.* »

P2 : « *Il y a sans doute un recours à la consultation qui est plus facile quand il y a les moyens d'aller en secteur 2.* »

P3 : « *Quand on n'a pas d'argent, on n'a pas envie d'aller voir un spécialiste pour avancer les frais.* »

P7 : « *Ça peut arriver, puisque les frottis peuvent être faits par les gynécos avec des dépassements d'honoraires.* »

III. 5. 2. 2. Niveau social

Selon la catégorie sociale, un accès et un rapport différenciés ont été avancé par certains médecins (P3, P4).

P3 : « *On connaît un infirmier, on connaît un médecin, on connaît un psychologue, qui vont nous donner des conseils assez justes. »*

P3 : « *Quand toute ta vie, tu n'as pas travaillé ou tu as travaillé dans le chantier, à part ton médecin généraliste, il n'y a personne qui va te donner les conseils justes. »*

P4 : « *Je pense que le prendre soin de soi, on le retrouve quand même dans une catégorie un petit peu supérieure. »*

Cependant, un praticien (P2) a dit ne pas observer de différence.

P2 : « *J'ai pas l'impression que les CSP+ soient mieux suivis au niveau gynécologique. »*

III. 5. 3. Facteurs culturels et perception de la santé

III. 5. 3. 1. Barrière linguistique et difficultés de communication

Pour quelques médecins (P1, P3, P5), la barrière linguistique a rendu le dépistage plus difficile d'accès.

P1 : « *Il y a parfois une complexité de la langue. »*

P5 : « *... barrière de la langue. »*

III. 5. 3. 2. Activité sexuelle, âge et représentations autour de la ménopause

La plupart des médecins (P2, P5, P6, P9, P10) ont remarqué que l'âge et la ménopause ont modifié la perception du dépistage.

P2 : « *Elles pensent que ça ne les concerne pas. Les femmes de 40-50 ans qui n'ont jamais eu de suivi, elles n'en voient pas l'intérêt. Parce que pour elles, elles n'auront plus une activité sexuelle qui n'est pas forcément exceptionnelle... Donc, il n'y a pas de raison de surveiller. »*

P5 : « *Plus elles prennent en âge et plus elles ont l'impression que ça ne les concerne plus. Souvent, après la ménopause, ... on se rend compte qu'il y a du laisser-aller. Elles se sentent moins concernées. »*

P6 : « *Souvent, les femmes ménopausées pensent que leur vie génitale est finie et que le contrôle, on l'arrête. »*

P6 : « *... les femmes ménopausées qui estiment que ce n'est plus la peine. »*

P9 : « ... elles ne se sentent pas concernées... », « ... elles jugent que ce n'est pas utile... »

P10 : « ... qu'elles se sentent moins concernées... », « ... celles qui disent : « de toute façon, ça ne sert plus à rien », « je n'ai plus de rapport ». »

III. 5. 3. 3. Pudeur et influence des normes culturelles/religieuses

Des praticiens (P3, P5, P8, P9) ont mis en avant que la nudité et l'examen gynécologique a pu engendrer une gêne particulièrement marquée, notamment dans certains contextes culturels et/ou religieux.

P3 : « Elle est voilée, elle a une djellaba, et elle refuse souvent de se déshabiller. »

P3 : « On sent beaucoup de gêne, beaucoup de pudeur chez ces personnes. »

P3 : « Elle botte généralement en touche... On sent beaucoup de gêne, beaucoup de pudeur chez ces personnes. »

P3 : « ... dans leur pays, ça ne se fait pas aussi. »

P5 : « La peur de l'inconnu... Mais je sais que dans leur pays, ce ne sont pas des choses qui se font de façon régulière. »

P8 : « J'ai des femmes maghrébines, pour lesquelles le suivi gynéco est un peu plus compliqué. »

P9 : « ... tout ce qui est un peu islam et musulman, c'est très compliqué. », « On ne touche pas ces parties-là. »

III. 5. 4. Niveau socio-éducatif et connaissances sur le dépistage

III. 5. 4. 1. Niveau d'éducation

Pour certains répondants (P3, P4, P6), le niveau d'éducation a joué dans l'adhésion au suivi gynécologique et sa compréhension.

P3 : « ... n'ont pas eu l'accès à l'école. »

P3 : « Le fait d'avoir été dans le monde étudiant, ils connaissent des gens qui ont fait des métiers liés à la santé. »

P6 : « Plus le niveau monte, moins il y a d'oubli. »

III. 5. 4. 2. Niveau de connaissances et accès à l'information

Des nombreux praticiens (P3, P4, P5, P9, P10) ont fait état d'une méconnaissance et/ou d'une absence de connaissances de la part des patientes concernant l'intérêt du dépistage.

P4 : « *Quand elles reçoivent le papier, ... on dirait qu'elles ne sont pas au courant. »*

P5 : « *C'est fou de se rendre compte de la méconnaissance des jeunes femmes sur l'organe féminin. »*

P9 : « *... la mauvaise information ou information insuffisante... »*

III. 5. 5. Environnement social

Un seul médecin (P3) a suggéré que l'entourage de la patiente pouvait influencer sur l'observance au dépistage.

P3 : « *... des idées un petit peu complotistes : « Attention, il ne faut pas se vacciner. », « Attention, il ne faut pas faire de frottis. », « Attention, le Gardasil, ce n'est pas bon. ».*

III. 6. Suggestions des praticiens pour promouvoir le dépistage

Les praticiens ont suggéré diverses approches multifactorielles pour renforcer le dépistage du CCU, tout en mettant en avant la nécessité d'actions ciblées et adaptées aux spécificités des populations concernées.

À noter que seul un praticien sur dix n'a pas proposé d'axe d'amélioration, estimant que la thématique était déjà suffisamment abordée.

P8 : « *J'estime qu'on en parle quand même suffisamment », « Au jour d'aujourd'hui, je ne vois pas ce qu'on pourrait faire de plus. »*

III. 6. 1. Communication

III. 6. 1. 1. *Affichages et campagnes publicitaires*

La majorité des professionnels de santé (P1, P3, P5, P6) a proposé l'utilisation de supports médiatiques et le déploiement de campagnes nationales à grande échelle pour afin d'avoir un impact significatif sur l'adhésion des patientes.

P1 : « *... remettre des affiches régulièrement. »*

P3 : « *... mettre l'argent, l'accès, sur les campagnes publicitaires. »*

P5 : « *... des messages télévisés, radiophoniques. »*

Certains praticiens ont également formulé des propositions visant à s'adapter aux besoins de toutes les populations.

P3 : « ... en trois, quatre, cinq langues. », « ... des pictogrammes assez parlants... »

P4 : « Il faut du visuel. »

III. 6. 1. 2. Cibler la population jeune

Une autre stratégie mentionnée par un intervenant (P1) consiste à sensibiliser les jeunes femmes dès le début de leur vie sexuelle.

P1 : « ... en parler aux très jeunes parce qu'on travaille sur les gens qu'on verra plus tard. »

III. 6. 1. 3. Répétition du message par le médecin

Les praticiens (P1, P7) ont souligné l'importance d'un rappel régulier et du rôle de médecin traitant.

P1 : « Il faut rappeler. »

P7 : « C'est surtout au médecin d'en parler, d'aborder le sujet et de refaire le point. »

III. 6. 1. 4. Information générale par la sécurité sociale

Un praticien (P4) a proposé une approche plus généraliste du courrier envoyé par la sécurité sociale.

P4 : « Je me demande s'il ne faudrait pas un courrier global avec un rappel de tous vos dépistages. », « ... avec des statistiques... », « ... sans que ce soit une invitation à le faire... »

III. 6. 1. 5. Accès permanent à l'information

Ce même médecin (P4) a suggéré la mise à disposition d'un accès permanent à l'information.

P4 : « ... des liens pour des sites d'information... un truc hyper synthétique qui donne l'accès à l'info, et à ceux qui le veulent. », « ... et qu'elles puissent y avoir accès quand elles le souhaitent. »

III. 6. 1. 6. Rappel aux médecins

L'intégration systématique du dépistage dans les consultations nécessite également un rappel de son importance auprès des praticiens, comme l'a souligné l'un des professionnels de santé (P6).

P6 : « *Il faudrait qu'on y pense plus régulièrement.* »

III. 6. 2. Pratiques médicales

III. 6. 2. 1. Consultation dédiée adaptée et rémunérée

Certains praticiens (P5, P10) ont suggéré la mise en place d'un temps de consultation spécifiquement dédié à l'approche gynécologique, incluant examen et prévention.

P5 : « *Il faudrait vraiment faire une consultation bien ajustée.* »

P10 : « *... un temps de consultation plus dédié, un peu comme un temps de prévention.* »

Un médecin (P3) a proposé, quant à lui, d'augmenter la rémunération de consultation dédiée pour inciter les praticiens à les réaliser.

P3 : « *... faire des consultations dédiées, qui soient rémunératrices pour les médecins, pour les forcer, d'une certaine manière.* »

Un autre praticien (P2) a mis en avant l'idée d'une suppression de la barrière économique.

P2 : « *... proposer à toutes les femmes une consultation gratuite, prise en charge à 100% par la sécu, qu'elles ne payent pas, qu'elles n'avancent pas, qu'elles aient l'AME ou non.* »

III. 6. 2. 2. Travailler en pluridisciplinarité

Deux praticiens (P2, P10) ont évoqué la possibilité de travailler en équipe en tirant parti des compétences d'autres professionnels de santé :

P3 : « *... travailler avec les infirmières en pratique avancée...* »

P10 : « *On peut dédier quelqu'un pour ça. Une infirmière qui ne ferait que ça.* »

III. 6. 2. 3. Journée de dépistage inclusive

Dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins pour tous, un praticien (P3) a proposé une approche inclusive et diversifiée.

P3 : « *... des journées de dépistage, des journées avec des médecins hommes, des médecins femmes, avec des interprètes à côté aussi...* »

III. 6. 2. 4. Aller à la rencontre des patientes

Se déplacer dans les zones dans lesquelles l'observance au dépistage est moindre a été mentionné par un praticien (P3).

P3 : « ... dans certains endroits où on sait que les gens sont moins soignés, une espèce de dispensaire, de centres médicaux qui sont ouverts à tous et faire des journées. »

III. 6. 3. Dimension humaine dans la pratique médicale

III. 6. 3. 1. Formation à l'approche de l'autre

Un enseignement centré sur l'humain a été proposé par un médecin (P3) autour du rapprochement, de l'empathie et de la compréhension.

P3 : « ... enseigner aux médecins d'aller vers l'autre... »

III. 6. 4. Analyse intégrative et schéma explicatif

L'analyse intégrative de cette étude met en lumière un enchevêtrement complexe de facteurs personnels, organisationnels et socioculturels influençant la réalisation du FCU par les médecins généralistes dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire.

Sur le plan professionnel, les freins rencontrés relèvent d'un manque de formation spécifique en gynécologie, d'un inconfort dans la pratique du frottis, mais également d'un arbitrage défavorable face aux contraintes temporelles du quotidien médical. Ces éléments traduisent une tension entre les exigences croissantes de la médecine préventive et les moyens opérationnels réellement disponibles en médecine de ville.

Au niveau des patientes, l'étude montre que les difficultés d'observance ne relèvent pas uniquement d'un défaut d'information. Elles traduisent un ensemble de vulnérabilités : précarité économique, niveau d'éducation limité, barrière linguistique, traumatismes antérieurs, perception culturelle de la santé ou encore rapport au corps et à la médicalisation. Ces éléments concourent à dessiner un profil type de femme peu ou pas observante au dépistage, que les médecins identifient intuitivement, mais pour lequel ils manquent souvent de moyens d'action spécifiques.

Enfin, l'analyse fait émerger une dissonance entre les recommandations institutionnelles de dépistage systématique et les réalités du terrain. Certains praticiens questionnent le sens et les effets de cette injonction préventive, parfois perçue comme génératrice d'anxiété ou de surmédicalisation, en particulier chez des patientes asymptomatiques.

Cette compréhension globale fait apparaître un modèle explicatif intégrant :

- des facteurs structurels (formation, temps médical, coordination entre professionnels),
- des facteurs individuels (expérience, croyances, barrières culturelles),
- des facteurs systémiques (organisation du soin, modalités d'accès, politique de dépistage).

Ainsi, au-delà de la simple absence de frottis, le non-recours au dépistage apparaît comme le produit d'une chaîne multifactorielle de déterminants, qu'aucune intervention isolée ne saurait corriger. D'où l'intérêt, selon les praticiens interrogés, de stratégies diversifiées : formation pratique, communication ciblée, consultations dédiées, journées de dépistage ou interventions mobiles. Ces leviers pourraient améliorer l'adhésion au dépistage en réconciliant recommandations nationales et besoins locaux.

Pour visualiser l'articulation de ces différents déterminants et des leviers associés, le schéma explicatif suivant est proposé. Il synthétise les liens de causalité entre facteurs structurels, individuels et systémiques ainsi que les solutions envisagées.

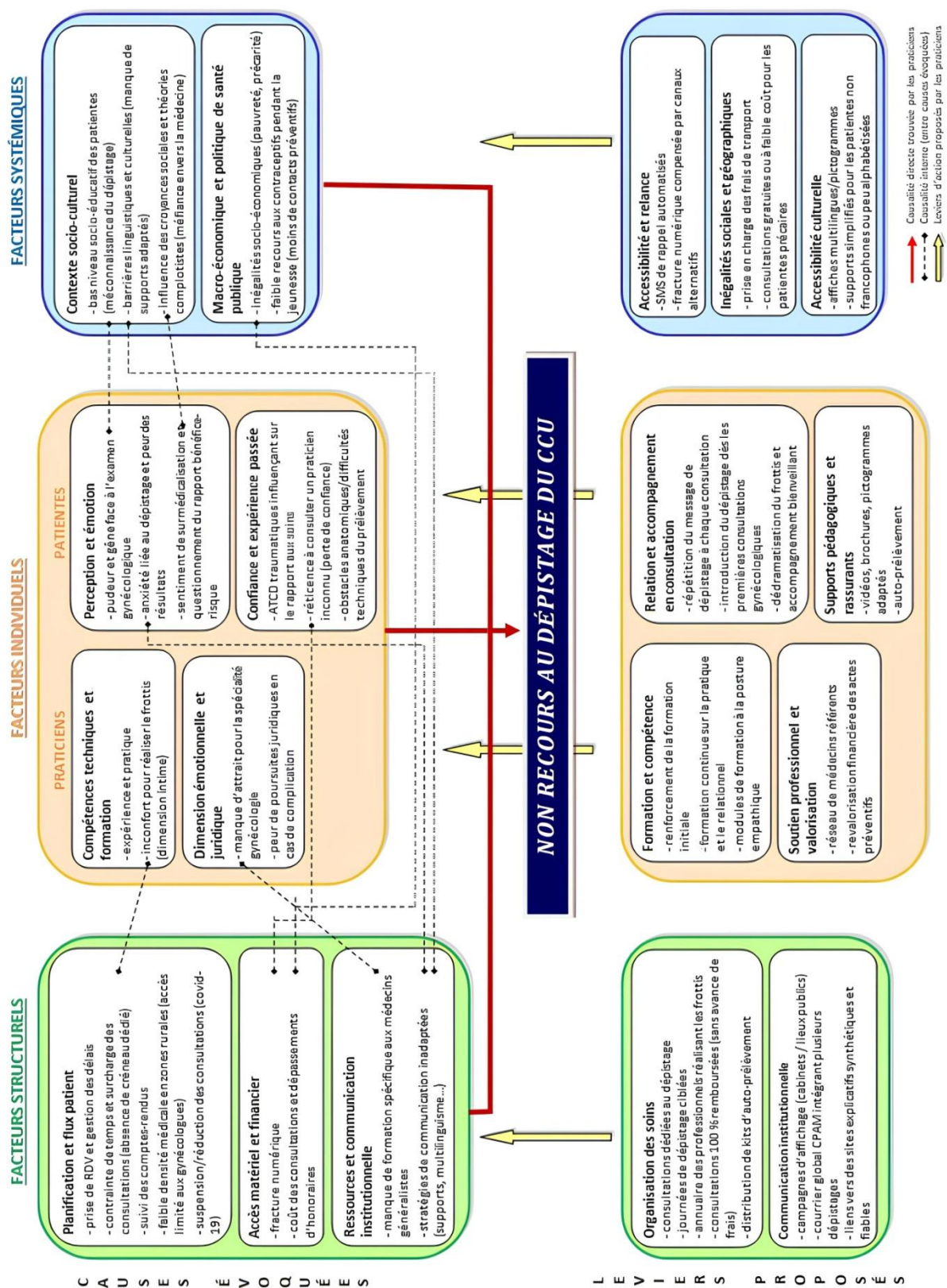


Figure 15 : Modèle explicatif des déterminants et leviers d'action du non-recours au dépistage du cancer du col de l'utérus

IV. DISCUSSION

IV. 1. Critique de l'étude

La discussion de la méthodologie de cette étude a été réalisée en suivant la grille COREQ (Criteria for Reporting Qualitative Research). Elle permet de rendre compte d'une recherche qualitative en s'appuyant sur 32 critères répartis en trois domaines.⁷⁷ (cf. annexe 8)

IV. 1. 1. Équipe de recherche et de réflexion

IV. 1. 1. 1. Caractéristiques personnelles

L'investigateur, novice et inexpérimenté dans la conduite d'une étude qualitative, n'avait bénéficié que d'un court enseignement théorique préalable dans le cadre de sa formation universitaire. Cependant, au fil de la réalisation de l'étude, il a pu gagner en aisance, ce qui lui a permis de mener les entretiens de manière plus fluide, d'intervenir de façon pertinente et neutre, sans chercher à orienter les réponses. L'absence d'entraînement préalable a néanmoins pu constituer une limite d'influence en conditionnant potentiellement les réponses des praticiens.

Toutefois, cette expérience limitée a été compensée par une recherche bibliographique approfondie sur la méthodologie des études qualitatives. Par ailleurs, les connaissances théoriques acquises lors de la rédaction de l'introduction de la thèse ont atténué le manque d'expérience en recherche qualitative.

La lecture d'un ouvrage sur la communication positive⁷⁸ a permis de sensibiliser l'enquêteur aux techniques de questionnement ouvert, au respect des silences et du temps de parole, favorisant ainsi l'adoption d'une écoute active.

Les échanges réguliers avec des chercheurs expérimentés en recherche qualitative et d'autres médecins généralistes diplômés tout au long de l'étude concernant la méthodologie et les avancées de la recherche, ont permis à l'enquêteur de se familiariser davantage avec les spécificités de la recherche qualitative. Ces échanges ont également offert un point de vue extérieur enrichissant sur le sujet étudié.

IV. 1. 1. 2. Relation avec les praticiens interrogés

Le recrutement des praticiens interrogés a été effectué selon un mode direct ou indirect. Concernant les praticiens recrutés par mode direct, la principale faiblesse résidait dans le risque d'altération des réponses, car ces praticiens connaissaient personnellement l'investigateur. En effet, un entretien pouvait alors se transformer en un échange plus informel, ce qui aurait pu influencer les réponses des praticiens. Toutefois, cet aspect peut aussi être perçu comme une force, car les praticiens étaient plus à l'aise avec l'enquêteur qu'ils connaissaient déjà, ce qui réduisait leur appréhension et favorisait une expression plus libre de leurs réponses.

En revanche, les praticiens recrutés par mode indirect étaient probablement plus neutres dans leurs réponses, mais leurs propos étaient également plus modérés, rendant ainsi leur engagement personnel moins apparent. Cela a pu rendre plus difficile l'expression d'opinions controversées, les praticiens étant moins enclins à défendre des points de vue plus tranchés.

Il convient de noter que l'anonymat a été préservé en attribuant un numéro à chaque praticien lors de la retranscription, sans distinction entre les modes de recrutement direct et indirect.

Les participants ont été informés à l'avance du sujet de la thèse (titre fourni), ce qui a pu influencer leurs réponses ainsi que leurs éventuelles recherches préparatoires. Si les praticiens n'avaient eu connaissance que d'une thématique générale (par exemple : médecine générale et dépistage du cancer), il est possible que leurs réponses lors des entretiens aient été différentes, en l'absence de ces informations plus spécifiques.

IV. 1. 1. 3. Biais d'interprétation de l'enquêteur

L'enquêteur arrivait avec certains a priori concernant les populations confrontées aux difficultés rencontrées par les praticiens (migrantes, précarité...), ce qui a pu influencer les réponses des médecins interrogés. Ayant récemment terminé son internat en médecine générale, il a pu, consciemment ou non, orienter ses reformulations et relances en fonction des réponses des praticiens.

Toutefois, l'impact de cette influence a diminué au fur et à mesure des entretiens, à mesure que les échanges se poursuivaient et que les réponses des praticiens devenaient plus nuancées.

IV. 1. 2. Conception de l'étude

La méthode qualitative s'est avérée être la plus adaptée pour répondre aux objectifs de l'étude. En effet, elle offrait la possibilité d'explorer en profondeur les ressentis des médecins généralistes face aux difficultés rencontrées dans le dépistage du CCU. Cette méthode a également permis de formuler des pistes d'amélioration pour promouvoir ce dépistage.

L'objectif n'était pas de rechercher une représentativité au sein de la population de médecins généralistes étudiée, mais de recueillir, grâce à la diversité des praticiens rencontrés, une variabilité dans leurs réponses aux questions posées.

Une autre méthodologie n'aurait pas permis de traiter cette problématique de manière aussi complète.^{79, 80}

IV. 1. 2. 1. Cadre théorique

Le choix de la méthode d'orientation méthodologique retenue est détaillé dans la section « Matériels et méthode ». (cf. partie II)

IV. 1. 2. 2. Sélection des participants

La sélection des praticiens a été réalisée selon la technique de l'échantillonnage raisonné en variation maximale. L'objectif n'était pas d'assurer une représentation de la population étudiée, mais plutôt d'obtenir des points de vue et des vécus diversifiés afin de garantir un recueil exhaustif de données.⁸⁰

Le premier contact avec les participants à l'étude a été établi par téléphone, SMS (Short Message Service) ou mail. Lorsque les coordonnées n'étaient pas en possession de l'investigateur, elles lui ont été fournies soit par le directeur de thèse, soit via les secrétariats téléphoniques des praticiens. Au total, quinze praticiens ont été contactés, dont cinq ont refusé de participer à l'étude. Les participants refusant de participer n'ont, soit jamais répondu, soit ont exprimé un désintérêt pour le sujet.

Il convient de noter que la moitié des entretiens n'ont pas nécessité de relance de la part de l'investigateur. Pour quatre des praticiens, deux relances ont été nécessaires, tandis que pour les autres, trois relances ont été effectuées.

L'échantillon était composé de dix médecins (six femmes et quatre hommes). Parmi eux, sept praticiens exerçaient dans le département du Cher, et trois dans celui d'Indre-et-Loire. Aucun des participants n'a retiré son consentement durant l'étude.

IV. 1. 2. 3. Contexte de l'étude

Les entretiens ont été réalisés en tenant compte des souhaits et disponibilités des participants. Des lieux calmes ont été privilégiés afin de faciliter l'échange sans perturbations extérieures. Tous les entretiens se sont déroulés à distance. Parmi eux, six ont eu lieu par audioconférence via les logiciels Zoom[®] ou Microsoft Teams[®], et quatre ont été menés par téléphone. Tous les entretiens ont été conduits par l'investigateur, seul avec le participant.

Il convient de noter qu'en moyenne, un délai de deux semaines s'était écoulé entre la première prise de contact et la réalisation de l'entretien.

De plus, la qualité audio de certains enregistrements a rendu la retranscription plus difficile et a nécessité un temps supplémentaire pour leur traitement.

IV. 1. 2. 4. Recueil des données

Au début de l'étude, un premier entretien test a été réalisé avec un praticien ne correspondant pas aux critères d'inclusion. Cet entretien n'a pas été analysé, mais il a permis à l'enquêteur de se familiariser avec les questions et la technique d'entretien semi-dirigé.

Le guide d'entretien n'a pas évolué au cours de l'étude car il n'a pas nécessité de modifications. Par conséquent, toutes les réponses sont comparables et le principe de permanence de la méthode a été ainsi respecté.

L'entretien semi-dirigé individuel, et réalisé une seule fois, était particulièrement adapté au sujet de recherche. Il permettait à chaque praticien de s'exprimer librement, sans craindre un jugement de la part de ses confrères. La méthode du groupe focalisé (*focus group*) n'aurait pas permis de mettre en confiance les différents intervenants ni de garantir la confidentialité et l'anonymat de chacun.⁷⁹ Chaque entretien a été enregistré lors d'une seule session, sans répétition.

L'investigateur a utilisé son téléphone portable de type smartphone avec l'application « *Enregistreur vocal* » d'Android® pour enregistrer les entretiens. Quelques éléments de communication non-verbale ont été notés durant les entretiens par l'investigateur.

Les entretiens individuels ont duré au total 3 heures et 29 minutes, soit une durée moyenne de 22 minutes par entretien, avec des extrêmes variant de 12 à 34 minutes.

La saturation des données a été atteinte après sept entretiens. Aucun nouveau thème n'avait été abordé au cours des trois derniers entretiens, permettant ainsi de clore l'étude.

La retranscription n'a pas été renvoyée à chaque praticien interrogé. Ainsi, les retranscriptions n'ont pas été relues ni corrigées, afin de préserver la richesse et l'authenticité de leurs réponses. En l'absence de retour de l'investigateur, aucun participant n'a exprimé le désir de revenir sur ses propos.

IV. 1. 3. Analyse et résultats

IV. 1. 3. 1. Analyse des données

Les données ont été analysées de manière indépendante par l'investigateur et deux autres confrères. Chacun a attribué, au fur et à mesure des entretiens, un codage manuel progressif des réponses, selon la méthode de théorisation ancrée.

La confrontation des analyses a eu lieu à la fin des entretiens. Une triangulation des analyses a permis de faire émerger les thèmes et sous-thèmes, non préétablis à l'avance, en réponse à la question de recherche et aux objectifs secondaires. L'analyse des chercheurs n'a pas été partagée avant la triangulation, afin de limiter les risques d'interprétation erronée et de vérifier la cohérence des idées exprimées. Ce système a permis de réduire la subjectivité. Les résultats jugés non pertinents ou ne répondant pas aux objectifs de l'étude n'ont pas été analysés.

Les *verbatim* ont été étudiés manuellement de manière progressive, immédiatement après chaque entretien, afin de déterminer les thèmes et sous-thèmes. Ces derniers ont, par conséquent, été définis au fur et à mesure du traitement des données issues des entretiens. Aucun logiciel n'a été utilisé pour extraire les données.

IV. 1. 3. 2. Rédaction

Les résultats ont été rédigés selon un plan conçu par l'investigateur, en cohérence avec les thèmes et sous-thèmes issus de la triangulation des analyses. Dans un souci de justification et d'illustration de ces résultats, chaque sous-thème était accompagné d'unités de sens tirées des *verbatim* des participants, sans aucune modification. Chaque citation était identifiée par le numéro du praticien concerné.

Les thèmes principaux ont été présentés de manière claire et explicite dans la section des résultats. Chaque thème a fait l'objet d'un chapitre dédié, prenant en compte à la fois les sous-thèmes primaires et secondaires.

Des cartes heuristiques, réalisées à l'aide du logiciel SimpleMind[®], ont servi à retranscrire l'analyse. (cf. annexes 9, 10, 11 et 12)

IV. 2. Critique des résultats

IV. 2. 1. Résultats démographiques de l'étude

IV. 2. 1. 1. Démographie des praticiens

Sur les dix entretiens réalisés (six femmes et quatre hommes), un respect global du ratio de sexe relativement équilibré, a été observé, ce qui limite les biais de genre dans les réponses. Cependant, la concentration des entretiens dans deux départements (le Cher et l'Indre-et-Loire), avec une majorité de praticiens exerçant dans le Cher (sept sur dix), a pu induire un biais géographique, limitant ainsi la généralisation des résultats. En effet, les spécificités régionales, telles que l'accès aux soins, les infrastructures disponibles ou encore les pratiques locales en matière de dépistage, ont pu influencer les réponses des praticiens et ne reflétant pas nécessairement la réalité d'autres zones géographiques.

De plus, le fait que tous les praticiens d'Indre-et-Loire exercent en milieu urbain et qu'aucun praticien en milieu rural ou semi-rural n'ait été inclus pose un problème majeur de représentativité. Les différences dans l'accès aux soins entre les zones urbaines et rurales, notamment en ce qui concerne le dépistage du CCU, peuvent être considérables. En milieu rural, les patientes peuvent rencontrer des obstacles supplémentaires, tels que la distance géographique, la disponibilité limitée de certains services médicaux et des disparités socio-économiques, qui peuvent réduire l'accès aux soins préventifs.⁸¹ Une étude de Decker et al.⁸² a

montré que les femmes vivant dans des zones rurales ont un accès moins direct aux services de dépistage, ce qui peut entraîner une sous-participation à ces programmes. Par ailleurs, des recherches sur les disparités urbaines et rurales ont révélé que l'isolement géographique dans les zones rurales limite la disponibilité des professionnels de santé spécialisés et augmente les coûts liés à l'accès aux soins.⁸³

IV. 2. 1. 2. Démographie de la patientèle

Au sein du département du Cher, les observations issues de l'étude relèvent une population vieillissante et défavorisée, tant en zones rurales qu'urbaines, ainsi qu'une population jeune, souvent avec des enfants, en zones semi-rurales.

Le Cher se caractérise par une faible densité de population, environ trois fois inférieure à la moyenne nationale.⁶⁶ La population y est plus âgée qu'au niveau national, avec seulement 30,1 % de personnes de moins de 20 ans en 2021, contre 35,1 % au niveau national, et 33,5 % de personnes de plus de 65 ans, contre 26,6 % au niveau national.^{66, 67} Les zones rurales du Cher sont particulièrement touchées par le vieillissement démographique, avec une population vieillissante souvent confrontée à des conditions socio-économiques défavorables. En milieu urbain, on observe également une population vieillissante, bien que ces zones puissent offrir davantage de services et d'infrastructures. En revanche, les zones semi-rurales attirent une population plus jeune, en raison de l'accessibilité à des logements abordables et de la présence d'établissements scolaires, ce qui explique la présence de familles avec enfants.

Ces observations sont cohérentes avec les données démographiques du département et reflètent la diversité des profils socio-démographiques en fonction des zones géographiques du Cher.

Les praticiens d'Indre-et-Loire ont observé, quant à eux, une population majoritairement défavorisée, marquée par une forte précarité sociale, économique et migratoire. En effet, l'Indre-et-Loire compte 15 quartiers prioritaires de la ville, caractérisés par une densité urbaine élevée et des niveaux de revenus proches du seuil de pauvreté.^{69, 70} Ces zones regroupent des populations confrontées à des difficultés socio-économiques importantes. En conclusion, les observations des praticiens sont en phase avec les réalités démographiques et sociales du département, où la précarité sociale, économique et migratoire est particulièrement marquée, notamment dans les zones urbaines et périurbaines.

IV. 2. 2. État des lieux autour de la pratique du frottis cervico-utérin

IV. 2. 2. 1. Frottis de dépistage : une pratique minoritaire

Parmi les dix praticiens interrogés, quatre réalisaient eux-mêmes les frottis de dépistage du CCU, tandis que six déléguaient cette tâche à d'autres professionnels de santé. Cette répartition met en évidence une tendance générale à la délégation de cette tâche par les médecins généralistes, la majorité préférant ne pas effectuer ces examens eux-mêmes.

Les résultats observés sont en accord avec plusieurs études sur la pratique des médecins généralistes en ce qui concerne le dépistage du CCU. Une étude menée entre 1998 et 2009 a montré que la proportion de médecins généralistes n'effectuant pas les frottis de dépistage est passée de 24 % à 35 %, une tendance particulièrement marquée parmi les médecins femmes.⁸⁴ Cette évolution suggère un changement dans la manière dont les frottis sont réalisés, avec une propension croissante à la délégation de cette tâche.

De plus, une étude en Maine-et-Loire a révélé que 34,8 % des frottis ASC-US étaient effectués par des médecins généralistes, tandis que les autres étaient réalisés par des gynécologues, renforçant l'idée que les généralistes délèguent fréquemment cette responsabilité à des spécialistes.⁸⁵ Ce phénomène est également discuté par le HCSP, qui souligne que la délégation peut être perçue comme un moyen d'assurer un suivi spécialisé tout en optimisant les ressources au sein des structures de santé.⁸⁶

Dans notre étude, il est à noter que toutes les personnes effectuant les frottis étaient des femmes. Cependant, contrairement à l'étude de l'INCa⁸⁷, qui soulignait des caractéristiques communes - notamment l'exercice en milieu rural et un âge inférieur à 45 ans - ces critères n'ont pas été observés dans notre étude.

IV. 2. 2. 2. Délégation aux sages-femmes et laboratoires

La moitié des praticiens ne réalisant pas les frottis de dépistage du CCU orientent leurs patientes vers une sage-femme, avec laquelle un partenariat est déjà en place, tandis que l'autre moitié les dirige vers un laboratoire de biologie médicale en leur fournissant une ordonnance, notamment lorsque l'invitation envoyée par la sécurité sociale était dépassée ou perdue.

Cette répartition des orientations reflète des pratiques bien établies et la structure du système de soins local. Le partenariat avec les sages-femmes, souvent formées pour réaliser des frottis, témoigne de la délégation de certaines tâches aux professionnels de santé spécialisés dans les soins gynécologiques, facilitant ainsi l'accès au dépistage pour les patientes. Ce modèle de collaboration interprofessionnelle, où chaque acteur de santé assume des responsabilités bien définies, optimise les ressources disponibles et améliore la prise en charge des patientes.⁸⁸

L'orientation vers un laboratoire répond à des impératifs logistiques ou organisationnels, permettant aux praticiens de déléguer cette tâche sans alourdir leur emploi du temps tout en garantissant que le dépistage soit effectué de manière fiable et conforme. Cependant, cette option pose des questions sur la continuité du suivi, notamment en ce qui concerne le suivi des résultats et la gestion des anomalies éventuelles.⁸⁹

IV. 2. 2. 3. Une observance suivie par les médecins

Neuf praticiens sur dix s'assuraient de la bonne observance des FCU. Certains profitaient des consultations liées à d'autres sujets afin d'aborder également le dépistage, utilisant cette opportunité pour sensibiliser les patientes.^{90, 91}

Ce résultat met en évidence l'engagement des praticiens dans la promotion du dépistage du CCU. En effet, leur capacité à aborder le sujet lors d'autres consultations témoigne d'une volonté proactive d'intégrer la prévention dans le suivi médical des patientes. Cette approche peut être perçue comme un moyen efficace d'informer leurs patientes et de renforcer leur adhésion au dépistage, en particulier dans un contexte où la prévention n'est pas toujours la priorité des consultations.⁹⁰

De plus, la possibilité de discuter du dépistage pendant une consultation non spécifique permet de toucher un public qui ne viendrait pas nécessairement pour un suivi gynécologique. Cela témoigne également de la volonté des médecins de lever les barrières liées au manque d'information ou à l'appréhension que certaines patientes peuvent éprouver face au dépistage.⁹¹

IV. 2. 2. 4. Manquements observés malgré un suivi gynécologique supposé

La moitié des médecins estiment que leurs patientes bénéficient d'un suivi gynécologique. Toutefois, cette estimation repose uniquement sur la perception des praticiens,

puisque la question n'a pas été directement posée aux patientes elles-mêmes. Ce décalage entre l'estimation du suivi gynécologique et la réalité de l'observance au dépistage peut être interprété de diverses manières.

Premièrement, les praticiens peuvent avoir une vision biaisée du suivi des patientes. L'estimation du suivi gynécologique ne garantit pas que les patientes suivent effectivement toutes les recommandations de dépistage. Parfois, les médecins peuvent supposer qu'un suivi régulier implique également une observance régulière du dépistage, sans pour autant vérifier systématiquement l'adhérence de leurs patientes.⁹²

De plus, il est possible que les praticiens ne disposent pas d'informations suffisamment détaillées sur le parcours de santé de chaque patiente. Si le suivi gynécologique se concentre davantage sur des consultations générales ou des soins préventifs autres que le dépistage du CCU, cela peut limiter l'efficacité du suivi en matière de dépistage. La participation au dépistage n'est peut-être pas systématiquement abordée lors des consultations, ce qui conduit à une absence de suivi rigoureux des recommandations concernant le dépistage.⁹³

De plus, les trois quarts des praticiens ont observé des situations de manquement au dépistage du CCU, bien qu'ils estiment que leurs patientes bénéficient d'un suivi gynécologique.

En outre, même lorsque les patientes bénéficient d'un suivi gynécologique, plusieurs barrières peuvent entraver leur participation au dépistage. Ces obstacles peuvent inclure la réticence à subir un examen invasif, un manque de compréhension des bénéfices du dépistage, ou des croyances culturelles ou personnelles qui rendent la participation plus difficile.⁹⁴ Ce manque de participation au dépistage, malgré un suivi gynécologique, peut également refléter un déficit de communication entre le médecin et la patiente, où le praticien n'a peut-être pas suffisamment insisté sur l'importance du dépistage.

À noter que deux praticiens exerçant en zone rurale ont souligné que généralement leurs patientes ne bénéficiaient pas d'un suivi gynécologique. Ce résultat peut être expliqué par des facteurs géographiques et structurels propres aux zones rurales. En effet, la faible densité médicale en milieu rural constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins spécialisés, tels que le suivi gynécologique et le dépistage du CCU. Des études précédentes ont démontré qu'il existait un lien entre cette faible densité médicale et une moindre régularité dans le dépistage, ainsi qu'un taux plus élevé d'absence de suivi gynécologique chez les patientes vivant en milieu rural.⁹⁵ De plus, l'isolement social et les réticences culturelles à consulter

pour des soins gynécologiques peuvent également jouer un rôle dans cette situation. Les patientes vivant dans ces zones peuvent être moins informées sur l'importance du suivi gynécologique ou peuvent éprouver une certaine gêne à consulter un spécialiste, surtout lorsque celui-ci n'est issu de la même communauté ou lorsqu'il s'agit d'un domaine médical perçu comme intime.

IV. 2. 3. Difficultés rencontrées par les praticiens

IV. 2. 3. 1. Observation principale

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des praticiens constatent une forte adhésion au dépistage du CCU, avec des obstacles demeurant rares et ponctuels. Bien que quelques réticences aient été mentionnées, elles apparaissent comme des cas isolés et résultent d'une combinaison de facteurs individuels, plutôt que d'un problème structurel systémique. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette forte adhésion.

Tout d'abord, l'intégration systématique du dépistage dans la routine préventive, soutenue par les recommandations nationales et l'organisation du système de santé, a permis de normaliser cette démarche. L'existence de protocoles clairs et de campagnes de sensibilisation a contribué à rendre le dépistage plus accessible, tout en réduisant l'apparition d'obstacles.

Ensuite, l'efficacité de la communication entre le médecin et sa patiente joue un rôle essentiel. La relation de confiance établie entre le praticien et la patiente facilite grandement le dépistage, tandis qu'une information personnalisée et adaptée permet de lever les éventuelles appréhensions, qu'elles soient liées à la gêne, à la peur du geste ou à des barrières culturelles. Ces réticences, lorsqu'elles apparaissent, demeurent donc relativement isolées.

En somme, l'adhésion élevée au dépistage du CCU peut être attribuée à un système de prévention solide, où les interventions du médecin – notamment à travers des informations claires, des propositions adaptées et une relation de confiance – compensent largement les réticences individuelles, qui sont souvent multifactoriellement déterminées. Ces obstacles isolés relèvent davantage de spécificités personnelles ou contextuelles que d'un problème structurel dans la mise en œuvre du dépistage.

IV. 2. 3. 2. Difficultés liées au médecin

Pour près des trois-quarts des médecins interrogés, les difficultés rencontrées dans le dépistage du CCU en pratique clinique se résument principalement à un manque de temps et/ou à une expérience insuffisante en gynécologie.

Beaucoup de praticiens expliquent ne pas avoir bénéficié de stage en gynécologie lors de leur formation, ce qui a pu générer une certaine appréhension dans leur pratique gynécologique et à des compétences limitées dans la réalisation d'examens gynécologiques, tels que le frottis cervical.

De plus, certains soulignent que la principale contrainte réside dans l'impossibilité d'intégrer un temps dédié à la réalisation d'un frottis et/ou à la prévention dans le cadre d'une consultation déjà chargée. En médecine générale, les consultations sont souvent brèves et doivent répondre à de multiples demandes. Ce contexte limite la possibilité d'inclure des actes préventifs comme le dépistage du CCU, bien que les médecins en reconnaissent l'importance. Lorsque le temps est limité, les consultations se concentrent sur des problèmes immédiats, reléguant ainsi les actes de prévention à une position secondaire. Le dépistage, bien qu'essentiel, se retrouve ainsi moins pratiqué.

Il est à noter que certains praticiens ont exprimé un désintérêt pour la spécialité gynécologique. Fait surprenant, ce manque d'intérêt ne semble pas être lié au sexe, car il est rapporté tant par des hommes que par des femmes. Cela suggère que d'autres facteurs – tels que la formation et l'expérience pratique – pourraient jouer un rôle déterminant dans cette implication. L'absence d'expérience pratique en gynécologie, associée à un désintérêt pour cette spécialité, pourrait accroître la crainte de se retrouver en difficulté lors de la réalisation du geste de dépistage. Cela pourrait expliquer pourquoi certains praticiens préfèrent se concentrer sur les domaines où ils se sentent plus compétents.

IV. 2. 3. 3. Difficultés organisationnelles et accès aux soins

Plus de la moitié des médecins interrogés soulignent que le manque de praticiens spécialisés et les délais de consultation allongés compliquent le suivi gynécologique des patientes. Cette difficulté semble en grande partie due à une répartition inégale des spécialistes sur le territoire, avec un déficit particulièrement marqué en milieu rural et dans certaines régions sous-dotées. Cette disparité géographique allonge les délais d'attente et limite l'accessibilité aux soins, ce qui peut freiner la participation des femmes au dépistage du CCU.

À cette contrainte d'accès s'ajoute un désintérêt exprimé par certains médecins généralistes, hommes comme femmes, pour la pratique de la gynécologie, qui se concentrent sur d'autres domaines, réduisant ainsi le nombre de professionnels disponibles pour ces suivis spécifiques. Ces constats font écho aux travaux de Jusot⁹⁶, qui montrent que l'accessibilité aux soins, notamment une forte densité de médecins généralistes, favorise la participation des femmes au dépistage du CCU. De plus, il a été démontré qu'un dépistage organisé, combiné à une meilleure accessibilité aux soins, contribue à réduire les inégalités en matière de prévention du CCU.⁹⁷

Certains praticiens ont noté que la crise de la COVID-19 a non seulement retardé la prise en charge des patientes, mais a également impacté la reprise des dépistages. La mobilisation des ressources médicales pour la gestion de la pandémie a entraîné la suspension ou la réduction des consultations de suivi et de prévention, y compris celles dédiées au dépistage du CCU. Au-delà de ces effets immédiats, la crise a aussi eu des répercussions à plus long terme sur le parcours de soins des patientes, expliquant en partie leur éloignement post-pandémie. La rupture des habitudes de suivi médical, liée aux reports ou annulations de consultations, a pu créer une perte de repères et renforcer une tendance à différer encore davantage les rendez-vous de prévention. Après plusieurs mois d'évitement des structures de soins par crainte du virus, certaines patientes ont développé une forme de désengagement vis-à-vis de leur suivi gynécologique, notamment pour les actes perçus comme moins prioritaires. Cette évolution a contribué à une approche plus ponctuelle et symptomatique du recours aux soins, au détriment d'une prise en charge préventive régulière. Par ailleurs, la crise a accentué des problèmes structurels déjà présents, notamment la surcharge des cabinets médicaux et l'allongement des délais pour obtenir un rendez-vous. Face à ces contraintes, certaines patientes ont pu renoncer à consulter, faute de disponibilité rapide d'un professionnel de santé.

Les difficultés d'accès à un suivi gynécologique adéquat semblent résulter d'un enchevêtrement de facteurs, combinant un déficit de professionnels spécialisés, une répartition territoriale inégale et un moindre attrait de certains médecins pour cette spécialité. Ces éléments pourraient expliquer en partie pourquoi l'intégration systématique du dépistage du CCU reste complexe pour certains praticiens, et pourquoi l'accès à ces soins demeure limité pour une partie des patientes.

IV. 2. 3. 4. Difficulté liées au rôle du médecin dans le dépistage

Les expériences antérieures de suivi médical semblent influencer la perception des patientes quant à l'importance du dépistage du CCU. Certains médecins ont en effet observé que le dépistage n'était pas toujours intégré systématiquement dans les pratiques des médecins ayant assuré les suivis médicaux antérieurs ; ce qui pourrait expliquer une moindre sensibilisation de certaines patientes à son importance.

Un système de santé performant repose sur des soins primaires solides, incluant la promotion de la santé, la prévention et le dépistage, atout d'un médecin généraliste jouant un rôle central dans ce dispositif.⁹⁸ D'ailleurs, la prévention et le dépistage sont reconnus comme des compétences essentielles en médecine générale, et figurant dans les référentiels nationaux et internationaux de la profession.⁹⁹ En tant qu'interlocuteur privilégié des patientes et pivot dans leur parcours de soins, le médecin traitant joue un rôle clé dans l'adhésion au dépistage du CCU. Il peut modifier les comportements individuels et favoriser l'accès des patientes à ce dépistage. Grâce à une approche holistique prenant en compte les aspects médicaux, psychologiques et sociaux, il est en mesure de sensibiliser ses patientes et d'adapter son discours pour encourager leur participation. Lorsqu'il est convaincu de l'importance du dépistage, son engagement contribue à une meilleure adhésion des patientes aux recommandations en vigueur. Plusieurs études montrent d'ailleurs que l'implication du médecin traitant dans la promotion du dépistage est associée à une augmentation du taux de participation.^{100, 101}

L'importance du médecin généraliste dans l'accès au dépistage est confirmée par plusieurs études européennes. En effet, en 2017, une recherche a mis en évidence que les femmes ayant consulté un généraliste au cours de l'année étaient plus souvent à jour dans leur dépistage.¹⁰² Une autre étude de 2015 souligne que la moitié des femmes non à jour de leur dépistage n'avaient pas eu de consultation chez un généraliste dans l'année précédente.¹⁰³ Ces résultats mettent en lumière le rôle crucial du médecin traitant dans l'orientation des patientes vers le dépistage, qu'il effectue lui-même l'examen ou qu'il les oriente vers un autre professionnel de santé.

Ainsi, le médecin traitant joue un double rôle : d'une part, il est un acteur clé de l'incitation au dépistage en sensibilisant ses patientes, et d'autre part, il peut être le praticien réalisant lui-même l'examen. Sa relation de confiance avec les patientes constitue un levier

essentiel pour renforcer leur engagement dans la prévention. Plusieurs études ont d'ailleurs démontré que cette confiance a un impact direct sur l'adhésion aux recommandations de dépistage.^{104, 105, 106}

IV. 2. 3. 5. Difficultés relationnelles avec les patientes

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces réticences. La nature invasive de l'examen, qui nécessite une exposition intime, peut provoquer de la gêne, notamment chez certaines patientes pour qui cette démarche reste taboue. Cette gêne peut être amplifiée par des expériences antérieures négatives, un manque d'information, ou encore des facteurs socioculturels influençant la perception de la santé gynécologique et du dépistage.

Par ailleurs, la peur des résultats constitue un frein non négligeable. L'anxiété liée à l'éventualité d'un diagnostic défavorable peut pousser certaines patientes à éviter l'examen, par crainte des conséquences médicales et psychologiques d'un résultat positif. Ce phénomène, souvent qualifié de « peur du cancer », est largement documenté dans la littérature comme un facteur limitant l'adhésion au dépistage.¹⁰⁷ Enfin, l'appréhension liée au geste médical lui-même peut constituer un autre obstacle. La perception de la douleur, l'inconfort lié à l'examen ou encore la crainte de ressentir une gêne en présence du praticien, quel que soit son genre, peuvent dissuader les patientes de participer. Ces réticences sont d'autant plus marquées chez celles n'ayant pas jamais réalisé de frottis ou ayant eu une expérience antérieure négative.

Dans ce contexte, le rôle du médecin traitant s'avère une nouvelle fois primordial. Par son accompagnement, son écoute et sa pédagogie, il peut aider à atténuer ces appréhensions et favoriser une approche plus sereine du dépistage. L'instauration d'un climat de confiance, la prise en compte des freins individuels et l'adaptation du discours en fonction des craintes et attentes des patientes sont autant de leviers qui peuvent permettre d'améliorer leur adhésion au dépistage du CCU et d'élargir la couverture de la population cible.

IV. 2. 3. 6. Difficultés liées à l'examen gynécologique

Un praticien formé en gynécologie a souligné que, dans de rares cas, certaines particularités anatomiques des patientes, comme une hypertonie périnéale, pouvaient compliquer la réalisation du frottis. Ce point, non mentionné par les autres médecins

interrogés, soulève la question de l'impact des spécificités anatomiques sur la faisabilité du geste. Toutefois, cette difficulté semble davantage relever de l'expérience clinique des praticiens habitués à la gynécologie, que d'un obstacle systématique au dépistage.

Ce résultat peut être nuancé à plusieurs niveaux. D'une part, si l'hypertonie périnéale, peut compliquer la réalisation du frottis chez certaines patientes, elle ne constitue pas une contre-indication. Une prise en charge adaptée, incluant une approche rassurante, un positionnement optimisé ou l'usage d'un matériel spécifique, permet également de surmonter cette difficulté. D'autre part, le fait que cette problématique n'ait pas été mentionnée par la majorité des médecins interrogés peut s'expliquer par un moindre niveau d'expérience en gynécologie, limitant leur perception des subtilités techniques du geste.

Ces éléments soulignent l'importance d'une formation pratique des médecins généralistes à la réalisation des frottis. Une meilleure maîtrise des techniques facilitatrices et une sensibilisation aux différentes situations cliniques permettraient de surmonter certaines appréhensions et d'optimiser la prise en charge des patientes, y compris en cas de difficulté technique ponctuelle.

IV. 2. 3. 7. Difficultés liées au modèle de soins

Un praticien sur les dix interrogés a souligné que la médecine préventive, en particulier le dépistage, pouvait susciter des inquiétudes chez certaines patientes en bonne santé. Selon lui, la recherche de maladies, même chez des patientes asymptomatiques, pouvait générer de l'anxiété, notamment en raison de la répétition régulière des tests. Cette fréquence pouvait être perçue comme une source de stress, alimentée par l'incertitude concernant les résultats des dépistages. Cette réflexion pourrait également amener à s'interroger sur le rapport bénéfice-risque des programmes de dépistage.

Il est important de noter que ce praticien, l'un des plus expérimentés parmi les répondants, possède également un diplôme en éducation thérapeutique. Cette formation lui confère une approche plus centrée sur la gestion des émotions et la relation médecin-patient, ce qui l'a peut-être amené à observer et identifier plus précisément les préoccupations psychologiques des patientes vis-à-vis de la prévention. Son expertise pourrait lui avoir permis de mieux appréhender la dimension émotionnelle du dépistage, qui dépasse le cadre purement médical.

L'inquiétude liée au dépistage, surtout lorsqu'il est réalisé fréquemment, invite à une réflexion sur le rapport bénéfice-risque. Si, pour certaines patientes, les avantages d'une détection précoce sont indéniables, d'autres peuvent percevoir cette démarche comme une source de stress, notamment en raison du risque de faux positifs ou d'un diagnostic erroné. Cette perception peut générer une tension psychologique significative et conduire certaines patientes à s'interroger sur l'équilibre entre les bénéfices d'un dépistage régulier et son impact émotionnel. L'inquiétude face au dépistage, surtout lorsqu'il est réalisé à intervalles fréquents, invite à réfléchir sur le rapport bénéfice-risque. Si pour certaines patientes, les avantages d'une détection précoce sont évidents, d'autres peuvent percevoir cette démarche comme une source de stress, surtout si elles redoutent les risques d'un faux positif ou d'un diagnostic erroné. Cette perception peut créer une tension psychologique importante, et amener les patientes à remettre en question l'équilibre entre les bienfaits d'un dépistage régulier et les effets secondaires psychologiques d'un tel suivi.

Cette dynamique est également influencée par des facteurs individuels, tels que la perception personnelle de la santé ou la vulnérabilité psychologique face à la maladie. Par conséquent, il est essentiel que les professionnels de santé prêtent attention à ces préoccupations. En offrant des informations claires et rassurantes et en adaptant leur discours sur les avantages du dépistage, ils pourraient réduire les appréhensions des patientes et encourager une meilleure acceptation de celui-ci.

IV. 2. 4. Profil type

Près de la moitié des praticiens interrogés ont relevé des caractéristiques récurrentes chez les patientes peu ou pas observantes en matière de dépistage du CCU. Le profil type évoqué correspond à des femmes d'âge moyen (50-55 ans), souvent mères précoces, dont une vie familiale intense ne leur permet pas de bénéficier d'un suivi gynécologique régulier. Ces patientes proviendraient majoritairement d'un milieu socio-économique bas ou moyen, et le célibat aurait également été mentionné comme un facteur potentiel. Ce profil est corroboré par plusieurs études, qui associent un faible recours au dépistage chez les femmes de plus de 50 ans, notamment en raison de facteurs socio-économiques et de la réduction du suivi gynécologique à cet âge.^{108, 109, 110, 111}

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces résultats. D'une part, les femmes très investies dans leur vie familiale ont tendance à privilégier les besoins de leurs enfants et de

leur foyer, reléguant ainsi leur propre santé au second plan. Cette charge mentale, combinée à un emploi du temps souvent contraignant et à des horaires de travail peu flexibles, rend l'organisation de consultations médicales plus difficile, surtout si l'offre de soins ne s'adapte pas à ces contraintes.

D'autre part, la perception du dépistage pourrait évoluer avec l'âge. Passé un certain âge, notamment après la ménopause, certaines femmes pourraient ne plus se sentir concernées par ces examens, ce qui les éloignerait encore davantage du suivi gynécologique. Ce phénomène pourrait être renforcé par l'absence de partenaire, la sexualité étant parfois perçue comme un élément influençant la nécessité d'un suivi médical.

Quelques praticiens ont également souligné d'autres caractéristiques associées aux cas de non-observance du dépistage du CCU. Cependant, ces situations restent rares et ne permettent pas de définir un profil type. Parmi les facteurs évoqués figurent l'origine socio-démographique, l'absence de contraception durant la jeunesse, ainsi que l'influence d'antécédents familiaux de cancer.

Les résultats de plusieurs études suggèrent que la non-observance du dépistage du CCU résulte d'une interaction complexe de facteurs socio-économiques, comportementaux et psychologiques. En effet, les inégalités socio-économiques limitent souvent l'accès aux soins pour les populations défavorisées, qui se heurtent à des barrières financières, culturelles ou linguistiques et bénéficient, par conséquent, moins des programmes de dépistage.^{112, 113}

En outre, un praticien a souligné l'importance de l'origine étrangère dans les situations de non-recours au dépistage du CCU. Ce résultat est cohérent avec la littérature existante, qui indique que les femmes d'origine étrangère se font moins dépister, que ce soit en fonction de leur nationalité ou de leur lieu de naissance.^{114, 115, 116, 117, 118} Cette tendance pourrait s'expliquer par des obstacles supplémentaires rencontrés par ces femmes, notamment des barrières culturelles et linguistiques, ainsi qu'un manque d'information ou de familiarité avec le système de santé, ce qui impacte leur participation aux programmes de dépistage.

Par ailleurs, l'absence de recours aux méthodes contraceptives durant la jeunesse, souvent indicatrice d'un suivi médical moins régulier, réduit les opportunités d'éducation et de sensibilisation à l'importance du dépistage.¹¹⁹ De surcroît, les antécédents familiaux de cancer exercent une influence ambivalente : pour certaines patientes, ils renforcent la motivation à se faire dépister, tandis que pour d'autres, ils génèrent une anxiété pouvant conduire au refus du dépistage.¹²⁰

Ces différents éléments suggèrent que la non-observance du dépistage résulte d'une interaction complexe de facteurs socio-économiques, comportementaux et psychologiques. Par ailleurs, une combinaison de facteurs personnels, sociaux et organisationnels semble jouer un rôle clé dans cette faible participation. Ce constat souligne l'importance d'adapter les stratégies de communication et d'intervention afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des populations à risque et de mettre en place une approche plus personnalisée pour améliorer l'adhésion aux programmes de dépistage.

IV. 2. 5. Facteurs socio-économiques

IV. 2. 5. 1. Conditions de vie

Les résultats indiquent que le manque d'accès aux outils informatiques et la faible maîtrise des technologies numériques, constatés par une majorité de praticiens, peuvent représenter des obstacles majeurs à la participation au programme de dépistage.

Ce constat s'explique notamment par la fracture numérique, qui reflète une inégalité d'accès aux technologies de l'information, particulièrement marquée chez les populations économiquement défavorisées ou ayant un niveau d'éducation limité.¹²¹ Ces inégalités restreignent l'accès à l'information en matière de santé et freinent l'utilisation des outils numériques facilitant la prise de rendez-vous ou la consultation de conseils médicaux.¹²²

Par ailleurs, le manque de temps, souvent attribué aux contraintes familiales et professionnelles, est également identifié comme un facteur déterminant de la faible participation au dépistage. Plusieurs études soulignent que la difficulté à concilier vie professionnelle, engagements familiaux et suivi des soins préventifs constitue un frein majeur à l'adhésion aux programmes de dépistage.¹²³

Ainsi, l'interaction entre ces obstacles – le déficit de compétences numériques et les contraintes temporelles – souligne l'importance de développer des stratégies d'intervention adaptées, visant à réduire ces barrières et à améliorer l'accès aux soins préventifs.¹²⁴

IV. 2. 5. 2. Conditions économiques

Pour l'ensemble des praticiens, le niveau socio-économique apparaît comme un facteur déterminant dans le suivi insuffisant du dépistage du CCU. En effet, le coût des consultations,

associé aux dépassements d'honoraires, influe sur l'accès aux services médicaux et dans la relation des patients aux soins, contribuant ainsi significativement à ces manquements.

Les résultats suggèrent que le niveau socio-économique constitue un facteur clé dans les manquements au suivi du dépistage du CCU. En effet, selon l'ensemble des praticiens, le coût des consultations et les dépassements d'honoraires représentent des obstacles financiers importants pour les patientes issues de milieux moins favorisés.¹²⁵ Ces charges financières, combinées à une stratification sociale impliquant des disparités dans l'accès aux soins et une relation différenciée avec le système de santé, peuvent dissuader la participation aux programmes de dépistage.¹²⁶ Des études ont en effet montré que les inégalités économiques et sociales influencent significativement l'accès aux soins préventifs. Les patientes appartenant à des catégories socio-économiques défavorisées sont souvent moins informées et moins enclines à recourir aux services de dépistage, en raison de la perception d'un coût élevé et d'un manque de confiance envers les structures de soins.¹²⁷ En effet, le coût des consultations et les dépassements d'honoraires représentent des obstacles financiers importants pour ces patientes, ce qui impacte leur participation aux programmes de dépistage. Ces obstacles sont souvent aggravés par des disparités dans la communication et l'accompagnement des patientes, qui contribuent à creuser l'écart dans l'observance du dépistage.^{125, 126}

De plus, la littérature sur les données françaises confirme qu'un contexte socio-économique défavorisé réduit le recours au dépistage du CCU, un phénomène également observé dans notre étude. Les résultats de Vallée et al.¹²⁸ et d'Araujo et al.¹²⁹ appuient cette observation en mettant en évidence que des facteurs contextuels, tels que le milieu socio-économique et le quartier de résidence, ont un impact significatif sur la participation aux activités de prévention, notamment au dépistage du CCU. Ainsi, les disparités socio-économiques influencent fortement l'engagement des patientes dans ces programmes, avec des conséquences directes sur la couverture préventive et la détection précoce.

IV. 2. 5. 3. Facteurs culturels et perception de la santé

Dans la majorité des cas, les praticiens ont mis en évidence plusieurs facteurs influençant l'adhésion au dépistage du CCU, notamment la barrière linguistique, la perception du dépistage en fonction de l'âge et de la ménopause, ainsi que la gêne liée à l'examen gynécologique dans certains contextes culturels et religieux. Ces facteurs, bien que distincts,

sont étroitement liés et interagissent souvent entre eux, limitant ainsi l'accès au dépistage et la participation des patientes.

La barrière linguistique constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins, car elle réduit la compréhension des informations médicales essentielles et nuit à la communication entre les patientes et les professionnels de santé. Les patientes allophones, en particulier, peuvent avoir un accès limité aux campagnes de sensibilisation et aux informations sur les recommandations de dépistage, ce qui compromet leur participation à ces programmes. Des études de 2019 et 2020 ont montré que les femmes issues de minorités linguistiques sont souvent moins enclines à effectuer un suivi gynécologique en raison d'une compréhension insuffisante des enjeux du dépistage et d'une méfiance généralisée envers le système de santé, exacerbée par la barrière linguistique.^{130, 131}

En outre, l'âge et la ménopause influencent significativement la perception de la nécessité du dépistage du CCU. Après la ménopause, de nombreuses patientes considèrent que le dépistage devient moins pertinent, en grande partie en raison d'une méconnaissance des risques persistants, même après la fin de la vie reproductive. Cette perception erronée est souvent associée à une réduction du suivi gynécologique à cet âge et à une moindre sensibilisation aux risques à long terme, malgré la persistance du risque de CCU. En effet, les femmes ménopausées sont souvent moins suivies gynécologiquement, ce qui contribue à la baisse de la participation au dépistage.^{132, 133} Cette réalité est confirmée par d'autres études, qui montrent une diminution de la réalisation du frottis de dépistage à partir de 50 ans, en raison de la réduction des suivis gynécologiques et d'une information insuffisante sur la nécessité du dépistage au-delà de la période reproductive.¹³⁴

Dans cette dynamique, les perceptions de la santé et les représentations de la maladie jouent également un rôle clé dans le recours au dépistage. En effet, les femmes qui perçoivent l'importance du dépistage ou saisissent la gravité du cancer sont plus enclines à se faire dépister.¹³⁵ Cette perception de la gravité de la maladie semble favoriser une attitude proactive vis-à-vis de la prévention, notamment chez celles qui sont informées des risques persistants du CCU, même après la ménopause.

Enfin, la gêne liée à la nudité et à l'examen gynécologique, particulièrement dans certains contextes culturels et religieux, constitue également un frein à la participation au dépistage. Dans des sociétés où la pudeur est très valorisée et où le corps est perçu de manière

intime et privée, l'examen gynécologique peut être perçu comme une intrusion. Cette gêne peut être exacerbée dans des communautés où des préférences existent pour des praticiens du même sexe ou en raison d'un manque de sensibilisation culturelle adaptée. Les études montrent que, dans certains cas, le dépistage du CCU est considéré comme un acte intrusif, entraînant un rejet ou une forte réticence à se soumettre à l'examen gynécologique.^{136, 137, 138}

Il est essentiel d'adapter les stratégies de sensibilisation et d'organisation du dépistage du CCU afin d'encourager une participation accrue, notamment chez les femmes ménopausées. L'amélioration de l'accessibilité linguistique, la prise en compte des spécificités culturelles pour réduire la gêne liée aux examens gynécologiques et le renforcement de l'information sur les risques après 50 ans sont des leviers clés. Une approche inclusive et ciblée, combinant sensibilisation adaptée et suivi gynécologique renforcé, permettrait ainsi de maintenir l'engagement de cette population et d'améliorer la prévention de la maladie.

IV. 2. 5. 4. Niveau éducatif et connaissances

Les résultats observés, à savoir l'absence de connaissance ou la méconnaissance du dépistage du CCU, sont étroitement liés à plusieurs facteurs interconnectés, notamment le niveau d'éducation et l'accès à l'information.

En effet, la majorité des praticiens a observé qu'un faible niveau d'éducation est souvent corrélé à un manque d'information sur le dépistage, ce qui pourrait expliquer la faible participation au programme de prévention.

Les patientes ayant un niveau d'éducation plus faible sont souvent confrontées à un accès limité à des informations médicales fiables et compréhensibles sur les bienfaits du dépistage. Ce manque de sensibilisation peut découler d'une exposition insuffisante à des messages de santé adaptés et d'une méconnaissance des enjeux du dépistage. Les études ont révélé que les femmes avec un faible niveau d'éducation sont moins susceptibles de connaître les programmes de dépistage et, par conséquent, de participer à ces initiatives de prévention, notamment en raison de leur faible compréhension des risques de santé à long terme et des avantages du dépistage précoce.^{109, 111, 114, 128, 139}

De plus, ces patientes rencontrent fréquemment des obstacles pour accéder à des ressources éducatives adaptées ou se retrouvent avec des supports mal ciblés, rendant ainsi l'information encore plus difficile à assimiler. Elles possèdent souvent des connaissances

limitées sur le dépistage, le cancer et les options de traitement disponibles.¹³⁵ Cette situation peut être en partie attribuée à une faible littératie en santé.¹⁴⁰ La littératie en santé se définit comme la capacité d'un individu à rechercher, analyser et comprendre les informations relatives aux soins et au système de santé, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé.¹⁴¹ Prendre en compte la littératie en santé dans l'accompagnement des patientes peut améliorer leur engagement, faciliter la prise de décisions éclairées et avoir un impact positif sur leur santé.¹⁴² En l'absence de campagnes de sensibilisation bien adaptées, les femmes peuvent ne pas être suffisamment informées sur l'importance du dépistage, ce qui compromet leur participation.¹⁴³

De plus, les facteurs socio-économiques jouent un rôle déterminant. Les patientes ayant un faible niveau d'éducation proviennent souvent de milieux socio-économiques moins favorisés, où les préoccupations quotidiennes, telles que l'emploi et la gestion des responsabilités familiales, prennent souvent le pas sur les préoccupations de santé préventive. Cela explique pourquoi ces femmes sont moins susceptibles de participer au programme de dépistage du CCU, l'engagement dans des actions de prévention étant perçu comme secondaire face à des priorités plus pressantes. Ce phénomène est renforcé par un manque de ressources et d'opportunités d'éducation à la santé dans ces milieux.¹⁴⁴

Enfin, l'absence de stratégies de communication adaptées constitue également une barrière importante. Les messages de santé publique doivent non seulement être compréhensibles, mais aussi culturellement adaptés aux différentes populations. Cependant, la communication autour du dépistage du CCU est souvent mal ciblée et ne tient pas compte des spécificités des femmes ayant un faible niveau d'éducation. Il est donc essentiel de développer des outils de sensibilisation accessibles et adaptés à ces patientes, en utilisant des supports visuels et des messages clairs qui prennent en compte les barrières linguistiques et sociales existantes.

En résumé, la méconnaissance du dépistage du CCU chez les patientes ayant un faible niveau d'éducation peut être expliquée par une combinaison de facteurs interconnectés : le manque d'éducation sanitaire, l'accès limité à l'information, les facteurs socio-économiques et l'absence de stratégies de communication adaptées

IV. 2. 5. 5. Environnement social

Les résultats de cette étude ont mis en évidence l'influence significative de l'environnement social sur l'observance du dépistage du CCU, avec des éléments tels que les croyances complotistes et les perceptions sociales jouant un rôle déterminant.

En effet, un environnement social marqué par des idées fausses ou des théories du complot peut décourager les femmes de participer au programme de dépistage, en alimentant des peurs irrationnelles ou en générant des doutes sur l'efficacité et la sécurité des examens médicaux. De plus, les réseaux sociaux et les interactions avec des proches ou des membres de communautés peuvent renforcer ces croyances, créant ainsi une sorte de cercle vicieux où la méfiance envers les autorités de santé se transmet de génération en génération. Ces éléments soulignent la nécessité de tenir compte des croyances sociales et culturelles dans la conception des stratégies de sensibilisation et des campagnes de dépistage.

Par ailleurs, certains facteurs socio-économiques, tels que la pauvreté ou le faible niveau d'éducation, peuvent accentuer cette méfiance et rendre les patientes plus vulnérables face à des informations erronées, limitant ainsi leur engagement dans des actions préventives. Les théories complotistes, en particulier celles concernant les vaccins ou les traitements médicaux, ont été fréquemment identifiées comme des barrières à l'observance des recommandations sanitaires. Selon des études récentes, les femmes issues de communautés où ces croyances sont répandues sont moins enclines à se soumettre à des examens de dépistage ou à adopter des comportements préventifs en raison de leur scepticisme vis-à-vis des systèmes de santé.^{145, 146}

Parallèlement, le soutien social apparaît comme un facteur clé dans l'engagement des femmes dans le dépistage du CCU. Le soutien social, qu'il soit familial, amical, communautaire ou professionnel, permet aux femmes de surmonter leurs peurs liées au dépistage et de se sentir motivées à prendre soin de leur santé. Ce réseau de soutien joue un rôle essentiel en offrant encouragements et rassurance, ce qui incite les femmes à participer aux actions de prévention.^{147, 148} Le rôle du soutien social dans la prévention est donc déterminant, et il est crucial d'intégrer cette dimension dans les politiques de santé publique visant à améliorer la participation au dépistage du CCU.

IV. 2. 6. Communication : promotion du dépistage

Les praticiens ont presque tous proposé des pistes d'amélioration pour promouvoir le dépistage du CCU. Certaines suggestions concernant la communication et la pratique médicale ont été évoquées de manière conjointe par les médecins, tandis que d'autres l'ont été de manière plus sporadique.

Les résultats suggérant l'amélioration du dépistage du CCU à travers des campagnes d'affichage renforcées, une répétition du message par les médecins et un accès simplifié à l'information sont en adéquation avec plusieurs études ayant démontré l'efficacité de ces approches. En effet, des campagnes de sensibilisation bien ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des populations ont prouvé leur efficacité dans l'augmentation de la participation au dépistage. Une étude menée par Horne et al.¹⁴⁹ montre que des messages de santé visuels, particulièrement ceux qui sont adaptés culturellement et linguistiquement, peuvent accroître la compréhension et l'adhésion au programme de dépistage. Ces campagnes doivent non seulement être accessibles, mais aussi percutantes, en mettant l'accent sur les bénéfices du dépistage précoce et en dissipant les peurs liées à ce dernier. Les résultats de cette étude confirment l'importance de messages personnalisés et contextuellement adaptés pour toucher les différentes catégories de la population, en particulier les groupes à risque qui pourraient être mal informés ou réticents face au dépistage.

D'autre part, la répétition des messages de santé par les médecins a également été démontrée comme un facteur clé d'amélioration de l'adhésion au dépistage. Une étude de Levinson et al.¹⁵⁰ souligne que l'engagement des professionnels de santé, en particulier à travers des recommandations régulières et la création d'une relation de confiance avec les patientes, joue un rôle fondamental dans la réduction des hésitations vis-à-vis du dépistage. Cela est d'autant plus pertinent pour les populations jeunes, qui pourraient avoir une perception erronée de leur vulnérabilité face au CCU. En insistant sur l'importance du dépistage dès les premières consultations, les médecins peuvent encourager une prise de conscience précoce et motiver les jeunes femmes à s'engager dans ces pratiques de prévention.

Enfin, l'accès permanent et simplifié à l'information est également un élément clé de l'amélioration de l'observance. Une revue de la littérature de Boulware et al.¹⁵¹ a montré que l'accès facile et continu à l'information sur le dépistage, qu'il s'agisse de brochures, de sites

Web ou de lignes d'assistance téléphonique, peut aider à surmonter les barrières liées à l'ignorance ou à la méfiance vis-à-vis des examens. La mise en place de ressources facilement accessibles permet aux patientes de mieux comprendre les processus de dépistage, ce qui les incite à prendre des décisions éclairées et à participer activement au programme de prévention.

Certains praticiens ont également souligné l'importance de mettre en place une journée de consultation spécifique, adaptée aux besoins de la population cible et éventuellement mieux rémunérée. Ils ont également évoqué l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire pour améliorer la prise en charge du dépistage du CCU.

Ce constat peut s'expliquer par le fait que des journées de consultation dédiées permettent de mieux organiser les soins, en concentrant les ressources sur un objectif spécifique et en facilitant l'accès des patientes aux services de dépistage. Une telle initiative pourrait également contribuer à réduire les délais d'attente et à améliorer la qualité des consultations, ce qui est particulièrement important pour les patientes qui hésitent ou rencontrent des difficultés à se rendre chez le médecin.

D'autre part, la notion de pluridisciplinarité, qui implique la collaboration entre plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues...), peut renforcer l'efficacité des actions de dépistage en prenant en compte à la fois les aspects médicaux, psychologiques et sociaux du parcours de soin. Des études ont montré que la création de journées de dépistage dédiées améliore l'accessibilité et la participation au dépistage. Par exemple, une étude menée par Lalonde et al.¹⁵² a révélé que l'organisation d'événements de dépistage ciblés et bien planifiés dans des lieux spécifiques augmente le taux de participation, en particulier parmi les populations sous-représentées. De plus, la rémunération des praticiens, en particulier pour les actions de prévention et de dépistage, est un facteur important pour motiver les professionnels de santé à s'engager activement dans ces démarches.¹⁵³ En ce qui concerne la pluridisciplinarité, plusieurs recherches ont mis en évidence son efficacité dans le domaine de la santé préventive. En 2020, une étude de Le Roux et al.¹⁵⁴ a montré que la collaboration entre différents professionnels de santé améliore l'accompagnement des patientes et permet d'aborder le dépistage sous plusieurs angles, ce qui facilite une prise en charge plus complète et plus personnalisée.

Ces résultats suggèrent qu'une approche multimodale, alliant une communication ciblée et une modification des pratiques médicales en matière de prévention, pourrait améliorer

l'observance du dépistage du CCU, en particulier au sein des populations jeunes et mal informées. En intégrant des stratégies de sensibilisation adaptées aux spécificités des patientes, en renforçant le rôle des professionnels de santé dans la répétition des messages, et en organisant des consultations dédiées et mieux rémunérées, il serait possible de surmonter certaines barrières liées à l'accès aux soins et à la connaissance des bienfaits du dépistage. Une telle approche, combinée à une gestion pluridisciplinaire du parcours de soins, pourrait ainsi favoriser une plus grande participation au dépistage et améliorer les taux de détection précoce, essentiels pour une prise en charge optimale.

V. PERSPECTIVES

V. 1. Amélioration de la méthodologie de l'étude

Afin d'approfondir les résultats obtenus et de fournir une analyse plus précise des difficultés rencontrées dans le cadre du dépistage du CCU, plusieurs modifications méthodologiques pourraient être envisagées.

Élargissement de l'échantillon

Une première piste consisterait à augmenter le nombre de praticiens interrogés afin d'obtenir des résultats plus représentatifs. Il serait particulièrement pertinent d'inclure des médecins exerçant en zones rurales et semi-rurales, notamment en Indre-et-Loire, afin d'identifier d'éventuelles disparités géographiques dans les pratiques et les obstacles au dépistage. Cette technique permettrait d'homogénéiser les résultats entre les deux départements.

Recueil des données auprès des patientes

Un des points faibles de l'étude actuelle réside dans l'absence de retour direct des patientes sur les obstacles qu'elles rencontrent. Les résultats montrent que peu de praticiens cherchent activement à comprendre les réticences des patientes, puisque seuls deux des médecins interrogés ont mentionné avoir demandé des explications concernant les refus de dépistage. La majorité des conclusions reposaient ainsi sur des suppositions.

Afin de pallier cette limite, une étude complémentaire pourrait être menée directement auprès des patientes. Deux approches pourraient être envisagées : une étude quantitative, utilisant des questionnaires et des échelles de Likert, permettant d'obtenir un large échantillon de réponses et de mesurer la fréquence des difficultés rencontrées, ou une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels, afin d'explorer en profondeur les freins et motivations des patientes. Cela permettrait d'obtenir des résultats plus concrets et de limiter les biais liés aux perceptions des médecins.

Exploration d'autres méthodes qualitatives

Une autre piste intéressante serait d'intégrer des *focus group* entre médecins généralistes. Ces groupes de discussion favoriseraient les échanges d'expériences, permettant ainsi d'identifier collectivement des solutions aux difficultés rencontrées. Cette approche

favoriserait également l'émergence de recommandations concrètes, adaptées à la réalité de la pratique quotidienne.

Mise en place d'une étude longitudinale

Pour mieux comprendre l'évolution des pratiques et l'impact de certaines interventions, il serait pertinent de mener une étude longitudinale. En suivant un groupe de médecins et leurs patientes sur plusieurs mois, voire années, cette étude permettrait d'analyser les tendances et d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place pour améliorer le dépistage.

V. 2. Propositions concrètes pour promouvoir le dépistage

Face aux difficultés rencontrées par les praticiens dans le dépistage du CCU, plusieurs pistes d'amélioration pourraient être envisagées afin de favoriser une meilleure participation des patientes et optimiser la pratique médicale. Bien que non évoquées par les praticiens interrogés dans cette étude, ces initiatives pourraient contribuer à rendre le dépistage plus accessible et efficace.

Amélioration de la communication

L'une des premières actions concrètes et peu coûteuses consisterait à établir un annuaire régional des professionnels réalisant les frottis (médecins, sages-femmes, laboratoires) et à l'inclure systématiquement dans les invitations au dépistage. Cette initiative permettrait aux patientes d'accéder plus facilement aux informations pratiques et d'identifier rapidement un professionnel de santé pouvant réaliser l'examen.

Renforcement du rôle des médecins généralistes et formation

Il serait également pertinent d'évaluer les formations actuelles sur le dépistage et la communication dispensées aux médecins généralistes durant leur cursus. L'intégration de modules pratiques dédiés à ces aspects dans la formation initiale pourrait renforcer les compétences des praticiens et favoriser leur implication dans la sensibilisation des patientes.

Par ailleurs, la mise en place d'un réseau local de médecins référents en dépistage permettrait de soutenir les collègues moins à l'aise avec cette thématique. Ces référents joueraient un rôle de conseil et d'accompagnement, favorisant ainsi une meilleure diffusion des bonnes pratiques.

Facilitation de l'accès au dépistage

Aucun des praticiens interrogés n'a mentionné la communication par SMS, alors que plusieurs études ont démontré son efficacité pour augmenter les taux de participation au dépistage.^{155, 156, 157} La généralisation de l'envoi de rappels par SMS, incluant des informations pratiques sur le dépistage, pourrait constituer une stratégie efficace pour améliorer l'adhésion des patientes.

De plus, bien que les praticiens aient souligné le faible niveau socio-économique de certaines patientes peu ou pas observantes, la prise en charge des frais de transport n'a pas été envisagée comme un levier d'amélioration. Pourtant, une étude a montré que l'ajout d'une aide financière pour le transport aux rappels par SMS renforçait encore davantage la participation au dépistage.¹⁵⁸

Enfin, le développement et la distribution de kits d'auto-prélèvement représenteraient une alternative intéressante pour les femmes ne souhaitant pas réaliser de frottis en cabinet. Cette stratégie permettrait d'atteindre un public plus large, notamment celles réfractaires à la pose d'un spéculum. Plusieurs études ont démontré l'impact positif de l'auto-prélèvement sur le taux de participation au dépistage du CCU.¹⁵⁹ Un essai randomisé contrôlé mené en Indre-et-Loire a déjà évalué son effet chez les femmes n'ayant pas répondu à une invitation au dépistage : le taux de participation était de 22,5 % avec un kit d'auto-prélèvement, contre 11,7 % avec une invitation classique au frottis et seulement 9,9 % sans intervention extérieure.¹⁶⁰ Ces résultats illustrent l'intérêt de cette méthode pour renforcer la couverture du dépistage.

En somme, ces différentes approches visent à lever les obstacles identifiés et à promouvoir un dépistage du CCU plus efficace et accessible. En combinant des actions de communication ciblées, un meilleur accompagnement des médecins et des stratégies facilitant l'accès au dépistage, il serait possible d'améliorer l'adhésion des patientes tout en optimisant la prise en charge préventive.

VI. CONCLUSION

Le dépistage du CCU constitue un enjeu majeur de santé publique, permettant une détection précoce des lésions précancéreuses et une réduction significative de la mortalité associée. Toutefois, malgré l'existence d'un PNDO, la participation reste insuffisante, limitant ainsi son efficacité. Ce manque d'adhésion, tant du côté des patientes que des praticiens, représente un défi majeur nécessitant une amélioration continue des stratégies de sensibilisation et d'accessibilité au dépistage.

Cette étude qualitative a mis en évidence plusieurs difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la mise en œuvre du dépistage, notamment un manque de formation spécifique, des contraintes organisationnelles et les réticences de certaines patientes liées à des facteurs culturels, socio-économiques ou à la crainte de l'examen gynécologique.

Afin d'affiner ces résultats et d'approfondir la compréhension des freins au dépistage, plusieurs améliorations méthodologiques pourraient être envisagées. L'élargissement de l'échantillon des praticiens interrogés permettrait d'obtenir des données plus représentatives, notamment en incluant des médecins exerçant en zones rurales et semi-rurales, où les problématiques d'accès aux soins diffèrent. De plus, un recueil direct de données auprès des patientes offrirait un éclairage essentiel sur leurs réticences et motivations, limitant ainsi le biais des suppositions formulées par les médecins. L'intégration de nouvelles méthodologies, telles que des *focus groups* entre praticiens ou une étude longitudinale suivant l'évolution des pratiques et de l'adhésion des patientes, pourrait également enrichir l'analyse des facteurs influençant le dépistage.

Parallèlement aux pistes d'amélioration méthodologiques, plusieurs actions concrètes pourraient être mises en place pour favoriser l'adhésion au dépistage. Par exemple, la création d'un annuaire régional des professionnels réalisant les frottis pourrait être intégrée aux invitations envoyées aux patientes. Le renforcement de la formation des médecins généralistes sur le dépistage et la communication avec les patientes permettrait également d'accroître leur implication. Par ailleurs, des mesures facilitant l'accès au dépistage, telles que l'envoi de rappels par SMS – stratégie dont l'efficacité a déjà été démontrée dans d'autres contextes – ou la prise en charge des frais de transport pour les patientes les plus précaires, pourraient contribuer à améliorer les taux de participation. Enfin, le développement et la généralisation

de l'auto-prélèvement constitueraient une alternative prometteuse pour les femmes réticentes à l'examen gynécologique classique en cabinet ou au laboratoire.

Au-delà de son apport scientifique, ce travail a permis un approfondissement de la compréhension des difficultés liées au dépistage du CCU et d'envisager des solutions pragmatiques pour améliorer l'adhésion des patientes. Il porte un regard critique sur les pratiques médicales et l'importance d'une approche globale, intégrant à la fois des stratégies médicales, organisationnelles et sociales. Cette réflexion conforte l'idée que la médecine générale joue un rôle central dans la prévention et qu'il est essentiel de continuer à améliorer nos pratiques pour mieux accompagner les patientes.

En somme, cette étude met en lumière les multiples freins au dépistage du cancer du col de l'utérus et propose des solutions pour améliorer l'adhésion des patientes ainsi que l'implication des médecins généralistes. La mise en place d'une stratégie combinée, associant le renforcement de la formation des praticiens, l'optimisation des outils de communication et la facilitation de l'accès au dépistage, s'avère essentielle pour garantir une couverture optimale et réduire l'incidence de cette pathologie évitable.

BIBLIOGRAPHIE

1. INCa, Institut National du Cancer. Papillomavirus et cancer [en ligne]. 2018 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Papillomavirus-et-cancer>
2. HAS, Haute Autorité de Santé. Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humains (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage [en ligne]. 2020 [cité le 05 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage
3. Shield KD, Marant Micallef C, de Martel C, Heard I, Megraud F et al. New cancer cases in France attributable to infectious agents : a systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2017 ; 33(3) : 263-74. [DOI 10.1007/s10654-017-0334-z].
4. Centre de Lutte contre le Cancer Léon Bérard. Infection à Papillomavirus Humains (HPV). [en ligne]. 2024 [cité le 6 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/expositions-environnementales/infection-a-papillomavirus-humains-hpv>
5. HAS, Haute Autorité de Santé. HAS. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [en ligne]. 2019 [cité le 6 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
6. INCa, Institut National du Cancer. La vaccination contre les cancers HPV, pour les filles et les garçons dès 11 ans. [en ligne]. 2024 [cité le 6 novembre 2024]. Disponible sur : <https://vaccination-hpv.e-cancer.fr>
7. INCa, Institut National du Cancer. Vaccination contre les cancers HPV [en ligne]. 2024 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Vaccination-contre-les-cancers-HPV>
8. La Faou A. Virologie humaine. *Le pharmacien hospitalier et clinicien*. 2012 ; 47(2) : 143-4. [DOI 10.1016/j.phclin.2012.04.006].
9. Blanc B. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Paris Berlin Heidelberg : Springer ; 2005.
10. Baraquin A, Marty-Quinernet S, Selmani Z, Lepiller Q, Pretet J-L. Des avancées dans la prévention des papillomavirus humains. *Actual Pharma*. 2021 ; 60(608 supplément) : 13-5. [DOI 10.1016/j.actpha.2021.06.021].
11. MSD France, Papillomavirus.fr. Les cancers liés aux papillomavirus [en ligne]. 2023 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://papillomavirus.fr>
12. Simon P, Poppe W. Place de la vaccination antipapillomavirus après 25 ans Should the antipapillomavirus vaccination after the age of 25 be advised ? *J Gynecol obstét biol reprod*. 2008 ; 37(8) : 748-52. [DOI 10.1016/j.jgyn.2008.07.003].

13. Santé Publique France. Infections à papillomavirus [en ligne]. 2019 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus>
14. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Cancer du col de l'utérus [en ligne]. 2024 [cité le 13 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
15. Pretet J-L, Charlot J-F, Mouglin C. Aspects virologiques et carcinologiques des papillomavirus humains HPV. *Bull Academie Natl Medecine*. 2007 ; 191(3) : 611-23. [PMID 18072657].
16. Dauendorffer J-N, Ly S. Lésions génitales précancéreuses. *Dermatologie Genitale*. 8 : 216-35. [DOI 10.1016/B978-2-294-76828-6.00008-1].
17. Ostör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia : a critical review. *Int J Gynecol Pathol*. 1993 ; 12(2) : 186-92.
18. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Papillomavirus et cancer [en ligne]. 2024 [cité le 13 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
19. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjosé S, Fakhry C et al. Carcinogenic Human Papillomavirus Infection. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016 ; 2 (1) : 1-20. [DOI 10.1038/nrdp.2016.86].
20. Slavinsky J, Kissinger P, Burger L, Boley A, DiCarlo RP et al. Seroepidemiology of Low and High Oncogenic Risk Types of Human Papillomavirus in a Predominantly Male Cohort of STD Clinic Patients. *International Journal of STD & AIDS*. 2001 ; 12 (8) : 516-23. [DOI 10.1258/0956462011923615].
21. CIRC, Centre International de Recherche sur le Cancer. IARC monographs on the evaluation risks to humans, A review of human carcinogens. Part A : pharmaceuticals ; 2008 ; 100A.
22. Franco EL, Villa L, Ruiz A, Costa MC. Transmission of Cervical Human Papillomavirus Infection by Sexual Activity : Differences between Low and High Oncogenic Risk Types. *The Journal of Infectious Diseases*. 1995 ; 172 (3) : 756-63. [DOI 10.1093/infdis/172.3.756].
23. Han J, Waller JL, Colombo RE, Spearman V, Young L et al. Incidence and Risk Factors for HPV-Associated Cancers in Women with End-Stage Renal Disease. *Journal of Investigative Medicine : The Official Publication of the American Federation for Clinical Research*. 2021 ; 68 (5) : 1002-10. [DOI 10.1136/jim-2019-001262].
24. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Body fatness and weight gain and the risk of cancer. 2018 [cité le 4 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.cancer-environnement.fr/app/uploads/2022/09/WCRF-2018.-Body-fatness-and-weight-gain-and-the-risk-of-cancer.pdf>
25. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer : the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002 ; 359(9312) : 1093-101. [DOI 10.1016/S0140-6736(02)08151-5].
26. American Cancer Society. Risk Factors for Cervical Cancer [en ligne]. 2020 [cité le 11 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>

27. Mariaggi A-A, Descamps D, Charpentier C. Diversité génétique des papillomavirus humains. *J Anti-Infect*. 2017 ; 19(3-4) : 125-33.
28. Société canadienne du cancer. Le col de l'utérus [en ligne]. 2024 [cité le 1 novembre 2024]. Disponible sur : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/what-is-cervical-cancer/the-cervix#:~:text=Fonction%20du%20col%20de%20l,entrer%20dans%20l'ut%C3%A9rus>
29. Centre de Lutte contre le Cancer Léon Bérard. Cancer du col de l'utérus. [en ligne]. 2024 [cité le 1 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-du-col-de-luterus>
30. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A et al. Cervical cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *ESMO*. 2017 ; 28(sup4). DOI [10.1093/annonc/mdx220].
31. GCO, Global Cancer Observatory. Cervix uteri [en ligne]. 2024 [cité le 14 novembre 2024]. Disponible sur : <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
32. Stelzle D, Tanaka L, Lee K, Khalil A, Baussano I et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021 ; 9(2) : e161-e169. [DOI 10.1016/S2214-109X(20)30459-9].
33. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ et al. Human Papillomavirus and Related Diseases in the World Summary Report. ICO/IARC Information centre on HPV and cancer. 2023. Disponible sur : <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
34. Beltzer N, Hamers FF, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France 2010-2014. *BEH*. 2017 [cité le 12 novembre 2024] ; 2-3 : 26-31. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/article/resultats-finaux-de-l-evaluation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-organise-dans-13-departements-en-france-2010-2014>
35. Defossez G, Le Gyaer-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. – Volume 1 : Tumeurs solides : Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. 2019 [cité le 10 novembre 2024] ; 1 : 210-17. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>.
36. Halilou S. Cancer du col de l'utérus et sa prévention [thèse]. Université Clermont Auvergne ; 2022. 133p.
37. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007 ; 370(9590) : 890- 907. [DOI 10.1016/S0140-6736(07)61416-0].
38. Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer : from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer*. 2002 ; 2(5) : 342-50. [DOI 10.1038/nrc798].
39. Société canadienne du cancer. Symptômes du cancer du col de l'utérus [en ligne]. 2024 [cité le 1 novembre 2024]. Disponible sur : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/signs-and-symptoms>

40. Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F, Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 ; 105 : 107-8. [DOI 01.1016/j.ijgo.2009.02.009].
41. Assurance maladie. Le traitement du cancer du col de l'utérus [en ligne]. 2023 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/calvados/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/traitements#:~:text=Le%20cancer%20du%20col%20de,et%20son%20stade%20de%20d%C3%A9veloppement>.
42. Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala EJ, Paraskevaidi M, Mitra A et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 ; 11(11). [DOI 10.1002/14651858.CD012847].
43. Daly-Schveitzer N. Cancerologie clinique. 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2008.
44. Institut Pasteur. Développement d'un candidat vaccin onco-thérapeutique contre les cancers induits par le papillomavirus humain (HPV), basé sur des résultats précliniques affichant 100% d'efficacité [en ligne]. 2023 [cité le 20 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/developpement-candidat-vaccin-onco-therapeutique-contre-cancers-induits-papillomavirus-humain-hpv>
45. Vaccination Info Service.fr. Infections à Papillomavirus humains (HPV). 2024 [cité le 10 novembre 2024]. Disponible sur : <https://vaccination-hpv.e-cancer.fr/chapitre-5/>
46. HAS, Haute Autorité de Santé. GARDASIL 9, vaccin papillomavirus humain 9-valent (vaccin papillomavirus humain 9-valent, recombinant, adsorbé). Avis de la Commission de la Transparence du 17 septembre 2017 ; CT15867. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf
47. HAS, Haute Autorité de Santé. V CERVARIX, vaccin papillomavirus humain bivalent, recombinant, adsorbé. Avis de la Commission de la Transparence du 5 février 2020 ; CT 16814 et 15897. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT16814_CERVARIX_PIS_RI_EI_NON_DEMANDEE_AvisDef_CT16814&15897.pdf
48. Collège National des Enseignants de Dermatologie. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. 2010 [cité le 10 novembre 2024]. Disponible sur : https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/dermatologie/enseignement/dermato_24/site/html/cours.pdf
49. Drolet M, Bénard E, Boily MC, Ali H, Baandrup L et al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2015 ; 15 (5) : 565-80. [DOI 10.1016/S1473-3099(14)71073-4].
50. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, Block SL, Brown DR et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine : A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. *Clin Infect Dis*. 2016 ; 63(4) : 519- 27. [DOI 10.1093/cid/ciw354].
51. Audiger C. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : déterminants de recours et inégalités sociales. Le programme de Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus sur le site pilote du Val-de-Marne [thèse]. Paris : université la Sorbonne ; 2002. 109p.

52. HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [en ligne]. 2020 [cité le 3 novembre 2024]. 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
53. Pasquier C. Virologie humaine et animale : cours, fiches de synthèse et QCM. Paris : Dunod ; 2005.
54. Monsonogo J. Traite des infections et pathologies génitales a papillomavirus. Paris Berlin Heidelberg : Springer ; 2007.
55. Arbyn M, Gultekin M, Morice P, Nieminen P, Cruickshank M et al. The European Response to the WHO Call to Eliminate Cervical Cancer as a Public Health Problem. *Int J cancer*. 2021 ; 148 (2) : 277-84. [DOI 10.1002/ijc.33189].
56. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders P et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer : follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014 ; 383(9916) : 524-32. [DOI 10.1016/S0140-6736(13)62218-7].
57. INCa, Institut National du Cancer. Référentiel national - Dépistage du cancer de col de l'utérus - cadre et modalités de recours aux autoprélèvements vaginaux. 2022 [cité le 14 novembre 2024].
58. Rousselin A, Dion L, Racin A, Lavoue V, Leveque J et al. La pratique du frottis cervico-vaginal avant 25 ans. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2017 ; 45(5) : 309-15. [DOI 10.1016/j.gofs.2017.03.003].
59. Assurance maladie. Le dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'âge [en ligne]. 2024 [cité le 29 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/calvados/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/depistage-organise-cancer-col-uterus#:~:text=Le%20d%C3%A9pistage%20permet%20de%20d%C3%A9tecter,am%C3%A9liorer%20les%20chances%20de%20gu%C3%A9rison>.
60. Dahlgren, G, Whitehead M. World Health Organization Regional Office for Europe. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2 [en ligne]. 2006 [cite le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107791/E89384.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
61. Dahrouge S, Hogg W, Muggah E, Schrecker T. Equity of primary care service delivery for low income « sicker » adults across 10 OECD countries. *Int J Equity Health*. 2018 ; 17(1) : 182. [DOI 10.1186/s12939-018-0892-z].
62. Mackenbach JP, Bakker MJ, European Network Interventions P. Tackling socioeconomic inequalities in health : analysis of European experiences. *Lancet*. 2003 ; 362(9393) : 1409-14. [DOI 10.1016/S0140-6736(03)14639-9].
63. Ministère des solidarités, de l'autonomie et de légalité entre les femmes et les hommes. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [en ligne]. 2019 [cité le 3 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS_les_inegalites_sociales_de_sante_2011.pdf
64. Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival : a review. *Ann Oncol*. 2006 ; 17(1) : 5-19. [DOI 10.1093/annonc/mdj007].
65. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, Strumpf E, Breton M et al. Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *Int J Equity Health*. 2018 ; 17(1) : 28. [DOI 10.1186/s12939-018-0740-1].

66. Wikipedia. Cher (département) [en ligne]. 2024 [cité le 15 novembre 2024]. Disponible sur : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Cher_\(d%C3%A9partement\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Cher_(d%C3%A9partement))
67. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes économiques. Dossier complet - Département du Cher (18) [en ligne]. 2024 [cite le 15 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-18>
68. Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités. Atlas 2022 de la pauvreté dans le Cher. 2022. Disponible sur : https://centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/sites/centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/6016_2022080161_cher_bd.pdf
69. Wikipedia. Indre-et-Loire (département) [en ligne]. 2024 [cité le 15 novembre 2024]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Indre-et-Loire#:~:text=Le%20d%C3%A9partement%20a%20une%20superficie,de%20la%20Sarthe%20au%20nord.>
70. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes économiques. Dossier complet – Département du Indre-et-Loire (37) [en ligne]. 2024 [cite le 15 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-37>
71. Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités. Atlas 2022 de la pauvreté dans l'Indre-et-Loire. 2022. Disponible sur : https://centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/sites/centre-val-de-loire.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/6016_2022080161_cher_bd.pdf
72. INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Tableau de bord de l'économie française [en ligne]. 2023 [cite le 15 novembre 2024]. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/30_RPC/31_RNP#:~:text=L'indice%20de%20Gini%2C%20indicateur,euros%20contre%2017%20730%20euros\)](https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/30_RPC/31_RNP#:~:text=L'indice%20de%20Gini%2C%20indicateur,euros%20contre%2017%20730%20euros)
73. La sécurité sociale. Répartition et honoraires des médecins - Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes [en ligne]. 2023 [cite le 15 novembre 2024]. Disponible sur : <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>
74. ARS, Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Démographie des professionnels de santé [en ligne]. 2024 [cité le 15 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante>
75. Santé Publique France. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, période 2014-2023. 2024. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-periode-2014-2023>
76. Santé Publique France. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 - Centre-Val de Loire [en ligne]. 2019 [cité le 15 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.antepubliquefrance.fr/regions/entre-val-de-loire/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-centre-val-de-loire>
77. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative - French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015 ; 15 (157) : 50-54. [DOI 10.1016/j.kine.2014.11.005].

78. Marshall B. Rosenberg. La communication non violente au quotidien. Jouvence ; 2003.
79. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadxallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé ; 2021.
80. Frappé P. Incitation à la recherche. 2^{ème} édition. Global Média Santé ; 2018.
81. Lifshitz M, Arora P, Brown R. Geographic and socioeconomic disparities in access to cervical cancer screening. *Journal of Rural Health*. 2017 ; 33(3) : 309-315.
82. Decker S, Smith M, Roberts M. Rural-urban disparities in cervical cancer screening and follow-up care. *Journal of Health Disparities Research & Practice*. 2020 ; 13(4) : 12-20.
83. RHIhub, Rural Health Information Hub. Access to care in rural areas : Health disparities and challenges. [en ligne]. 2019 [cité le 16 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access>.
84. David E. Les généralistes font de moins en moins de frottis. *Génésis* [en ligne]. 2020 [cité le 16 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.revuegenesis.fr/et-les-generalistes-font-de-moins-en-moins-de-frottis>.
85. Theurier L, Tessier Cazeneuve C, Le Duc-Banaszuk AS, Baron C, de Casabianca C. Analyse du premier contrôle des frottis ASC-US par les médecins généralistes en Maine-et-Loire. *Santé Publique*. Santé Publique [en ligne]. 2018 [cité le 15 mars 2025] ; 30(4) : 499-505. [DOI 10.3917/spub.185.0499].
86. HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique. Le dépistage du cancer du col de l'utérus : recommandations sur la délégation des frottis. [en ligne]. 2019 [cité le 15 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr>
87. Bungener M, Eisinger F, Erriau G, Aubin-Auger I, Ghasarossian C et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. Collection enquêtes et sondages [en ligne]. 2010 [cité le 12 mars 2025]. Disponible sur : [http:// www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
88. Tardy M, Deruelle P, Leduc M et al. Collaboration interprofessionnelle pour le dépistage du cancer du col utérin : le rôle des sages-femmes et des médecins généralistes. *J Gynécol Obstét Fertil*. 2016 ; 44(7-8) : 463-468.
89. Peyrat J, Binet P, Clément D, et al. Pratiques de dépistage du cancer du col utérin : une analyse des orientations vers les laboratoires de biologie. *Ann Fr Med*. 2017 ; 12(5): 215-222.
90. Dugas M, Barbier G, Morel S. Le rôle des médecins généralistes dans la promotion du dépistage du cancer du col utérin : impact sur l'adhésion des patientes. *Santé Publique*. 2017 ; 29(6) : 627-633.
91. Julliard M, Besse A, Peyrat J. Pratiques de prévention dans le cadre du suivi gynécologique : rôle des médecins généralistes et impact sur la participation au dépistage. *J Gynécol Obstét Fertil*. 2016 ; 44(5) : 278-285.
92. Terndrup C, Streed Jr CG, Tiberio P, Black M Davis J et al. A Cross-sectional Survey of Internal Medicine Resident Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Experiences Regarding Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Infection. *J Gen Intern Med*. 2019 ; 34(3) : 332-339. [DOI 10.1007/s11606-019-04947-2].

93. Smith RA, Andrews K, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D et al. Cancer screening in the United States, 2019 : a review of current guidelines. *CA Cancer J Clin.* 2019 ; 69(3) : 224-249. [DOI 10.3322/caac.21556].
94. Champion V, Skinner C. The Health Belief Model. In : Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health Behavior and Health Education : Theory, Research, and Practice*. 4th ed. San Francisco, CA : Jossey-Bass. 2008 : 45-65.
95. INCa, Institut National du Cancer. Référentiel national. Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, étude médicoéconomique - Rapport du GRED. 2016 [cité le 16 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/synthese-generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-phase-1>
96. Jusot F. Inequalities in access to care and their evolution : a review. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2013. 61(Suppl 3) : S163-9. [DOI 10.1016/j.respe.2013.05.011].
97. De Prez V, Jolidon V, Willems B, Cullati S, Burton-Jeangros C et al. Cervical cancer screening programs and their context-dependent effect on inequalities in screening uptake : a dynamic interplay between public health policy and welfare state redistribution. *Int J Equity Health.* 2021. 24 ; 20(1) : 211. [DOI 10.1186/s12939-021-01548-6].
98. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly.* 2005 ; 83(3) : 457-502. [DOI 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x].
99. Aïm-Eusébi A, Cussac F, Aubin-Augier I. Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. *Bulletin du Cancer.* 2019 ; 106(7-8) : 707-713. [DOI 10.1016/j.bulcan.2018.11.015].
100. Gyulai A, Nagy A, Szabó Z, et al. The role of general practitioners in the screening of cervical cancer. *European Journal of Cancer Prevention.* 2018 ; 27(5) : 425-430. [DOI 10.1097/CEJ.0000000000000360].
101. Burack RC, Gimotty PA, George J, et al. The effect of patient and physician reminders on use of screening mammography in a health maintenance organization. *Cancer.* 1998 ; 82(4) : 727-734. [PMID: 8859184].
102. Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A. Social variations in breast cancer screening : a process of cumulative disadvantages ? *Health & Place.* 2017 ; 45 : 1-8. [DOI 10.1016/j.healthplace.2017.02.001].
103. Lim AW, Sasieni P. Consultation rates in women diagnosed with cervical cancer before and after diagnosis : a cohort study using primary care data. *British Journal of General Practice.* 2015 ; 65(631) : e289-e296. [DOI: 10.3399/bjgp15X684361].
104. Archambault A, Plante V, Légaré F. Shared decision-making in preventive health care : what evidence do we have ? *Canadian Family Physician.* 1989 ; 35 : 1753-1758.
105. Damery S, Wilson S, Fitzsimmons D et al. Women's perceptions of general practitioners as providers of support for women with breast cancer. *Psycho-Oncology.* 2012 ; 21(3) : 308-314. [DOI: 10.1002/pon.1895].
106. Chan DNS, So WKW. A systematic review of the factors influencing ethnic minority women's cervical cancer screening behavior : from intrapersonal to policy level. *Cancer Nursing.* 2017 ; 40(6) : E1-E30. [DOI 10.1097/NCC.0000000000000436].

107. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J et al. What do people fear about cancer ? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psychooncology*. 2017 ; 26(8) : 1070-79. [DOI 10.1002/pon.4287].
108. Sicsic J, Franc C. Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings : what remains to be achieved by French national programmes ? *BMC Health Serv Res*. 2014 ; 14 : 465. [DOI 10.1186/1472-6963-14-465].
109. Limmer K, LoBiondo-Wood G, Dains J. Predictors of cervical cancer screening adherence in the United States : a systematic review. *J Adv Pract Oncol*. 2014 ; 5(1) : 31-41. [PMID 25032031].
110. Seidel D, Becker N, Rohrmann S, Nimptsch K, Linseisen J. Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme : results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009 ; 135(4) : 533-41. [DOI 10.1007/s00432-008-0485-0].
111. Damiani G, Federico B, Basso D, Ronconi A, Bianchi CB et al. Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy : a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2012 ; 12 : 99. [DOI 10.1186/1471-2458-12-99].
112. Dupont X. Étude sur l'impact des inégalités socio-économiques sur l'accès aux soins. *Revue de Santé Publique*. 2018 ; 42(3) : 215-222.
113. Martin Y. Barrières culturelles et linguistiques dans le dépistage du cancer du col utérin. *J Epidemiol Community Health*. 2017 ; 71(4) : 361-367.
114. Menvielle G, Richard JB, Ringa V, Dray-Spira R, Beck F. To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists ? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010. *Cancer Causes Control*. 2014 ; 25(8) : 977-83. [DOI 10.1007/s10552-014-0397-z].
115. Brzoska P, Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y. Utilization of cervical cancer screening among migrants and non-migrants in Germany : results from a large-scale population survey. *BMC Public Health*. 2020 ; 20(1) : 5. [DOI 10.1186/s12889-019-8006-4].
116. Hertzum-Larsen R, Kjær SK, Frederiksen K, Thomsen LT. Participation in cervical cancer screening among immigrants and Danish-born women in Denmark. *Prev Med*. 2019 ; 123 : 55-64. [DOI 10.1016/j.ypmed.2019.02.023].
117. Hertzum-Larsen R, Kjær SK, Frederiksen K, Thomsen LT. Follow-up after abnormal cervical cancer screening in immigrants compared with Danish-born women - A nationwide register study. *Prev Med*. 2021 ; 153 : 106776. [DOI 10.1016/j.ypmed.2021.106776].
118. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez-Sanz M, Serral G, Palència L et al. Preventive control of breast and cervical cancer in immigrant and native women in Spain : the role of country of origin and social class. *Int J Health Serv*. 2011 ; 41(3) : 483-99. [DOI 10.2190/HS.41.3.e].
119. Lemaitre Z. Suivi médical et prévention : le rôle des consultations gynécologiques chez les jeunes. *Santé Reprod*. 2016 ; 29(2) : 130-137.
120. Moreau P. Influence des antécédents familiaux sur la participation au dépistage du cancer du col utérin. *Cancer Prev Res*. 2019 ; 12(5) : 300-307.
121. Dupont A, Martin B, Lefevre C. La fracture numérique et l'accès aux soins préventifs : une revue de la littérature. *J Health Inform*. 2018 ; 34(2) : 123-130.

122. Durand P, Petit M, Rousseau J. L'impact de l'illectronisme sur la santé publique. *Rev Med*. 2019 ; 45(3) : 210-215.
123. Bernard F, Garnier L, Morel D. Contraintes temporelles et accès aux soins : une étude qualitative. *Santé Soc*. 2020 ; 12(1) : 78-83.
124. Moreau J, Caron S, Dubois E. Développer des stratégies d'intervention pour réduire les inégalités numériques en santé. *J Prev Med*. 2021 ; 27(4) : 340-347.
125. Dupont A, Martin B, Lefevre C. Inégalités socio-économiques et accès aux soins : revue de la littérature. *J Health Econ*. 2017 ; 29(3) : 212-220.
126. Petit M, Durand P, Rousseau J. L'impact du coût des consultations sur l'accès aux soins préventifs. *Rev Med Soc*. 2018 ; 45(2) : 123-129.
127. Bernard F, Garnier L, Morel D. Barrières économiques et comportements en matière de dépistage du cancer du col utérin. *Santé Publique*. 2019 ; 31(4) : 334-340.
128. Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities : The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place*. 2010 ; 16(5) : 838-52. [DOI 10.1016/j.healthplace.2010.04.009].
129. Araujo M, Franck JE, Cadot E, Gautier A, Chauvin P et al. Contextual determinants of participation in cervical cancer screening in France, 2010. *Cancer Epidemiol*. 2017 ; 48 : 117-123. [DOI 10.1016/j.canep.2017.04.014].
130. Dupont A, Martin B, Lefevre C. Barrières linguistiques et accès aux soins en santé publique. *J Health Commun*. 2019 ; 34(2) : 120-128.
131. Martin Y, Garnier L, Petit M. L'impact de la langue sur le suivi médical des patientes migrantes. *Rev Med Soc*. 2020 ; 47(3) : 198-205.
132. Moreau P, Rousseau J, Caron S. Perception du dépistage du cancer du col utérin après la ménopause. *Santé Publique*. 2021 ; 29(4) : 332-339.
133. Lefebvre D, Bernard F, Dubois E. L'évolution du suivi gynécologique après la ménopause : freins et enjeux. *Rev Gynécol Méd*. 2018 ; 12(1) : 45-52.
134. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2008 ; 56(5) : 303-313.
135. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women : a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues*. 2002 ; 12(3) : 122-8. [DOI 10.1016/s1049-3867(02)00132-9].
136. Ahmed N, Smith J, Ouedraogo P. Facteurs culturels et religieux influençant le dépistage gynécologique. *Int J Public Health*. 2017 ; 15(4) : 225-232.
137. Lambert H, Morel D, Dubois P. La pudeur et l'accès aux soins : une étude qualitative sur le dépistage du CCU. *J Med Ethics*. 2020 ; 28(3) : 276-283.
138. Rousseau J, Petit M, Caron S. Perception du dépistage gynécologique dans les communautés traditionnelles. *Santé Globale*. 2019 ; 18(2) : 178-185.
139. Fleming L, Murphy P, O'Connor K. Educational level and women's knowledge of cervical cancer screening : a longitudinal study. *Health Educ Res*. 2020 ; 35(2) : 172-180.

140. Kim K, Han HR. Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors : a systematic review. *Psychooncology*. 2016 ; 25(2) : 122-30. [DOI 10.1002/pon.3883].
141. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy : Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*. 2016 ; 37(3) : 334-352. [DOI 10.1057/jphp.2016.18].
142. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007 ; 335(7609) : 24-7. [DOI 10.1136/bmj.39246.581169.80].
143. Santos J, Silva D, Rocha S. Barriers to cervical cancer screening in women with low education levels. *J Public Health*. 2018 ; 40(3) : 234-240.
144. Lefevre P, Bernard F, Dufresne L. Social determinants of health and cervical cancer screening : A comprehensive study. *Health Policy*. 2021 ; 35(1) : 56-64.
145. Kraut R, Davis S. Social environment and health behavior : The role of social networks and beliefs in screening participation. *Social Science & Medicine*. 2009 ; 238 : 112436.
146. Green A, Brown R. The influence of social networks on health behavior : Exploring the role of misinformation in cancer screening. *Health Communication*. 2021 ; 36(6) : 693-700.
147. De Silva MJ, Griep RH, Rotenberg L. Social Support and Health : The Role of Community and Family Networks. *Journal of Social Health*. 2009.
148. GamarraM, Paz M, Griep RH. The Role of Social Support in Women's Health. *Journal of Women's Health*. 2009.
149. Horne R, James D, Chapman S. The role of health communication in cancer prevention and screening. *Journal of Health Communication*. 2018 ; 23(2) : 151-159.
150. Levinson W, Ha J, Lurie N. Physician communication and the promotion of preventive health : A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2020 ; 58(4) : 521-529.
151. Boulware LE, Hill EL, Powe NR. The impact of accessible information on preventive health behaviors : A review of the literature. *American Journal of Public Health*. 2017 ; 107(11) : 1834-1842.
152. Lalonde L, Ducharme P, Gagnon R. The impact of dedicated screening days on cervical cancer screening rates. *American Journal of Public Health*. 2018 ; 42(3) : 290-297.
153. Lacroix A, Vachon M, Berube C. The role of financial incentives in promoting preventive health behaviors among healthcare providers. *Preventive Medicine*. 2017 ; 101 : 93-99.
154. Le Roux D, Smith S, Nadeau L. Multidisciplinary approaches to cancer screening : Improving patient outcomes through collaborative care. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2020 ; 25(4) : 202-210.
155. Zhang D, Advani S, Waller J, Cupertino AP, Hurtado-de-Mendoza A et al. Mobile Technologies and Cervical Cancer Screening in Low- and Middle-Income Countries : A Systematic Review. *JCO Glob Oncol*. 2020 ; 6 : 617-627. [DOI 10.1200/JGO.19.00201].

156. Okunade KS, Soibi-Harry A, John-Olabode S, Adejimi AA, Allsop MJ et al. Impact of Mobile Technologies on Cervical Cancer Screening Practices in Lagos, Nigeria (mHealth-Cervix) : A Randomized Controlled Trial. *JCO Glob Oncol*. 2021 ; 7 : 1418-1425. [DOI 10.1200/GO.21.00258].
157. Bhochhibhoya S, Dobbs PD, Maness SB. Interventions using mHealth strategies to improve screening rates of cervical cancer : A scoping review. *Prev Med*. 2021 ; 143 : 106387. [DOI 10.1016/j.ypmed.2020.106387].
158. Erwin E, Aronson KJ, Day A, Ginsburg O, Macheku G et al. SMS behaviour change communication and eVoucher interventions to increase uptake of cervical cancer screening in the Kilimanjaro and Arusha regions of Tanzania : a randomised, double-blind, controlled trial of effectiveness. *BMJ Innov*. 2019 ; 5(1) : 28-34. [DOI 10.1136/bmjinnov-2018-000276].
159. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 [en ligne]. 2019. [cité le 21 mars 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/rapport_hpv.pdf
160. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontennay R, Marret H et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire [en ligne]. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017 ; (2-3) : 59-65. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/centre-val-de-loire/documents/article/2017/l-auto-prelevement-vaginal-est-une-methode-efficace-pour-augmenter-la-participation-au-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-un-essai-randomise>

ANNEXES

Annexe 1 : Classification FIGO anatomo-chirurgicale

Stades	Descriptions
I	Extension tumorale strictement limitée au col utérin
IA	Carcinome invasif ne pouvant être diagnostiqué que par microscopie, dont la profondeur d'invasion est ≤ 5 mm et la plus grande extension ≤ 7 mm
IA1	Profondeur d'invasion du stroma ≤ 3 mm; extension superficielle ≤ 7 mm
IA2	Profondeur d'invasion du stroma $> 3 - \leq 5$ mm; extension superficielle ≤ 7 mm
IB	Lésion reconnaissable cliniquement, limitée au col ou lésion préclinique $>$ stade IA
IB1	Diamètre tumoral ≤ 4 cm
IB2	Diamètre tumoral > 4 cm
II	Extension au-delà du col utérin, n'atteignant pas la paroi pelvienne, ni le tiers inférieur du vagin
IIA	Infiltration du vagin sans infiltration des paramètres
IIA1	Diamètre tumoral ≤ 4 cm
IIA2	Diamètre tumoral > 4 cm
IIB	Infiltration des paramètres
III	Extension jusqu'à la paroi pelvienne et/ou atteignant le tiers distal du vagin et/ou sténose urétérale/hydronéphrose/rein muet
IIIA	Atteinte de la partie distale du vagin, sans extension à la paroi pelvienne
IIIB	Extension jusqu'à la paroi pelvienne et/ou sténose urétérale/hydronéphrose/rein muet
IV	Extension au-delà du petit bassin et/ou infiltration tumorale de la muqueuse vésicale et/ou de la muqueuse rectale
IVA	Infiltration des organes avoisinants
IVB	Métastases à distance

Source : Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol.* 2009 ; 105 : 107-8. [DOI 10.1016/j.ijgo.2009.02.009].⁴⁰

Annexe 2 : Notice d'utilisation pour auto-prélèvement vaginal

9 Placez la fiche d'identification et la pochette plastique contenant le tube dans l'enveloppe T

10 Postez rapidement l'enveloppe T sans l'affranchir (envoi gratuit, sans timbre)

Le résultat de l'analyse de votre auto-prélèvement vaginal vous sera envoyé par courrier sous une quinzaine de jours

Si vous souhaitez que ce résultat soit également communiqué à un médecin, merci d'indiquer ses coordonnées sur la fiche d'identification

Illustrations de Sophie Jacquot 2022

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

Pour toute information, consultez notre site www.ccd37.fr ou contactez-nous au 02 47 47 98 94

Notice d'utilisation pour réaliser votre Auto-Prélèvement Vaginal

Réaliser votre auto-prélèvement est un geste simple et rapide. Pour cela, il vous suffit de suivre pas à pas les étapes de cette notice.

- Faites le test même si vous êtes vaccinée, enceinte ou ménopausée
- Nie faites pas le test :
 - Pendant vos règles (attendez la fin de la période)
 - Si vous avez eu une hystérectomie totale (retrait de l'utérus et du col)

Pour consulter cette notice en vidéo, connectez-vous sur www.ccd37.fr

1 Votre kit contient :

- 1- lettre d'information avec étiquettes autocollantes
- 2- Fiche d'identification
- 3- Tube contenant le coton-tige
- 4- Pochette en plastique zippée
- 5- Enveloppe retour

2 Prenez la lettre avec les étiquettes

Collez les étiquettes 1 et 2 sur la fiche d'identification et l'étiquette 3 sur le tube

3 Choisissez une position confortable (assise, debout, allongée...)

Ouvrez le tube en tournant et tirant le bouchon rose

5 Tournez 3 fois le coton-tige en touchant les parois de votre vagin

Retirez le coton-tige

6 Remettez le coton-tige dans le tube

Fermez le tube

7 Vérifiez que vous avez bien collé l'étiquette sur le tube

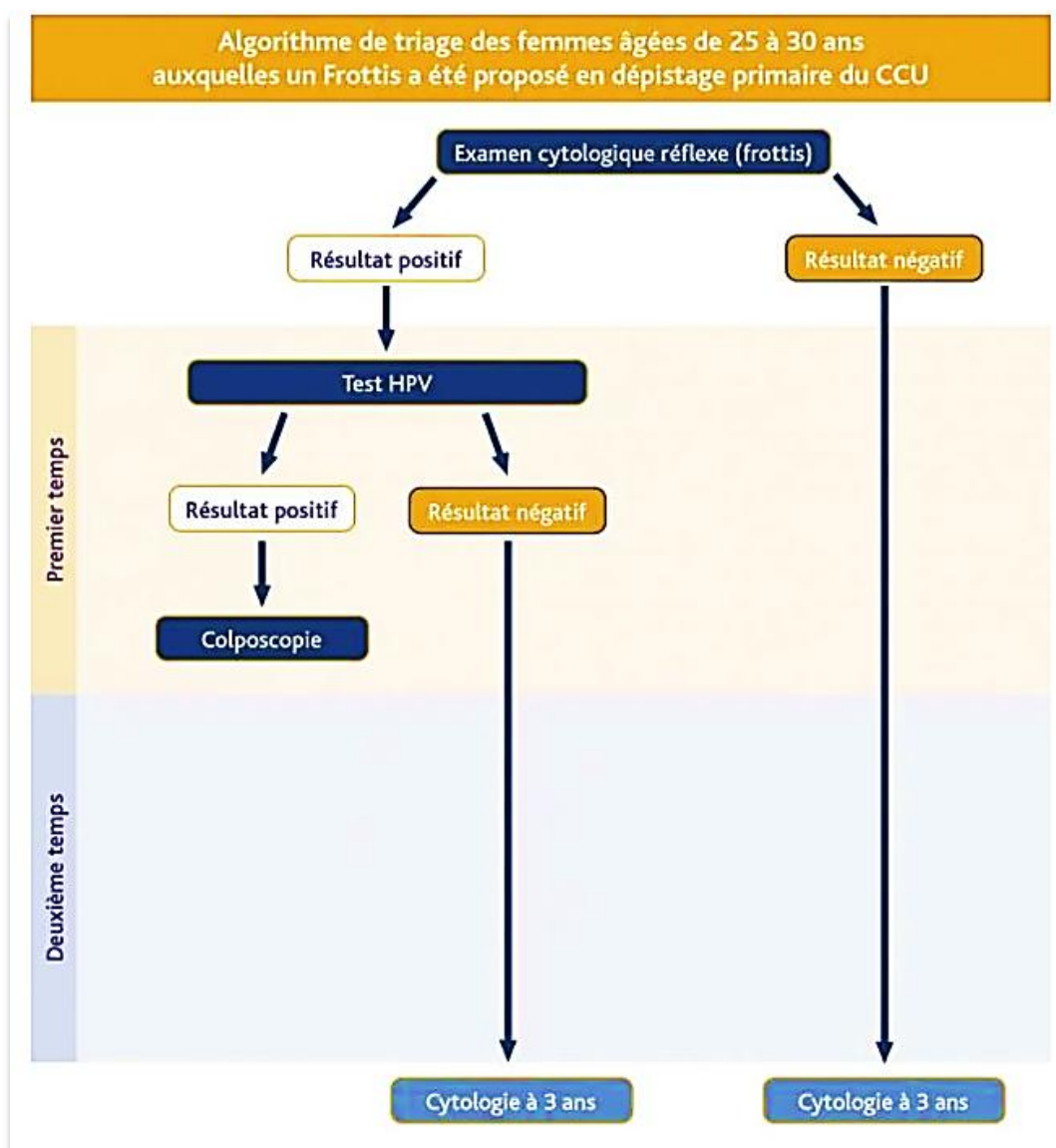
Mettez le tube dans la pochette plastique

8 Vérifiez que vous avez bien collé les deux étiquettes sur la fiche d'identification

Remplissez la fiche

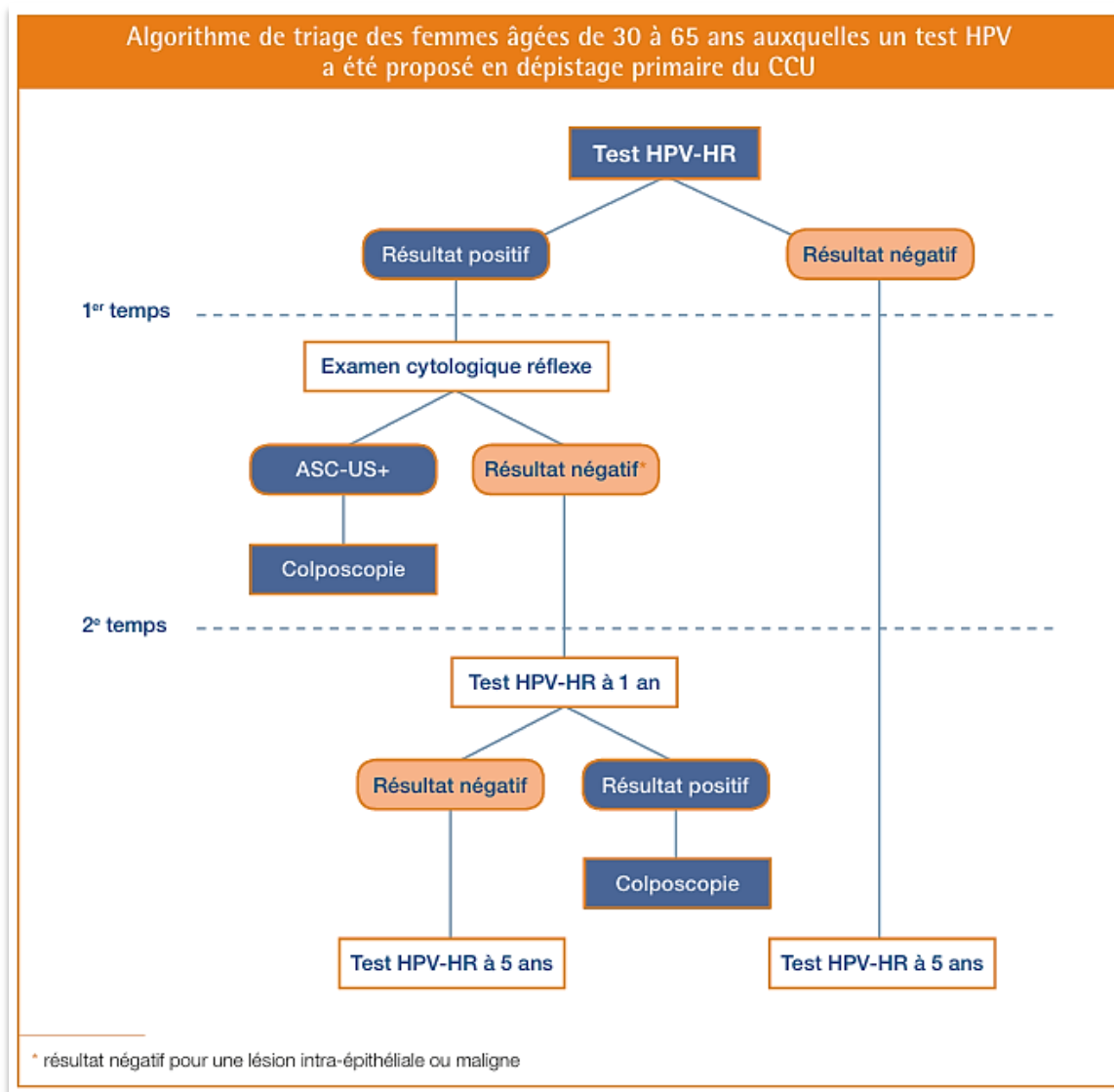
Source : Institut National du Cancer. Référentiel national - Dépistage du cancer de col de l'utérus - cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux. 2022.⁵⁷

Annexe 3 : Algorithme de triage des femmes âgées de 25 à 30 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du cancer du col de l'utérus



Source : HAS, Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019.⁵

Annexe 4 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un frottis a été proposé en dépistage primaire du cancer du col de l'utérus



Source : HAS, Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019.⁵

Annexe 5 : Procédé explicatif de l'entretien

PROCÉDÉ EXPLICATIF DE L'ENTRETIEN

Présentation de l'enquêteur et de la thèse d'exercice

Sujet de thèse

Exploration des difficultés rencontrées par les praticiens et des inégalités d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus dans les départements du Cher et de l'Indre-et-Loire

Déroulé de l'entretien

Durée estimée : 20-25 minutes

2 PARTIES

Profil du praticien interrogé

7 questions courtes et fermées

3 minutes

Questions relatives au sujet traité

11 questions ouvertes

Environ 20 minutes

Mode d'enregistrement

Tous les entretiens seront enregistrés via le dictaphone d'un téléphone portable.

Puis ils seront retranscrits manuellement sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word® pour permettre leur exploitation.

Anonymisation

Aucune identité ne sera demandée au cours des entretiens.

Les entretiens retranscrits seront tous anonymisés.

Annexe 6 : Questionnaire de l'étude

GUIDE D'ENTRETIEN

- Présentation de l'enquêteur et de la thèse d'exercice
- Sujet de thèse
- Explications sur le déroulé de l'entretien
- Rappel du mode d'enregistrement et de l'anonymisation
- Consentement du praticien recueilli : ☐ Oui ☐ Non

Exploration démographique concernant les praticiens interrogés

Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Âge du praticien : ans

Mode d'exercice : ☐ libéral ☐ salarié

Nombre d'années de pratique : ☐ <5 ans ☐ 5-10 ans ☐ > 10 ans

Département d'exercice : ☐ Cher ☐ Indre-et-Loire

Territoire d'exercice couvert : ☐ rural ☐ semi-rural ☐ urbain

Formation autre que médecine générale :

Formation / Stage / Conférence / DU en gynécologie : ☐ Oui ☐ Non

Lequel ? :

Questions

Question 1

Comment décririez-vous votre patientèle ?

Question 2

Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation avec une patiente ayant bénéficié d'un frottis cervico-utérin ?

Question 3

Concernant le frottis cervico-utérin et la réalisation du suivi :

1. Réalisez-vous, vous-même, les frottis cervico-utérins ?
Si non, pour quelle(s) raison(s) ?
Et à qui les adressez-vous ?
2. De manière générale, vos patientes ont-elles un suivi gynécologique ?
3. Vous assurez-vous :
 - de la bonne observance des frottis ?
 - de la planification des futurs frottis selon les recommandations ?

Question 4

Rencontrez-vous des difficultés et/ou obstacles lors de la réalisation et du suivi des frottis cervico-utérins ?

Question 5

D'après vous, quelles raisons inhérentes à la patiente peuvent expliquer ces difficultés ?

Question 6

Au sein de votre patientèle, avez-vous été confronté à un manque d'observance dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Question 7

Quelles sont d'après vous les raisons pouvant expliquer ces situations de manquement ?

Question 8

Pouvez-vous nous dresser un profil type de patiente peu ou pas observante dans la réalisation de ce dépistage ?

Question 9

Pensez-vous que cette variabilité dans l'observance puisse être expliquée par le déterminisme socio-économique ?

Question 10

D'après vous, quels sont les facteurs socio-économiques impliquant une telle variabilité ?

Question 11

Quelles seraient vos suggestions pour promouvoir le dépistage chez ces patientes peu ou pas observantes ?

Annexe 7 : Avis d'éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Otsmane BELKACEM / Marwan EID

Titre du projet de recherche : "Exploration des difficultés rencontrées par les praticiens et des inégalités d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus dans les départements du Cher et de l'Indre-et-Loire".

N° du projet : 2024 009

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- ☒ **FAVORABLE**
- ☐ **DÉFAVORABLE**
- ☐ **SURSIS A STATUER**
- ☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2024 009

A Tours, le 04/11/2024

**Dr Thomas Léonard
Président du Groupe Ethique Clinique**

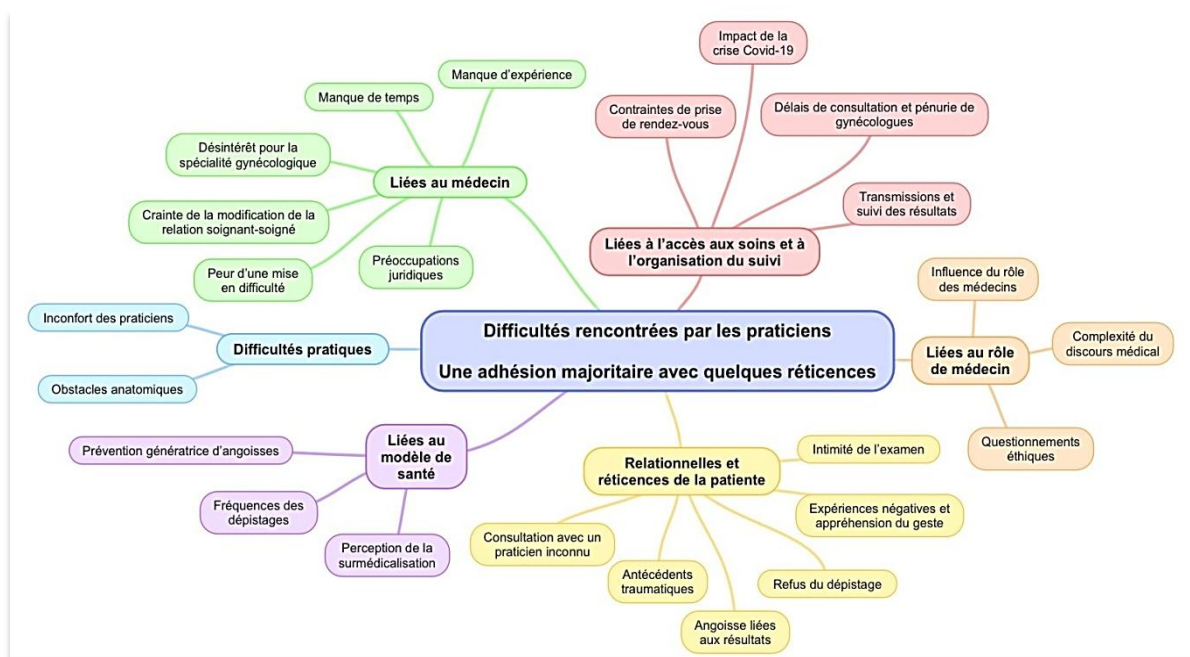
Annexe 8 : Grille COREQ (traduction originale française)

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

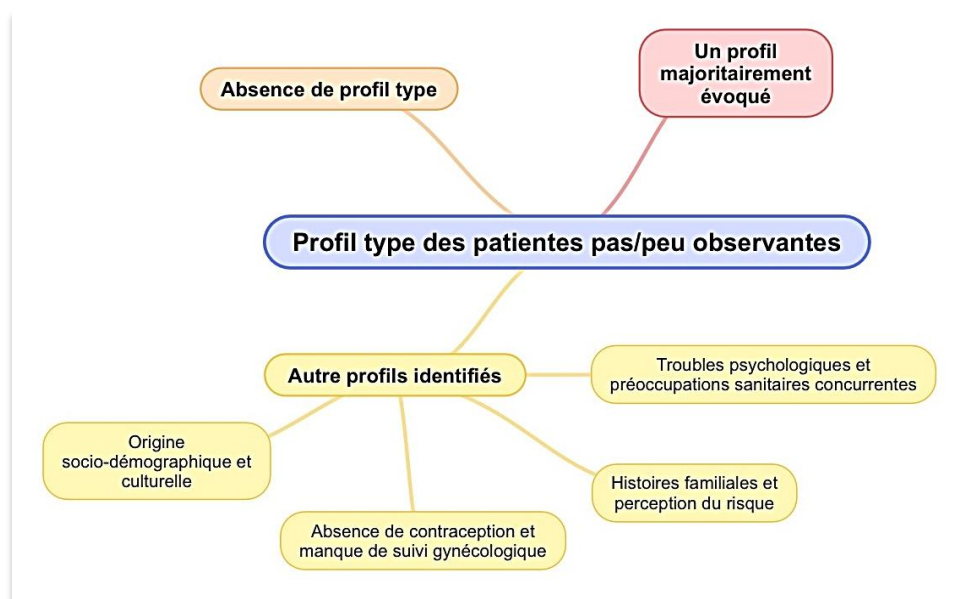
Source : Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative - French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research. Kinésithérapie, la Revue. 2015 ; 15 (157) : 50-54. [DOI 10.1016/j.kine.2014.11.005].⁷⁷

Annexe 9 : Carte heuristique présentant les résultats des difficultés rencontrées par les soignants dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire



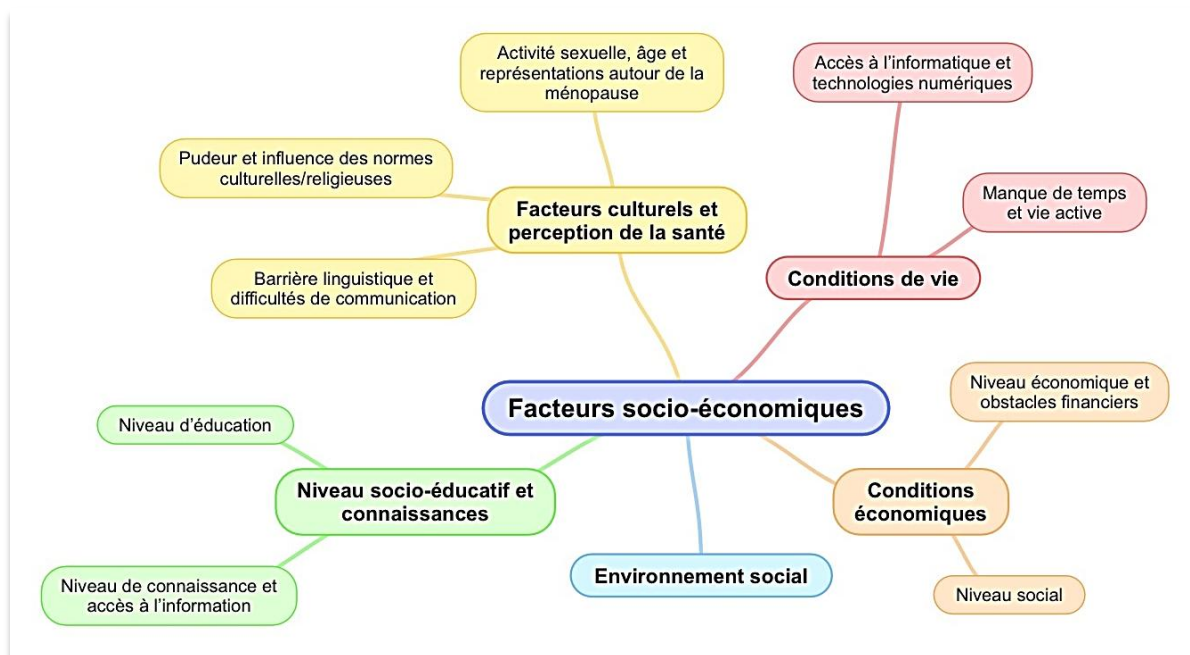
Réalisée avec SimpleMind®

Annexe 10 : Carte heuristique présentant les résultats du profil type des patientes peu ou pas observantes au dépistage du cancer du col de l'utérus



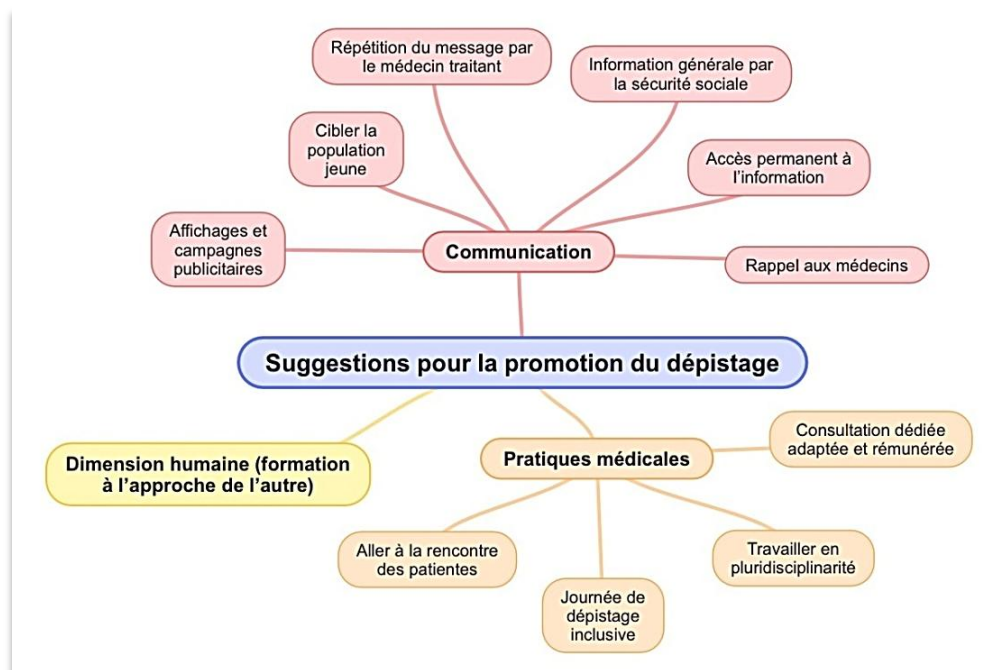
Réalisée avec SimpleMind®

Annexe 11 : Carte heuristique présentant les résultats des facteurs socio-économiques pouvant expliquer les absences ou manquements d'observance au dépistage du cancer du col de l'utérus



Réalisée avec SimpleMind®

Annexe 12 : Carte heuristique présentant les suggestions des praticiens pour promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus



Réalisée avec SimpleMind®

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line followed by a loop and a final stroke.

**Vu, le Doyen De la Faculté de Médecine
de Tours**

Tours, le

EID Marwan

140 pages - 5 tableaux - 15 figures - 12 annexes

Résumé :

Introduction : Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) constitue un enjeu majeur de santé publique, car il permet une détection précoce des lésions précancéreuses et contribue à une réduction significative de la mortalité associée. Cependant, malgré l'existence d'un programme national de dépistage organisé, la participation demeure insuffisante.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le cadre du dépistage du CCU dans les départements du Cher et d'Indre-et-Loire. Les objectifs secondaires sont d'analyser le profil des patientes pas ou peu observantes, d'évaluer les facteurs socio-économiques influençant leur participation et de recueillir les suggestions des praticiens pour améliorer l'adhésion au dépistage.

Matériels et méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes, à travers des dix entretiens semi-dirigés. L'analyse des données, basée sur la théorie ancrée, a permis une émergence inductive des thèmes clés sans hypothèse préconçue.

Résultats : Les médecins ont identifié plusieurs obstacles expliquant le faible taux de participation au dépistage du CCU notamment le manque de formation spécifique, la contrainte de temps et des difficultés organisationnelles limitant leur engagement dans cette démarche préventive. Par ailleurs, un niveau socio-économique et éducatif bas était souvent lié à des inégalités d'accès aux soins, constituant un frein important au dépistage. S'ajoutent à cela : la pudeur, le manque d'information et de temps et la peur des résultats, autant d'obstacles limitant la participation des patientes au dépistage.

Conclusion : Ces observations soulignent la nécessité d'une meilleure sensibilisation des patientes, d'une formation renforcée des praticiens et d'une optimisation du parcours de dépistage. Des actions ciblées, comme l'amélioration de l'accès aux consultations et la diversification des modes d'information, pourraient renforcer l'adhésion au dépistage et réduire les inégalités.

Mots clés : dépistage, cancer du col de l'utérus (CCU), médecin généraliste, difficultés, inégalités socio-économiques

Jury :

Président du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH

Directeur de thèse : Docteur Belkacem OTSMANE

Membres du Jury : Professeur Christophe RIUZ

Docteur Walid SHALBY

Date de soutenance : 27 juin 2025