

ANNEE 2024

N°

**POINTS DE VUE ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LES
RECOMMANDATIONS DE LA HAS DE 2019 SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE
L'UTERUS**

Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Côte d'Or

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 29 mars 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par DELHOMME Camille

Née le 26 juin 1994

A Troyes

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2024

N°

**POINTS DE VUE ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LES
RECOMMANDATIONS DE LA HAS DE 2019 SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE
L'UTERUS**

Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Côte d'Or

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 29 mars 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par DELHOMME Camille
Née le 26 juin 1994
A Troyes

Année Universitaire 2023-2024
au 1^{er} Septembre 2023

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | | Discipline |
|-----|-----------------|--------------------------|---|
| M. | Jean-Louis | ALBERINI | Biophysiques et médecine nucléaire |
| M. | Sylvain | AUDIA | Médecine interne |
| M. | Marc | BARDOU | Pharmacologie clinique |
| M. | Jean-Noël | BASTIE | Hématologie - transfusion |
| M. | Emmanuel | BAULOT | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Christophe | BEDANE | Dermato-vénérologie |
| M. | Yannick | BEJOT | Neurologie |
| M. | Moncef | BERHOUMA | Neurochirurgie |
| Mme | Christine | BINQUET | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | Mathieu | BLOT | Maladies infectieuses |
| M. | Philippe | BONNIAUD | Pneumologie |
| M. | Alain | BONNIN | Parasitologie et mycologie |
| M. | Bernard | BONNOTTE | Immunologie |
| M. | Olivier | BOUCHOT | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique |
| M. | Belaid | BOUHEMAD | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale |
| M. | Benjamin | BOUILLET | Endocrinologie |
| M. | Alexis | BOZORG-GRAYELI | Oto-Rhino-Laryngologie |
| Mme | Marie-Claude | BRINDISI | Nutrition |
| M. | Alain | BRON | Ophtalmologie |
| Mme | Mary | CALLANAN (WILSON) | Hématologie type biologique |
| M. | Patrick | CALLIER | Génétique |
| Mme | Catherine | CHAMARD-NEUWIRTH | Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière |
| M. | Pierre-Emmanuel | CHARLES | Réanimation |
| M. | Jean-Christophe | CHAUVET-GELINIER | Psychiatrie d'adultes, Addictologie |
| M. | Nicolas | CHEYNEL | Anatomie |
| M. | Alexandre | COCHET | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Luc | CORMIER | Urologie |
| M. | Yves | COTTIN | Cardiologie |
| M. | Charles | COUTANT | Gynécologie-obstétrique |
| Mme | Catherine | CREUZOT-GARCHER | Ophtalmologie |
| M. | Frédéric | DALLE | Parasitologie et mycologie |
| M. | Alexis | DE ROUGEMONT | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | Hervé | DEVILLIERS | Médecine interne |
| Mme | Laurence | DUVILLARD | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Olivier | FACY | Chirurgie générale |
| Mme | Laurence | FAIVRE-OLIVIER | Génétique médicale |
| Mme | Patricia | FAUQUE | Biologie et Médecine du Développement |
| Mme | Irène | FRANCOIS-PURSELL | Médecine légale et droit de la santé |
| Mme | Marjolaine | GEORGES | Pneumologie |
| M. | François | GHIRINGHELLI | Cancérologie |
| M. | Charles | GUENANCIA | Physiologie |
| M. | Pierre Grégoire | GUINOT | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale |
| M. | Frédéric | HUET | Pédiatrie |
| Mme | Agnès | JACQUIN | Physiologie |
| M. | Pierre | JOUANNY | Gériatrie |
| M. | Philippe | KADHEL | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Sylvain | LADOIRE | Histologie |
| M. | Gabriel | LAURENT | Cardiologie |
| M. | Côme | LEPAGE | Hépto-gastroentérologie |

| | | | |
|-----|------------------|------------------------|---|
| M. | Romarc | LOFFROY | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Luc | LORGIS | Cardiologie |
| M. | Jean-Francis | MAILLEFERT | Rhumatologie |
| M. | Cyriaque Patrick | MANCKOUNDIA | Gériatrie |
| M. | Sylvain | MANFREDI | Hépto-gastroentérologie |
| M. | Laurent | MARTIN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. | Pierre | MARTZ | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | David | MASSON | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Marc | MAYNADIÉ | Hématologie – transfusion |
| M. | Marco | MIDULLA | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Thibault | MOREAU | Neurologie |
| Mme | Christiane | MOUSSON | Néphrologie |
| M. | Paul | ORNETTI | Rhumatologie |
| M. | Pablo | ORTEGA-DEBALLON | Chirurgie Générale |
| M. | Pierre Benoit | PAGES | Chirurgie thoracique et vasculaire |
| M. | Jean-Michel | PÉTIT | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Christophe | PHILIPPE | Génétique (Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024) |
| M. | Lionel | PIROTH | Maladies infectieuses |
| Mme | Catherine | QUANTIN | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Jean-Pierre | QUENOT | Réanimation |
| M. | Patrick | RAT | Chirurgie générale |
| M. | Patrick | RAY | Médecine d'urgence |
| M. | Jean-Michel | REBIBOU | Néphrologie |
| M. | Frédéric | RICOLFI | Radiologie et imagerie médicale |
| M | Maxime | SAMSON | Médecine interne |
| M. | Emmanuel | SIMON | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Éric | STEINMETZ | Chirurgie vasculaire |
| Mme | Christel | THAUVIN | Génétique |
| M. | Benoit | TROJAK | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| M. | Gilles | TRUC | Oncologie-Radiothérapie |
| M. | Pierre | VABRES | Dermato-vénéréologie |
| M. | Bruno | VERGÈS | (Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025) |
| M. | Narcisse | ZWETYENGA | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

PROFESSEURS EMERITES

| | | | |
|-----|-------------|------------------|----------------------------|
| M. | Laurent | BEDENNE | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | Laurent | BRONDEL | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | François | BRUNOTTE | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Pascal | CHAVANET | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | Jean | CUISENIER | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | Jean-Pierre | DIDIER | (01/11/2021 au 31/10/2024) |
| Mme | Monique | DUMAS | (01/06/2022 au 31/05/2025) |
| M. | Serge | DOUVIER | (15/12/2020 au 14/12/2023) |
| M. | Maurice | GIROUD | (01/09/2022 au 31/12/2025) |
| M. | Patrick | HILLON | (01/09/2022 au 31/08/2025) |
| M. | Paul | SAGOT | (02/11/2022 au 31/10/2025) |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

Discipline Universitaire

| | | | |
|-----|----------------|-----------------------|---|
| Mme | Lucie | AMOUREUX BOYER | Bactériologie |
| Mme | Julie | BARBERET | Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale |
| Mme | Louise | BASMACIYAN | Parasitologie-mycologie |
| Mme | Shaliha | BECHOUA | Biologie et médecine du développement |
| M. | Guillaume | BELTRAMO | Pneumologie |
| Mme | Marie-Lorraine | CHRETIEN | Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024) |
| Mme | Vanessa | COTTET | Nutrition |
| M. | Damien | DENIMAL | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Valentin | DERANGER | Histologie |
| M. | Jean-David | FUMET | Cancérologie radiothérapie |
| Mme | Ségolène | GAMBERT | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Françoise | GOIRAND | Pharmacologie fondamentale |
| M. | David | GUILLIER | Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie |
| M. | Alain | LALANDE | Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme | Stéphanie | LEMAIRE-EWING | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Anne-Sophie | MARIET | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Thomas | MOUILLOT | Physiologie |
| M. | Maxime | NGUYEN | Anesthésie réanimation |
| M. | Alain | PUTOT | Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles) |
| Mme | Claire | TINEL | Néphrologie |
| M. | Antonio | VITOBELLO | Génétique |
| M. | Paul-Mickaël | WALKER | Biophysique et médecine nucléaire |

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

| | | | |
|----|--------------|------------------|----------------------|
| M. | Ludwig Serge | AHO GLELE | Hygiène hospitalière |
| M. | Victorin | AHOSSI | Odontologie |
| M. | Jacques | BEAURAIN | Neurochirurgie |
| M. | Jean-Michel | PINOIT | Pédopsychiatrie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|--------|------------------|-------------------|
| Mme | Katia | MAZALOVIC | Médecine Générale |
| Mme | Claire | ZABAWA | Médecine Générale |

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|----------|---------------------------|-------------------|
| M. | Clément | CHARRA | Médecine Générale |
| M. | Arnaud | GOUGET | Médecine Générale |
| M. | François | MORLON | Médecine Générale |
| M. | Rémi | DURAND | Médecine Générale |
| Mme | Anne | COMBERNOUX-WALDNER | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|-----------|------------------|-------------------|
| M. | Jérôme | BEAUGRAND | Médecine Générale |
| M. | Benoit | DAUTRICHE | Médecine Générale |
| M. | Alexandre | DELESVAUX | Médecine Générale |
| M. | Olivier | MAIZIERES | Médecine Générale |
| Mme | Ludivine | ROSSIN | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|-----------|----------------|--------------------|
| Mme | Anaïs | CARNET | Anglais |
| Mme | Catherine | LEJEUNE | Pôle Epidémiologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|----------|---------------|-------------|
| Mme | Marianne | ZELLER | Physiologie |
|-----|----------|---------------|-------------|

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

| | | | |
|-----|-----------|-----------------|---------|
| Mme | Marceline | EVRARD | Anglais |
| Mme | Lucie | MAILLARD | Anglais |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | | | |
|----|----------|---------------------|---------|
| M. | Philippe | DE LA GRANGE | Anglais |
|----|----------|---------------------|---------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|-----|----------|----------------|--|
| M. | Mathieu | BOULIN | Pharmacie clinique |
| M. | François | GIRODON | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |
| Mme | Evelyne | KOHLI | Immunologie |
| M. | Antonin | SCHMITT | Pharmacologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|-----|----------|----------------|--------------------------|
| Mme | Amélie | CRANSAC | Pharmacie clinique |
| M. | Philippe | FAGNONI | Pharmacie clinique |
| M. | Marc | SAUTOUR | Botanique et cryptogamie |

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur Philippe KADHEL, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier de Gynécologie
Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Dijon

Membres :

Professeur associé Clément CHARRA, directeur de thèse, professeur associé du Département de
Médecine Générale et médecin généraliste à Ladoix-Serrigny

Docteur Jennifer GOODALL, médecin généraliste à Mâcon

Docteur Marie-Line PERIER-CAMBY, médecin généraliste à Mâcon

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Président de Jury, Professeur Kadhel,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse, c'est pour moi un honneur de pouvoir compter sur votre présence et votre avis sur mon travail. J'ai eu la chance de pouvoir apprendre à vos côtés lors de journées de formation dans le cadre du DIU de Gynécologie médicale et cela a été très enrichissant pour moi.

A Monsieur le Professeur associé Charra,

Je tiens particulièrement à te remercier d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de m'avoir accompagné dans sa réalisation. Merci pour tous tes conseils, tes encouragements et ta disponibilité, ce fut pour moi très précieux.

Au Docteur Goodall,

Jennifer, cela me touche beaucoup que tu aies accepté de faire partie de mon jury. Tu sais déjà comme j'ai apprécié les deux stages effectués à tes côtés. Ce sont des supers souvenirs tant sur le plan professionnel que personnel ! C'est d'ailleurs à tes côtés que j'ai découvert mon attrait pour la gynécologie. Merci pour ta bienveillance, ta gentillesse et notre complicité, j'ai beaucoup de chance de t'avoir rencontré sur mon chemin.

Au Docteur Perier-Camby,

Merci Marie-Line d'avoir accepté de juger mon travail. Je tiens à te remercier également pour le stage que nous avons partagé pendant mon internat, pour ton temps, tes conseils, ton calme et ta gentillesse. Je garde un excellent souvenir des consultations et visites que nous avons partagées.

A Nicolas, mon partenaire, bientôt 9 ans de chamailleries (un peu), de restos (beaucoup trop), de voyages (à quand le prochain ?), et nos aventures ne font que commencer. Merci d'être à mes côtés, d'équilibrer mes inquiétudes et mon anxiété par ta sérénité, merci de me faire rire même dans les moments difficiles, merci de m'attendre le soir sans râler (ou presque) même quand je passe une heure à faire les bios du cabinet (oui même celles qui peuvent attendre...). Je suis tellement admirative de tes connaissances, de ton avidité d'apprendre, merci de m'avoir autant soutenue dans ce travail ! A notre complicité, qu'elle soit toujours notre pilier !

Je t'aime ... deux fois plus que le chocolat !!!

A mes parents, merci de m'avoir toujours soutenue dans mes projets, de m'avoir ouvert l'esprit à la découverte du monde. Vous avez fait de moi celle que je suis, merci de m'avoir transmis les valeurs de partage, de respect et de bienveillance qui sont tellement importantes dans ma vie personnelle comme professionnelle. Je vous aime à la folie, sur toutes les notes de Vincent Delerm et JJ Goldman ! Vous êtes et resterez toujours mes héros !

A Flora, ma petite souris, je suis tellement admirative et fière de la femme que tu es aujourd'hui, resplendissante, intelligente, engagée. Les rôles s'inversent souvent, même si je suis la « grande » sœur, tu es mon modèle sur tant de choses ! J'ai une chance infinie de t'avoir à mes côtés et de pouvoir compter sur toi. Merci de m'avoir apporté tout ton soutien et tes conseils pour ce travail.

A Meni, mille merci d'être à la fois ma grand-mère, mon soutien, ma complice. Merci pour mon enfance, pour les vacances, pour nos sorties shopping et ciné, pour les quenelles à la tomate et les petits pains grillés, pour nos appels, merci d'être là tout simplement, je t'aime !

Merci à ma famille, ma marraine Marie Pierre, mon parrain Julien, mes tontons Phil, Jean Luc et Bernard, mes cousins : Rodin, Thomas et sa famille. Merci pour nos rires, nos débats plus ou moins enflammés, merci pour les Noëlés passés ensemble, merci pour les vacances à la campagne, à la montagne et à la mer !

A mes grands-parents qui m'ont toujours soutenu, Marinette, Roger et Gérard. Merci pour mon enfance et son odeur de matfins aux pommes, de chocolats de Pâques, de virées en C15 et d'herbes fraîches des prés ! Merci pour votre amour !

A Martine, Alison, Jonathan et Mélissa, merci de m'avoir accueillie dans votre famille. Merci de m'avoir fait découvrir la sauce à la Chablisienne, la Wii, le Mille bornes et la mauvaise perdante que je peux devenir face à Nicolas et l'équipe des Richardot originels !

A Charly et Jade, merci d'apporter vos éclats de rires enfantins dans nos vies !

A ma Caro, merci pour ton soutien infaillible depuis le premier jour dans le bus qui menait à notre week-end d'intégration, impossible de tout citer en quelques lignes, entre nos pauses pipi à la BU, nos longues conversations sur le retour de la fac, nos confidences, nos soirées d'externat et leurs préparatifs, nos journées à refaire le monde. Merci pour ton super coaching pour ce travail. Merci au destin de t'avoir placée sur mon chemin et d'avoir mis dans nos p'tites têtes des cerveaux aux fonctionnements identiques. A toutes nos prochaines aventures !

A ma tête de moule, Morgane, il s'en est passé du temps depuis les bancs du lycée où nous avons donné naissance à ce surnom, mais au fil des années j'ai toujours pu compter sur toi, ta joie, ton honnêteté et ta simplicité. Ces dernières années ont été difficiles avec leurs lots d'épreuves et la distance mais il est de ces amitiés que rien ne peut séparer et qui aident à surmonter des montagnes. Je suis ravie de te voir épanouie aux côtés de Nasser, merci de m'avoir permis d'être témoin de votre amour. J'ai hâte que tu reviennes, tu me manques beaucoup trop !

A Pauline, toi qui aurais tant aimé voir l'aboutissement de ce travail... J'entends encore ta voix quand je t'ai annoncé que je faisais ma thèse en gynécologie, ce plaisir de savoir qu'on continuait après toutes ces années à partager nos passions comme on avait partagé avant nos années lycéennes, nos sorties shopping, piscine, ciné, sushis, Disney, puis nos deux années difficiles de PACES, notre vie étudiante... Tu me manques tellement ma poulette, tu brilles très fort dans mon cœur.

A mes amis d'enfance (oui on peut dire qu'on était encore des enfants, ou est ce qu'on ne le serait pas encore ... un peu ?) :

Clem, ma nenette, merci pour ta gentillesse et ta générosité, tu as le cœur le plus gros de nous tous, merci d'être la mémoire des dates d'anniversaire, je sais que je pourrais compter sur toi-même quand j'aurais Alzheimer ; **Jerem'**, merci pour ta bienveillance, pour nos partages de restos en folie et les aprèm/soirées jeux de société et oupsi encore merci de ne pas trop m'en vouloir d'avoir choisi ta voiture pour mon premier constat ; **Gus**, merci pour ton sens de l'humour, je te pardonnerais même tes blagues les plus misogynes et racistes, merci pour ton amour des bonnes choses et merci de nous avoir permis d'agrandir la famille avec la petite sœur de Tartine ; **Julien**, merci mon Coco pour ta générosité, ton écoute, merci de partager avec moi cette qualité qu'est la gourmandise et les mêmes valeurs pour notre si jolie planète, merci pour ta célèbre recette de lasagnes, allez SOURIS ! ; **Maelle**, merci pour ta joie solaire, pour tes danses libérées dont je suis toujours autant admiratrice et une pensée particulière pour votre petit bout qui est prévu pour aujourd'hui ; **Pierre Yves**, merci pour ta gentillesse, à notre amour commun pour nos petites boules de poil, merci à vous deux de m'avoir fait découvrir des muscles insoupçonnés lors de votre chantier terrasse et merci d'avoir fait rentrer dans ma vie ... le Twin-It ; **Marie**, merci pour ton écoute, tes mots justes lors de tous nos goûters, merci pour ta lumière qui ne cesse de me guider ; **Valentin**, merci à toi et ton célèbre bob de nous faire tant marrer, plein de bisous à ta petite famille ; **Arne**, merci pour ton soutien pendant ces dures études, et

à toutes nos prochaines soirées ; **Pierre**, merci pour ton humour, j'ai toujours admiré ta polyvalence, tu es la preuve qu'on peut être un pote, un maçon, un vendeur de tapis, et un futur médecin en même temps, plein de courage à toi ; **Charlotte**, merci pour ta gentillesse, ta douceur et ton écoute ; **Maeva** merci d'être toujours aussi pétillante et débordante d'amour et de positivité !

A mes amies de fac qui se reconnaîtront :

Poney des Collines, ma collibrille merci de toujours me partager ton enthousiasme et ton engagement, à tes côtés on se sent plus forte pour se battre pour nos principes le tout dans la joie, à nos rêves d'exercice partagé et tu seras la première au courant si je décide un jour de tout plaquer pour vivre dans une ferme au cœur des montagnes ; **Wide feet**, merci pour toutes nos confidences sur le chemin de la fac, pour ton précieux soutien ces dernières années et merci pour ton humour bien à toi, allez « Santé et pas des pieds » ; **Vourchette**, merci de faire autant rayonner la joie autour de toi, garde toujours ce grain de folie et ce style merveilleux, je sais que je peux toujours compter sur toi pour mes tenues de fêtes ; **AVC**, merci pour ta gentillesse à toute épreuve, je te pardonnerais tout, même et c'est pas peu dire ton aversion pour Harry Potter que je ne comprendrais jamais ; **Beyoncé**, tu resteras ma Gossip Girl préférée mais surtout merci de me transmettre ta joie et ta folle envie de vivre la vie à fond sur les notes les plus rythmées de Beyoncé !

A l'ADDC merci d'avoir pimenté nos longues années studieuses de révision :

Jo', merci pour ta gentillesse et ta bienveillance, merci de partager avec moi l'amour de la nature et du chocolat, t'inquiète pas on arrive à la rescousse à Chambé pour les aprèm rando et les soirées fromages ; **Maxou**, merci pour ton soutien et ton écoute, il faut qu'on reprenne notre marathon des dégustation de champagne et promis je ne désespère pas un jour de te faire goûter l'époisse ; **Péha**, merci pour notre trio inséparable de Vouglans, à toutes nos soirées d'externat, il est d'ailleurs grand temps de te remercier officiellement pour m'avoir chaperonné à mon premier rendez-vous galant ; **Nono**, à nos débuts en PACES, merci d'être toujours là pour me rattraper en soirée, me sauver des méduses et bien d'autres, à toutes nos danses même les plus endiablées...; **Alec**, merci pour ta joie communicative, merci d'être toujours là pour nous faire sourire et rire, merci pour ton imitation inégalée de Golum ; **Manu**, merci pour ta sagesse et ton humour, merci à ton côté « organisé » de m'avoir fait tant rire en rangeant tes Stabilo par couleur ; **Tanguy**, merci pour ta galanterie et tes compliments toujours plus grandioses les uns que les autres ; **Aymeric**, à tes multiples casquettes : maître-nageur sauveteur et caliméro, merci pour tes retards qui nous ont tant fait râler, et non Aymeric on ne touche pas aux petites sœurs ; **Loup**, à ton organisation infaillible, merci d'avoir élaboré nos soirées toutes fabuleuses et qui restent à jamais d'excellents souvenirs !

A Albane et Malik, merci de m'avoir épaulé au péril de vos chevilles depuis le tout début ! Vous nous manquez terriblement depuis que vous nous avez lâchement abandonné pour la Haute Savoie... A vous qui partagez nos plus grandes passions : la montagne, les chats et le fromage, à quand la prochaine raclette en Savoie avec le gros Nolon et Zaza ?

A Marion, merci pour ta gentillesse, pour tes cartes postales en folie, pour tes attentions créatives ! En souvenir de nos vacances à Prague, de nos longues discussions dans les cafés, à toutes nos prochaines séances de papotage !

A tous ceux que je n'oublie pas : **Louis**, merci pour ta bienveillance, merci d'être naturel, intéressé et curieux de tout, je suis ravie que tu fasses partie de la famille ! Et il faut pas se mentir tu as deux grosses qualités : tu aimes le fromage et tu portes des chaussettes rigolotes ; **Victo ou Vicus** pour les intimes, merci pour ta gentillesse, mention spéciale pour tes bons p'tits plat belges, pour tes croq' au beurre demi sel et gare à toi au prochain Catane ; **Matthias et Soso**, merci pour votre amitié, et vos supers conseils en particulier en ce qui concerne les prof de danse, on espère que vous viendrez nous voir en Savoie, promis on ira mollo sur les randonnées, par contre on vous promets de la bière et du fromage à gogo, Matthias merci d'avoir été le meilleur chef de stage de tous les temps, à nos souvenirs de pédiatrie au Creusot ; **Simon et Anastasia**, merci pour nos sorties dijonnaises et nos goûters ; **Alexis et Sarah**, à tous nos restos y compris les plus odorants et à ce super week-end à Nantes, à votre gentillesse et simplicité, vous êtes loin mais on vous aime trop pour ne pas revenir vous voir ; **Marion et Alex**, merci pour toutes nos sorties mâconnaises, Marion merci pour notre amitié, ton soutien et toutes nos confidences autour d'une tasse de thé ; **Andréa**, ma colloc de gynéco et best partner yoga ever, merci pour tous ces moments partagés au Creusot, ces souvenirs sont très précieux ; **Mathou**, à notre rencontre et à ta gentillesse, hâte de continuer à te découvrir !

Je tiens également à remercier **Joséphine**, pour m'avoir donné tes précieux conseils de sociologue et pour m'avoir relu et corrigé à plusieurs reprises. Merci pour l'intérêt que tu as porté à ce travail, merci pour ton temps et ton regard éclairé.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| LISTE DES ABREVIATIONS | 14 |
| INTRODUCTION | 15 |
| METHODOLOGIE | 17 |
| 1. Type d'étude | 17 |
| 2. Population d'étude et recrutement | 17 |
| 3. Recueil des données | 17 |
| 4. Elaboration du guide d'entretien | 18 |
| 5. Retranscription et analyse des données | 18 |
| RESULTATS | 19 |
| 1. Perception du dépistage par les médecins généralistes | 21 |
| 2. Perceptions des recommandations par les médecins généralistes | 27 |
| 3. Impact de la singularité de la relation médecin patient dans le dépistage du CCU | 34 |
| 4. Impact de la formation et du raisonnement scientifique dans l'application des recommandations | 42 |
| DISCUSSION | 50 |
| 1. La place essentielle du médecin généraliste dans le dépistage du CCU | 50 |
| 2. Compréhension et validation des recommandations par les médecins généralistes | 50 |
| 3. Les problématiques soulevées dans les recommandations | 53 |
| 4. Les facteurs influençant la mise en pratique des recommandations | 60 |
| 5. Forces de l'étude | 66 |
| 6. Limites de l'étude | 67 |
| CONCLUSIONS | 68 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 70 |
| ANNEXES | 78 |
| 1. Annexe 1 : Guide d'entretien version 1 | 78 |
| 2. Annexe 2 : Guide d'entretien version 4 | 79 |
| 3. Annexe 3 : Algorithme de prise en charge du dépistage avant 30 ans selon l'INCa (8) | 80 |
| 4. Annexe 4 : Algorithme de prise en charge du dépistage après 30 ans selon l'INCa (8) | 80 |
| 5. Annexe 5 : Grille COREQ | 81 |

TABLE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I : Caractéristiques des médecins interrogés | 20 |
|---|----|

LISTE DES ABREVIATIONS

ADECA 21 : Association de Dépistage des Cancers en Côte d'or

ASCCP : American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

ASCUS : Atypical Squamous Cell of Unknown Significance

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CIN : Cervical Intra-epithelial Neoplasia

CGNOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies

CRCDC : Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DIU : Diplôme Inter Universitaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin (désigne le test cytologique)

FMC : Formation Médicale Continue

GEAP : Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human PapillomaVirus

INCa : Institut National du Cancer

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

En France métropolitaine en 2018, l'incidence du cancer du col de l'utérus (CCU) était estimée à près de 3000 nouveaux cas par an. Ce dernier serait responsable de plus de 1000 décès annuels, le plaçant au 12^{ème} rang de mortalité par cancer chez la femme (1). En Côte d'or, il existe une sur-incidence à 16% par rapport au taux national (2).

Le CCU est quasiment entièrement imputable à un virus : le papillomavirus (1), pour lequel il existe un vaccin dont l'efficacité clinique est aujourd'hui étayée (3–5). Il s'agit donc de décès évitables. Ce virus se transmet pendant les premiers rapports sexuels, ainsi on estime que près de 80% de la population est en contact avec un papillomavirus (HPV) au cours de sa vie. La persistance de ce virus dans l'épithélium peut conduire après plusieurs années au CCU (6).

Un dépistage organisé, a été mis en place en France depuis mai 2018 (7). Il permet de détecter les anomalies cytologiques précocement avant qu'elles n'évoluent en cancer. Néanmoins, le taux de couverture du dépistage est encore très insuffisant puisqu'on estime qu'entre 2018 et 2020, seulement 58.8% des femmes ciblées ont bénéficié d'un dépistage. En Côte d'Or, ce taux est un peu supérieur au niveau national et atteint 67% (2). L'objectif du Programme National du Dépistage Organisé du CCU est d'atteindre 80% de couverture (8,9).

Le test HPV permet d'augmenter la détection des lésions classées CIN2 et CIN3+ (néoplasies cervicales intra épithéliales) par rapport au frottis cytologique (FCU) (10–12). Ainsi, à la suite d'études mettant en lumière la meilleure sensibilité du test HPV, de nouvelles recommandations ont été publiées en juillet 2019 par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est à présent recommandé de réaliser un FCU à 25 ans et 26 ans puis tous les 3 ans jusqu'à 30 ans puis un test HPV tous les 5 ans de 30 ans à 65 ans (9). L'élargissement de cet intervalle à 5 ans a été documenté par plusieurs études confirmant la sureté de ce dernier (13–15). L'auto-prélèvement vaginal (APV) est une alternative au test HPV réalisé par un professionnel de santé chez les patientes de plus de 30 ans ne se faisant pas dépister selon le rythme recommandé. La sensibilité de détection des lésions CIN2 et CIN3+ est similaire à la procédure standard (16).

Le médecin généraliste, en tant que médecin de premier recours, a une place centrale dans ce dépistage. Les femmes semblent d'ailleurs majoritairement favorables à la réalisation de cet acte par leur médecin généraliste (17). Par ailleurs, il existe un gradient social concernant le recours au dépistage. Les femmes avec un plus bas niveau socio-économique seraient moins bien dépistées (18) alors que les femmes avec un niveau socio-économique plus important consulteraient majoritairement des gynécologues et seraient plus sujettes au sur-dépistage (18,19). Ainsi le médecin généraliste, étant

théoriquement moins affecté par ce gradient social, serait le mieux placé pour améliorer le dépistage des femmes.

Les recommandations de bonnes pratiques ont pour objectif d'apporter des indications et une référence aux médecins généralistes mais il arrive qu'elles soient perçues comme inadaptées à leur pratique. Étudier la perception que ces derniers ont des recommandations permet de mieux les faire évoluer (20).

Plusieurs thèses quantitatives ont traité des pratiques mais également des connaissances et réticences des médecins généralistes concernant le dépistage du CCU (21–23). Il en ressort que les médecins généralistes semblent adhérer à ces recommandations mais en ont une connaissance approximative. Cependant, peu d'études qualitatives ont été effectuées à ce sujet. Or, étudier les perceptions des médecins généralistes concernant les recommandations permettrait de mieux cerner leurs pratiques de ces dernières et les facteurs semblant rentrer en compte dans leur application. Ainsi, une approche qualitative paraît pertinente pour éclairer le lien entre les pratiques médicales et les recommandations.

Notre étude vise principalement à explorer les points de vue et les pratiques des médecins généralistes de Côte d'Or à l'égard des recommandations de la HAS de 2019 sur le dépistage du CCU. L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs influençant la mise en œuvre ou non de ces recommandations.

1. Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été menée afin de répondre à notre objectif de recherche.

2. Population d'étude et recrutement

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Médecin généraliste
- Exerçant dans le département de Côte d'Or
- Réalisant le dépistage du CCU (sans limite minimale d'actes)

Afin de cibler les médecins de notre population d'étude, une recherche internet avec les termes « Médecins généralistes + frottis + Côte d'Or » a été faite. Le bouche à oreille et l'effet boule de neige a également permis l'inclusion d'autres enquêtés.

Les médecins ont été joints par téléphone par le biais de leur secrétariat. Nous nous assurons que ces médecins réalisaient des frottis sans pour autant avoir besoin de préciser le nombre d'actes réalisés. Les informations principales concernant la réalisation de l'entretien et le sujet du dépistage du CCU ont été données lors de la prise de contact sans préciser le rapport avec les recommandations.

3. Recueil des données

Les entretiens menés étaient individuels, en présentiel et semi dirigés.

Ils étaient menés dans les cabinets des médecins, en seule présence de l'investigatrice et du médecin interrogé. Chaque entretien était enregistré par le biais d'un support audio puis retranscrit par écrit et détruit à la suite. Les entretiens ont été totalement anonymisés.

Tous les médecins interrogés étaient mis au courant de l'enregistrement après recueil de leur consentement et de l'anonymisation des données avant l'entretien.

Un enregistrement auprès de la CNIL, d'un formulaire de déclaration de conformité (MR004) a été réalisé avant de débiter les entretiens, afin d'assurer la protection personnelle des données.

Au total, douze entretiens ont été menés au bout desquels l'investigatrice a jugé avoir atteint la suffisance des données.

4. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été établi selon quatre parties principales :

- Une partie regroupant des questions d'ordre socio démographique et de description de l'activité du médecin interrogé,
- Une partie concernant la pratique du dépistage du CCU du médecin interrogé,
- Une partie recueillant l'avis du médecin concernant les recommandations du dépistage du CCU,
- Une partie concernant le suivi personnel gynécologique du médecin interrogé et/ou de son entourage.

Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens, il a ainsi été élaboré quatre versions de ce dernier (Annexe 1 et 2). Certaines questions ont été formulées différemment afin de les rendre plus compréhensives et certaines ont été ajoutées afin de faire davantage préciser les perceptions des médecins généralistes.

Un entretien test a été réalisé en mai 2023 afin d'ajuster la grille d'entretien et d'entraîner la chercheuse, puis les entretiens ont été réalisés de juillet à décembre 2023.

5. Retranscription et analyse des données

La retranscription s'est fait mot pour mot et intégrait les silences, les rires, et les autres émotions pouvant transparaître dans les paroles des médecins interrogés dans le but d'être le plus précis dans l'analyse.

Chaque entretien a par la suite été analysé de manière individuelle à l'aide de la méthode phénoménologique. L'analyse consistait en une première phase de codage manuel des verbatims sur des fichiers Word®, puis ces étiquettes ont été regroupées en catégories. Une triangulation partielle des données a été réalisées avec une seconde chercheuse.

Tout au long de l'étude, un journal de bord a été tenu électroniquement afin de conserver le maximum d'informations sur la réalisation et les questionnements en lien avec la recherche.

RESULTATS

Au total, 12 entretiens ont été menés. Les durées s'étalaient entre 26 et 60 minutes.

Sur l'ensemble, neuf médecins interrogés étaient des femmes et trois des hommes. Les participants avaient entre 29 et 62 ans avec une moyenne d'âge de 38.5 années. Cinq des médecins interrogés avaient réalisé une formation supplémentaire en gynécologie après leur internat.

Le tableau I regroupe les différents médecins interrogés ainsi que leurs caractéristiques principales. Pour plus de lisibilité et afin de maintenir l'anonymat des médecins interrogés, nous les nommerons M1 à M12 selon l'ordre d'interrogatoire. L'entretien M0 correspond à l'entretien test.

Tableau I : Caractéristiques des médecins interrogés

| Médecin | Age | Sexe | Lieu d'exercice | Type d'exercice | Formation en gynécologie après l'internat | Maitres de stage Universitaires |
|---------|-----------|-------|-----------------|-------------------|---|---------------------------------|
| M0 | 45-50 ans | Femme | Urbain | Cabinet de groupe | Oui | Oui |
| M1 | 35-40 ans | Femme | Semi rural | Cabinet de groupe | Non | Non |
| M2 | 50-55 ans | Femme | Urbain | Cabinet de groupe | Oui (DIU) | Oui |
| M3 | 30-35 ans | Femme | Semi rural | MSP | Non | Oui |
| M4 | 30-35 ans | Femme | Urbain | Cabinet de groupe | Oui (DIU) | Non |
| M5 | 25-30 ans | Homme | Urbain | Cabinet de groupe | Oui (FMC) | Non |
| M6 | 40-45 ans | Homme | Semi rural | Cabinet de groupe | Non | Non |
| M7 | 60-65 ans | Homme | Rural | Cabinet seul | Oui (FMC) | Non |
| M8 | 40-45 ans | Femme | Semi rural | MSP | Non | Oui |
| M9 | 35-40 ans | Femme | Semi rural | Cabinet de groupe | Oui + activité hospitalière | Oui |
| M10 | 30-35 ans | Femme | Semi rural | Cabinet de groupe | Non | Non |
| M11 | 25-30 ans | Femme | Semi rural | MSP | Non | Non |
| M12 | 25-30 ans | Femme | Rural | Cabinet de groupe | Non | Non |

1. Perception du dépistage par les médecins généralistes

A. Place du dépistage du CCU dans la pratique des médecins généralistes

a- Le dépistage du CCU : au cœur des pratiques ?

Deux catégories principales de médecins généralistes sont à distinguer : ceux qui considèrent le dépistage du CCU comme **mineur dans leur activité professionnelle** et ceux qui le décrivent comme **au cœur de leur pratique**.

Pour cette première catégorie, la pratique semble être **ponctuelle et ne relevant pas de leur expertise**. Plusieurs médecins rapportent réaliser des tests de dépistage de « dépannage ».

M1 rapporte « *Non mais parce que j'en fais des frottis, mais j'en fais pas beaucoup, j'en fais surtout pour dépanner* ».

M6 explique ne pas présenter d'appétence particulière pour la gynécologie « *c'est pas inscrit dans mon fonctionnement habituel* ».

M7 parle de « *frottis de ... de sauvetage* »

D'autres au contraire décrivent une **pratique de la gynécologie plus importante** avec la mise en place d'un suivi en santé gynécologique très fréquent de leurs patientes.

M8 « *alors je fais des suivis classiques de gynécologie avec l'examen gynécologique annuel, le frottis quand il faut faire le frottis* »

M12 « *c'est je dirais un frottis tous les 15 jours* »

M3 qui a une pratique importante de gynécologie trouve que les gynécologues font des actes plus spécialisés que le frottis.

M3 « *y en a pas beaucoup qui vont exprès chez lui (en parlant du gynécologue) pour un frottis ... plus pour les suivis de grossesse* », « *les gens veulent peut-être pas faire 25 min juste pour ça* ».

b- Une consultation longue et préférentiellement dédiée à la gynécologie

La consultation du dépistage du CCU et plus largement du suivi gynécologique est souvent décrit comme plus **longue** qu'une consultation non gynécologique.

M2 « *Ah bah oui, c'est quand même pas la même consult, plutôt 20, 25 minutes* ».

Certains médecins (M8, M12) mettent d'ailleurs systématiquement des consultations de 30 minutes pour ce motif-là.

Cependant, l'acte du test de dépistage en lui-même ne semble pas présenter de difficulté particulière. Il peut être décrit comme un examen banal et facile à réaliser (M1, M4). Quand on

demande à M4 de parler de son cursus, elle répond « *Ouais frottis tu les fais, moi je suis passée en gynéco en D1 et je les faisais déjà donc ouais (silence) ça c'est facile* ».

La consultation du frottis doit être **dédiée uniquement à l'examen gynécologique** pour de nombreux médecins (M4, M5, M7, M8, M9, M10, M12). M4 rapporte dire à ses patientes « *Vous prévoyez un rendez-vous pour le frottis point et c'est tout* ».

Certains médecins profitent de cette consultation concernant le dépistage du CCU pour réaliser un **examen gynécologique complet** avec la palpation mammaire et souvent le toucher vaginal.

M2 « *Y a les seins, le ventre, la tension, ouais et le poids et l'examen gynéco* »

M9 « *je fais toujours le toucher vaginal pour vérifier : l'utérus, annexes* »

c- Une consultation de prévention

Quelle que soit leur pratique de la gynécologie, les médecins interrogés abordent le dépistage du CCU au sein d'une **consultation centrée sur la prévention**. Pour ces derniers, il est du rôle du médecin généraliste est de vérifier la bonne réalisation des autres dépistages au même titre que les vaccinations.

M6 « *je pose la question : Quand est-ce que vous avez fait votre dernière hémocult ? Et donc ça ça enchaîne forcément sur les trois : mammographie et frottis* ».

M7 décrit la prévention et la prise en charge globale des patients comme étant le fondement de son métier « *que les médecins fassent de la médecine générale, c'est-à-dire, c'est-à-dire que euh il faut qu'ils s'occupent du dossier de leur patient dans l'ensemble* ».

Quand on demande à la plupart des médecins les situations pour lesquelles ils sont amenés à proposer le dépistage du CCU, ils évoquent tout type de consultations, que ce soient des renouvellements ou des consultations de contraception par exemple.

M5 « *alors ça peut être pour plein de raisons ça peut être parce que je fais un vaccin à 25 ans donc faut aussi qu'on commence les frottis, ça peut aussi lorsque j'ai une consultation pour un nouveau-né et du coup je leur pose la question s'il y a déjà eu un frottis à l'occasion si elle est bien dans le cut off des 25-65 ans, ça peut être au cours d'une consultation de contraception euh ça peut être aussi parce que j'ai donné un TFI pour le test colorectal et du coup j'en profite pour vérifier tout le reste la mammo, le frottis donc voilà c'est plus dans ce genre de consultation* »

Comparativement au dépistage du CCU, la vaccination contre le papillomavirus est le facteur sur lequel M6, M7 et M8 ont l'impression d'avoir le plus d'impact.

M8 « *je pense qu'il faudrait déjà améliorer la vaccination avant de vouloir améliorer le dépistage, parce que ... améliorer le dépistage c'est dur* », « *Le prévenir c'est mieux que le dépister !* »

B. Place du genre et de l'environnement professionnel et socio-économique

a- Place du genre du médecin

La pratique du dépistage du CCU, et plus généralement de la santé gynécologique, semble étroitement liée au sexe du médecin. Les médecins interrogés pensent que **le fait d'être un homme est un frein** pour beaucoup de patientes.

M3 « *on voit bien que les femmes préfèrent s'adresser à une femme* »

M7 se présente comme un homme âgé ce qui joue selon lui sur la pratique de la gynécologie « *je pense qu'un homme un peu plus jeune ça les gêne moins, je pense, ça les gêne moins et puis avec l'âge ça les gêne un peu plus* ».

Un médecin (M1) fait émerger l'idée que lorsqu'on est une femme, on s'identifie plus facilement aux patientes, ici en ce qui concerne l'APV « *Après je me dis... je sais pas mais je me dis comme ça en tant que patiente, que les patientes auraient peut-être peur de mal faire finalement* ».

M10 rapporte en parlant de vérifier le suivi des patientes concernant le dépistage du CCU « *je suis sûre que mes... mes confrères qui sont des hommes, je suis quasiment sûre qu'ils ne demandent pas hein, c'est pas dans leur ADN, ils le font pas, c'est pas des femmes, je pense que de temps en temps ils y pensent mais tu vois pas autant que la mammo, c'est pas autant démocratisé !* ».

b- Place de l'environnement professionnel

L'environnement dans lequel le médecin évolue, semble jouer aussi dans la pratique du dépistage. C'est le cas de M4 qui a une collègue qui ne fait pas de gynécologie et qui effectue « *les frottis de ses patientes* » ou qui reçoit des patientes d'autres médecins hommes « *du coup j'ai des patientes que je ne vois que pour ça* ».

M2 a pratiqué en zone rurale et explique que cela oblige à être polyvalente « *Tout à fait j'en ai toujours fait de la gynécologie, en campagne on fait un peu de tout.* ».

Il semble que la **patientèle** joue aussi un rôle dans la réalisation du dépistage, selon l'âge moyen de la patientèle mais aussi leurs classes sociales. M1 explique que ses patientes ont pour beaucoup un(e) gynécologue car elles sont issues d'une population « *aisée, voilà exactement, donc ils aiment bien les spécialistes* ».

D'autres médecins ont hérité une partie de leur patientèle d'un prédécesseur qui faisait beaucoup de gynécologie comme M3 « *j'ai l'héritage de l'ancien cabinet* » ou d'un gynécologue parti à la retraite comme M8 « *quand je me suis installée il y avait une gynécologue qui était pas très loin de là où je suis, qui est partie à la retraite et du coup ben j'ai récupéré pas mal de ses patients* ».

c- Environnement socio-économique

La quasi-totalité des médecins interrogés décrivent **l'accès aux gynécologues comme compliqué** que ce soit par manque de gynécologues, ou du fait des délais importants.

M4 rapporte en parlant des patientes *« après elles sont contentes parce que souvent chez un gynéco il faut attendre un an d'attente »*.

M11 *« au vu des délais des gynécologues, elles sont quand même intéressées de venir vers moi »*.

Néanmoins, certains médecins évoquent un **transfert en cours de la pratique de la gynécologie vers la médecine générale**.

M9 *« enfin moi je trouve quand même une grosse redistribution du suivi gynéco, il y a un transfert de... de la gynéco à la médecine générale qui s'est quand même opéré sur les dernières années »*

M12 *« j'ai l'impression qu'on est de plus en plus de médecins généralistes aussi à... à faire ces examens de prévention en gynécologie donc je pense que les patientes sont plutôt contentes »*

Certains médecins (M4, M5, M12) **orientent également des patientes vers les sage-femmes**.

M12 *« je me dis que des fois p'tre qu'elles préfèrent que ce soit pas le médecin généraliste qui fasse ça aussi euh mais en définitive je pense qu'il y en a 3/4 qui demandent quand même que ce soit moi et 1/4 qui vont voir les sage-femmes ! »*

Plusieurs médecins déclarent accorder une importance à la rémunération de l'acte du dépistage.
M2 *« Ah bah oui oui je cote systématiquement la cotation parce qu'on a pas d'augmentation hein, donc faut bien penser, après ça m'arrive d'oublier bien sûr ... »*

M4 *« Ah bah oui, oui (rire) y a déjà pas beaucoup de trucs qu'on peut coter alors si ... ouais ! »*

C. Place du corps et de la sexualité

a- Rapport à l'intime

Il semble essentiel pour les médecins interrogés de **respecter la pudeur des patientes**. Le déshabillage séquentiel est très souvent proposé.

M1 *« en plus être toute nue sur une table d'examen je trouve ça, je trouve pas ça très ... génial »*

M8 *« je fais pas le déshabillage complet donc elle se déshabille moitié, elle se rhabille et redéshabille l'autre moitié »*

Une organisation particulière est mise en place en présence d'un tiers lors de la consultation.

M8 *« j'ai une organisation un peu particulière donc déjà la... la partie où éventuellement il peut y avoir un tiers, elle est cachée par un mur »*

Lors de ces consultations le médecin peut être face à des patientes pour qui le rapport à leur propre corps est difficile, c'est le cas des patientes souffrant de vaginismes que beaucoup de médecins (M4, M7, M8, M9, M11) décrivent comme un frein à la réalisation du dépistage.

M7 « *je crois que cette partie-là je sais pas elle ne la vit pas bien* ».

b- Représentations du médecin sur la sexualité

Les médecins ont leur **propre représentation de la sexualité**.

M2 évoque par exemple qu'il est rare de trouver des femmes de plus de 65 ans qui ont encore des rapports « *si elles sont actives sexuellement pourquoi pas, mais c'est rare, 65 ans c'est bien !* ».

M6 ne se trouve **pas à l'aise avec l'examen gynécologique** « *je suis pas à l'aise, pour tout vous dire concernant l'examen gynéco* ». Il réalise le toucher vaginal de manière systématique mais ne fait pas la palpation mammaire systématique « *je fais pas la palpation mammaire euh pour la simple raison c'est que là, là il y a une limite euh comme on est en face à face avec la personne ... quand on me demande, on me décrit une boule là je fais (...) peut être que j'ai une croyance médicale qui fait que la palpation mammaire, c'est que la personne ne vient pas pour ça* ».

M6 décrit les patientes pour lesquelles il ne ferait pas de test avant 25 ans « *les personnes qui sont propres et qui prennent leur contraception on les voit hein, qui ont des camarades fixes, des copains fixes, ceux-là je m'inquiète pas avec une famille assez stable je m'inquiète pas* ».

c- Dépistage des douleurs et des violences

La consultation du frottis permet pour de nombreux médecins d'évoquer des sujets dont ils ne parleraient pas autrement comme M8 « *je leur rappelle si pendant les rapports sexuels ça se passe bien (...) je m'assure que ça va bien dans leur couple* » ou encore M9 qui profite de cette consultation pour parler « *des dyspareunies c'est pas mal aussi d'en discuter parce que c'est souvent un sujet tabou* ».

Dans son entretien, M9 aborde des **violences gynécologiques** qui l'ont choqué « *Moi j'en ai eu, j'en ai eu au cabinet dont une qui m'avait traumatisée aussi y a quelques temps de ça, après m'avoir expliqué avoir été défloré par sa gynéco en plein examen clinique après de se faire engueuler parce qu'elle était pas à jour sur son frottis et que du coup la première pénétration qu'elle a eu c'est avec son gynéco avec un spéculum quoi ! (Air choqué)* ».

Il apparaît essentiel pour de nombreux médecins d'**accorder une grande importance à la manière dont l'examen gynécologique est pratiqué**.

M11 insiste « *quand les femmes elles aiment pas faire un frottis, y a pas de hasard en général c'est que c'est plus souvent parce qu'elles ont eu une mauvaise expérience au cours d'un examen, que parce*

qu'elles ont vécu qu'elles ont eu un traumatisme ou autre donc voilà je pense que pour améliorer l'observance des patientes, il faut aussi que les médecins soient sensibilisés à la manière de le faire ! ».

M12 a pris l'habitude de poser systématiquement la question de la violence « *je leur demande si elles ont déjà subi des violences que ce soit verbales, physiques ou sexuelles au cours de leur vie de manière générale* ».

D. Perception des médecins généralistes concernant le vécu des patientes

a- Vécu de la consultation

Les patientes ne semblent pas toujours informées que les médecins généralistes peuvent réaliser leur suivi du dépistage du CCU (M4, M7, M11).

M7 « *d'abord y en a qui se demandent même : Ah mais vous avez le droit de faire des frottis ?* »

M11 « *après je remarque que les femmes, elles ne sont pas forcément au courant que les médecins généralistes font le suivi gynécologique* »

La consultation du frottis est souvent perçue comme **anxiogène** selon la majorité des médecins.

M2 « *c'est anxigène comme consultation* »

M1 explique que certaines patientes ont recours à des **stratégies d'évitement** « *ça m'arrive plein de fois : j'ai mes règles ou je suis pas épilée (rire)* ».

Le vécu des résultats du dépistage peut être différent entre le médecin et la patiente.

M11 « *je pense qu'elles ont besoin d'être rassurées aussi parce que même si pour nous avoir un ASCUS sur un frottis ça nous inquiète pas, mais elle quand elle voit une anomalie enfin quand elles voient que c'est anormal ça les inquiète tout de suite* »

b- Vécu des recommandations

Les réactions des patientes à l'élargissement de l'intervalle entre deux tests semblent varier en fonction de leur caractère comme l'explique M10 « *Ouais je pense que ça les inquiète un peu ouais, oui oui ... pas toutes, parce que la plupart, elles n'aiment pas tellement faire le frottis hein, enfin personne vient de gaité de cœur hein la plupart tu leur dis que c'est à 5 ans, bah tiens ça fait... c'est bon on gagne, on gagne 2 ans de plus mais certaines elles se posent la question* ».

Plusieurs médecins (M1, M8, M9, M12) trouvent que les patientes sont souvent **anxieuses à l'idée d'arrêter le dépistage ou d'élargir l'intervalle entre deux dépistages** et qu'il est alors nécessaire de les rassurer en leur expliquant la raison de ce changement.

M1 « *elles comprennent pas toujours qu'on s'arrête à 65 ans donc on réexplique* »

M9 en parlant du changement de test et de l'intervalle entre deux tests HPV « *ça en a stressé quelques-unes mais du coup vous leur expliquez que on est plus précoce au niveau du diagnostic* »

M12 « *souvent elles ne sont pas au courant, euh du fait qu'on peut espacer à laisser 5 ans au-delà de 30 ans, bah qui sont un peu frileuses parce qu'elles ont été tellement habituées à ce que ce soit tous les 3 ans voire tous les ans par leur gynécologue* »

A contrario, d'autres trouvent que leurs patientes sont plutôt **contentes d'avoir moins de frottis**.

M2 « *euhhh ... bah à priori en général les femmes elles oublient beaucoup l'examen gynécologique* »

M11 « *je t'avoue que quand elles arrivent à 65 ans elles sont bien contentes de plus le faire c'est quand même... j'ai jamais eu le cas de me redemander un frottis !* », « *les femmes elles sont quand même contentes que ça passe à tous les 5 ans il faut le dire c'est quand même jamais une partie de plaisir pour elles euh donc non je trouve que c'est très bien qu'on soit passé à tous les 5 ans* ».

M10 évoque le fait que les connaissances des patientes évoluent et qu'avec l'arrivée du vaccin contre le papillomavirus, les patientes comprennent mieux l'objectif du test HPV « *y en a même qui étaient contentes de savoir ce qu'on dépistait, de savoir qu'on dépistait le papillomavirus parce que finalement elle commence à en avoir entendu beaucoup parler avec le GARDASIL pour leurs enfants* ».

Cependant, certaines patientes peuvent manquer d'informations sur l'objectif même du dépistage et n'associent pas forcément le « frottis » au dépistage du CCU comme le dit M12 « *Quand elles appellent pour prendre leur rendez-vous ou qu'elles viennent avec leurs papiers, elles disent à la secrétaire « est-ce que le docteur fait le dépistage du cancer du col de l'utérus », elles ont l'impression qu'elles n'ont jamais eu ça de leur vie* ».

2. Perceptions des recommandations par les médecins généralistes

A. Les âges limites de dépistage

a- Limite inférieure de 25 ans

L'âge de limite inférieur de 25 ans est peu remis en question parmi les participants.

M3 « *si le test a été validé dans une population standard (rire) même avec une moyenne d'âge de début des rapports assez élevée, y avait quand même des patients qui avait dû avoir des rapports avant* »

M7 répond qu'il ne fait pas de dépistage du CCU avant 25 ans « *Jamais, on leur fout la paix ! Pff* ».

Deux médecins sont amenés ponctuellement à faire des tests de dépistage **avant 25 ans en présence de symptômes**.

M4 « *avant 25 ans ça m'est déjà arrivée, voilà peut-être pour saignement après les rapports ou un truc comme ça mais c'est assez rare* »

M10 « moi j'applique un peu près stricto sensu ce qui y a marqué c'est 25ans donc non j'en ai pas fait avant 25 ans (réfléchi) alors si une fois, si pardon une fois où une patiente avait des métrorragies après les rapports humm sans mycose, sans rien, je crois qu'on avait fait un frottis quand même, elle avait 23 ou 24, un truc comme ça ! »

M6 explique que même s'il n'a pas la patientèle pour, il serait amené à faire un frottis autour de 20 ans chez des patientes qui ont « *plein de petits copains, encore changé de petit copain, qui fument...* ».

M1 réalise le dépistage de 26 à 65 ans et explique « *euh avant qu'on ait ce nouvel algorithme, même je sais que c'était déjà 26 ans mais je faisais avant, déjà je commençais souvent à 23 ans quand elles avaient des rapports depuis euh 16 ans un peu près, 16-17 ans quoi quand ça commençait tôt je le faisais un petit peu avant si elles étaient d'accord, je leur expliquais que c'était pas obligatoire* ».

b- Limite supérieure à 65 ans

Au contraire, **l'âge de limite supérieur de 65 ans fait plus débat**. Pour certains médecins (M5, M8, M11), il faut suivre les recommandations qui ont été établies dans une population type.

M8 « *Bah je me dis qu'on s'éloigne quand même beaucoup, beaucoup de l'âge moyen du cancer du col pfff je sais pas* »

Mais nombreux sont les médecins (M1, M2, M3, M4, M6, M10) qui réalisent au minimum un **dépistage supplémentaire** à 70 ans voire plusieurs, devant des arguments d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé ou selon le parcours sexuel des patientes.

M3 explique qu'elle « *ne respecte pas la borne de fin d'âge* » et qu'elle continue parfois même jusqu'à 80, 85 ans.

M4 « *Alors y a après, des femmes en bonne santé je continue bien volontiers après 65 ans ça ouais* »

De nombreux médecins (M1, M2, M7, M9, M10, M12) expliquent également en réaliser **sur demande de la patiente**.

M10 « *Moi j'applique les recommandations, je commence à 25 ans jusqu'à 65 ans, 65 ans je dirais que j'é mets une petite réserve parce que y a parfois des patientes qui nous demandent après 65 ans d'en faire, je dirais que ça dépend des patientes* »

M7 réalise parfois un test de dépistage après 65 ans **en cas de symptômes** « *euh oui si y a des métrorragies, si y a des signes* ».

M6 qui dit suivre les anciennes recommandations, réalise des FCU entre 25 et 75 ans.

M8 réaliserait un test HPV après 65 ans « *si un jour le dernier frottis que j'ai fait à la dame il est anormal et que j'ai envie de contrôler* » puisqu'elle sortirait alors du dépistage organisé et qu'elle serait dans un dépistage individuel.

B. Le test HPV et l'élargissement à cinq ans entre deux dépistages après 30 ans

a- Suivi et compréhension des recommandations

La grande majorité des médecins interrogés ont **connaissance des nouvelles recommandations** concernant le test HPV et déclarent les suivre. Ils comprennent son apport par rapport à la cytologie. C'est le cas de M3 qui explique le bénéfice du test et la sûreté de l'intervalle entre deux examens à ses patientes « *le test avait une réponse beaucoup plus vraie par rapport aux autres et que tous les cinq ans c'était suffisant pour ne pas passer à côté d'une lésion pré cancéreuse et pas avoir le temps qu'un cancer se développe* ».

Lorsqu'ils suivent ces recommandations, ils remettent peu en question l'intervalle de cinq ans entre deux tests.

M5 explique « *après c'est plutôt logique, si la lésion évolue sur une dizaine d'années, si on respecte les cinq ans normalement on est bon pour pas en louper* ».

Certains médecins soulèvent malgré tout l'inquiétude d'une **diminution du recours à un suivi gynécologique régulier** liée à l'augmentation de l'intervalle entre deux tests HPV.

M1 « *on perd l'examen gynéco, même si moi la pertinence de mon examen gynécologique, on perd peut-être pas grand-chose mais j'imagine avec une gynéco peut être un peu plus* »

M6 « *je trouve que 5 ans c'est trop moi... même si la recommandation est de 5, je pense que moi j'encouragerai à faire des examens intermédiaires ; peut-être pas forcément le frottis mais des examens des examens gynécos* »

Cependant, lorsqu'il existe une atypie clinique comme un ectropion, M7 déclare préférer reconstrôler à un an si le résultat du premier test revenait négatif « *alors je sais que c'est pas les recommandations mais déjà que ce soit pas un faux négatif par hasard !* ».

Certains médecins évoquent la **colposcopie comme une conséquence négative au test HPV**.

M2 « *y a de plus en plus de colpo donc c'est de plus en plus agressif je pense* »

M9 « *La difficulté principale c'est que forcément on trouve beaucoup de portage HPV donc du coup ça mène à beaucoup de colpo, beaucoup plus qu'avant et qu'on embolise le cabinet des gynécos...* »

b- Suivi de l'ancienne recommandation

M4 et M6 ont entendu parler des recommandations sans détails mais ne les appliquent pas.

M4 réalise un frottis cytologique tous les trois ans « *je sais que y a eu un nouveau truc euh mais moi je suis restée très classique, je ne comprends pas la nouvelle recommandation* ».

M6 préfère rester sur la cytologie qu'il connaît mieux « *voilà je fais à l'ancienne* ».

Ils réalisent tous les deux un dépistage basé sur les anciennes recommandations mais en réalisant un FCU tous les deux ans plutôt que tous les trois ans.

M4 « *entre deux et trois euh je suis plutôt euh, parce que quand tu dis entre deux et trois tu sais que ce sera entre trois et quatre donc euh* »

M6 « *tous les deux ans j'essaie de faire* »

Après avoir discuté des dernières recommandations plus en détails, M6 trouve l'intervalle trop long ce qui semble entre autres le dissuader de suivre ces recommandations. M4 pensait que la nouvelle recommandation du test HPV reposait sur le fait qu'après 30 ans il était conseillé de ne faire que des APV ce qui l'avait incité à poursuivre les anciennes recommandations.

c- Utilisation du co-testing

Deux médecins rapportent demander un **co-testing** (FCU + test HPV) **en présence d'une anomalie clinique du col** pour être certains qu'une cytologie soit réalisée quel que soit le résultat du test HPV.

M7 « *parce qu'elle a un petit ectropion et je voulais (...) je voulais qu'elle ait quand même un frottis, j'ai dû cocher ça frottis + typage* »

M10 « *je me suis dit en fait le col est tellement moche que je voudrais ... enfin ça ... je vais pas attendre de voir que l'HPV va probablement être positif* »

Ce test est aussi réalisé lorsqu'il existe des **métrorragies** comme M1 l'explique chez cette patiente qui avait un **antécédent d'HPV positif** « *parallèlement elle avait des métrorragies très abondantes dans un contexte de préménopause et donc je l'ai fait un peu en avance* ».

Ce co-testing est aussi utilisé par M1 sur demande d'une patiente ayant pris rendez-vous trois ans après son dernier test de dépistage à 65 ans « *j'ai fait un co-testing, pour le dernier je me suis dit euh voilà !* ».

Au contraire, d'autres médecins (M5, M11, M12) **ne comprennent pas l'intérêt de ce test**.

M11 « *pour moi quand le frottis est pathologique il recherche l'HPV et à l'inverse il y a pas de HPV au test je vois pas trop l'intérêt de faire un frottis* »

C. Les zones d'ombres du dépistage

Les médecins interrogés ont soulevé plusieurs points des recommandations qui semblent leur poser des difficultés.

a- La limite des 30 ans

Même si certains médecins (M5, M7, M9, M10, M11, M12) connaissent bien les recommandations et réalisent le premier test HPV trois ans après le dernier frottis cytologique, pour les autres médecins interrogés **cette limite est floue**.

Plusieurs médecins (M2, M3, M8) réalisent **le premier test HPV cinq ans après le dernier cytologique**, c'est le cas de M3 qui rapporte « *oui le premier HPV à 34 ans* ».

M8 essaye de gommer cette limite en réalisant le dernier test cytologique à la toute fin de la 29^{ème} année soit quasiment à 30 ans pour faire le premier test HPV cinq ans après « *pour un peu effacer cette période où tu sais pas ce qu'il faut faire* ». Elle dit « *c'est un homme qui a dit ça c'est pas possible (rire). Il a mal calculé où j'en sais rien mais voilà ça ça c'est vraiment bête parce que ça laisse un flou artistique, on sait pas si faut faire 29 et refaire à 3 ans ou si faut faire comme moi, je triche un peu* ».

M5 qui réalise un premier HPV à 32 ans, explique qu'il a bénéficié d'une formation et qu'on lui a conseillé de retenir les chiffres à cause de cette limite peu claire « *c'est vrai quand ils disent entre 30 et 35 (a voulu dire 65 ans) bah en fait faut pas refaire à 30 ans mais moi c'était comme ça que je retenais avant* ».

b- Auto-prélèvement : l'alternative après 30 ans

Plusieurs médecins (M1, M2, M5) n'ont **pas eu l'information de l'alternative de l'APV**, d'autres en avait entendu parler sans précisions et seuls M3, M9 et M12 en avaient déjà proposé à leurs patientes. M1 a initialement pensé que la question portait sur les auto-prélèvements bactériens et rapporte « *Ah pour le frottis pardon, non jamais. Je savais même pas que ça se faisait !* ».

M5 « *sinon frottis (en parlant des auto-prélèvements) mouais, jamais entendu parler, je savais pas que c'était un vrai truc...* »

M3 explique que l'information de cette alternative n'était pas claire « *En relisant l'arbre décisionnel interactif, pour les refus, en relisant les recos, je suis presque tombée dessus par hasard sur les autotests comme alternatives.* »

Certains médecins (M1, M5) s'inquiètent d'une **difficulté de faisabilité du test par les patientes**. Mais ils se reprennent en comprenant que ce dernier n'a pas pour but d'être réalisé au niveau du col pour une analyse cytologique mais uniquement pour un test HPV.

M5 « *Ouhhhh, donc faire toute seule dans le col ? (siffle)* », « *Je ne sais pas si un typage HPV peut se faire en endo vaginal sans être en exo cervical ou endo cervical, je pense que oui mais par contre un frottis, une cytologie en auto-prélèvement je vois pas comment c'est possible...* »

L'objectif et l'intérêt de ce test provoque parfois l'**incompréhension**.

M5 déclare après lui avoir expliqué la réalisation de l'autotest « *c'est pas quelque chose à recommander franchement mais oui je peux comprendre le rationnel derrière si les femmes sont vraiment réticentes à le faire c'est un moindre mal* ».

M7 ne voit pas l'intérêt d'une telle alternative « *Non parce que c'est tellement facile à faire, c'est vraiment un acte qui ne pose pas de problème !* ».

L'absence d'examen clinique inquiète également certains médecins.

M11 « *Bah si la fiabilité est la même, moi je pense que euh je pense que ce serait bien après je me dis effectivement quand on a des gros cols bourgeonnants euh enfin comment ça va être détecté* »

Une autre problématique semble être la **difficulté de repérer les patientes ne réalisant pas leur dépistage du CCU et pouvant être intéressées par cette alternative.**

M8 « *c'est difficile parce que moi elles viennent, elles viennent faire leur examen gynéco donc je vais ... toutes ces femmes qui viennent faire spontanément leur examen gynéco, tu peux pas leur proposer un auto-prélèvement, ça a pas trop de sens* », « *je pense que j'en ai des patientes qui font pas mais en tout cas elles me disent pas qu'elles font pas, elles me disent qu'elles font et qu'elles font chez une sage-femme ou chez un gynéco et ça je peux pas vérifier* ».

A la question « Savez-vous comment procéder si une patiente vous demande de réaliser un auto-prélèvement ? », la quasi-totalité des médecins interrogés répondent : le **laboratoire ou la pharmacie.**

M2 « *Oh bah au laboratoire je pense ouais* »

M10 « *Non je sais pas alors après est ce qu'il faut aller chercher un kit au laboratoire ?* ».

Certains comme M6 propose de recevoir un kit au cabinet pour pouvoir le donner aux patientes sur le même principe que l'Hémocult « *en fait il suffirait de nous envoyer un kit pour auto-prélèvement ça résoudrait le problème quoi* ».

M9 qui connaissait cette alternative et qui a eu lors de sa pratique salariée la situation d'une patiente désirant en faire un, déplore la **difficulté d'accès au kit** « *en fait tu ne peux pas faire les soins parce que t'as pas accès au truc (en parlant des kits d'auto-prélèvements)* ».

M3 a déjà essayé de le proposer à certaines de ses patientes qui refusent de se faire examiner mais explique « *c'est compliqué d'avoir le matériel pour les auto-HPV, j'ai déjà essayé plusieurs fois au labo et on n'a pas réussi à se mettre d'accord pour qu'ils nous fournissent un écouvillon adéquat pour les auto-tests* ».

En apprenant qu'il s'agit d'une démarche à effectuer par le médecin généraliste en inscrivant la patiente sur un site internet afin qu'elle bénéficie d'un envoi du kit à son domicile, M11 répond « *Ouais donc c'est encore au médecin généraliste de refaire une demande en plus* » et explique « *Ben pfff le souci c'est que ça nous fait encore ... comme on a déjà énormément d'administratif, faut encore quelque chose de plus à faire* ».

M12 partage le même avis et répond « *c'est un peu limitant parce que de un ça va être limitant pour le médecin qui va dire : pourquoi c'est à moi de faire les démarches alors qu'elle veut pas le faire avec moi et voilà ça va lui prendre du temps (...) donc ouais je trouve ça un peu dommage alors que si les kits étaient euh enfin retirables simplement au labo ou même à la pharmacie* ». Pour M12 la pharmacie est le meilleur relais car le laboratoire peut déjà être limitant en zone rurale.

c- L'obscur organisation des courriers de relance du dépistage organisé

Plusieurs médecins **approuvent la mise en place d'un dépistage organisé** avec un système d'invitation individuelle au dépistage. M5 a appris son existence il y a peu « Moi je pense que de toute façon l'invitation individuelle par courrier c'est, ça coûte de l'argent probablement c'est sûr, mais c'est ce qui permet de pas en louper quoi (...) l'invitation c'est déjà une bonne chose, comme j'étais pas au courant qu'il y en avait c'est bien qu'il y en ait ! ».

Cependant les médecins interrogés (M3, M7, M8, M9, M10, M11) soulèvent une **incompréhension concernant ces courriers d'invitations envoyées aux patientes**. Peu de patientes semblent concernées et les femmes ciblées par ce système ne rentrent pas forcément dans les critères de dépistage.

M3 « *c'était son premier envoi, l'an dernier j'ai eu un premier frottis à 25 ans avec l'enveloppe et puis des femmes qui sont suivies régulièrement. Là, la dernière dame d'hier elle avait eu un retard son dernier frottis c'était 2016...* »

M7 s'est senti un peu contraint de refaire un test à une patiente hystérectomisée (sans col) qui ne faisait pourtant plus partie du dépistage organisé « *parce qu'elle recevait les papiers de la sécu comme quoi elle faisait plus de frottis, la sécu la relançait* ».

A la question : « est-ce que tu vois des pistes d'amélioration du dépistage ? », M9 répond « *Ahh ouais ! Des envois non anarchiques de courriers de rappel pour faire le dépistage.* » et explique « *C'est-à-dire que c'est pas quand la sécu se dit p*tain ça fait 5 ans qu'on en a pas envoyé, on va envoyer à tout le monde même si le dernier frottis date d'il y a un an (...) Bah pfff ouais je pense que j'ai même pas les étiquettes une fois sur 15 quoi ou alors quand je les ai c'est pas le bon moment !* ».

M10 elle aussi ne comprend « *pas comment c'est calculé* ».

M11 déplore le fait qu'il existe un **dépassement du laboratoire** « *je trouve que c'est quand même dommage aussi pour un dépistage* ».

M12 est la seule médecin interrogée pour laquelle le dépistage organisé semble être fiable « *ouais, euh y en a beaucoup qui viennent avec, j'pense les trois quart* ».

d- Conduite à tenir après un premier test de dépistage positif

La conduite à tenir face à un test de dépistage positif est complexe pour une majorité de médecins interrogés (M1, M2, M3, M5, M7, M10, M11, M12).

M2 « *ce qu'on doit faire quand c'est anormal, à quelle fréquence on doit les recontrôler, là on pas de ... tout le monde fait un peu ... y a pas de protocole précis, si c'est tous les 6 mois, tous les 1 an, pendant combien de temps... voilà si y a une anomalie !* »

M3 « *là où c'est plus compliqué, mais c'est plus tellement de notre ressort c'est quand y a un HPV positif sans lésion, qu'elles ont déjà eu la colposcopie (silence) normale et y a le suivi parce que du coup le gynéco nous les renvoie pour faire le frottis à 3 mois, 6 mois, 1 an en fonction de ce qu'il a trouvé...* ».

M7 « *Alors c'est une usine à gaz les ASCUS, les machins là euh les bas grades, les hauts grades... euh pas facile* »

Les médecins s'appuient alors souvent sur **l'algorithme décisionnel des recommandations**.

M10 « *Euh non parfois je revérifie quand même hein ouais je revérifie parce que c'est pas inné* »

M11 « *alors je les connais pas par cœur les recommandations en général je vais sur les recos pour regarder ce qu'il faut faire selon tel cas...* »

3. Impact de la singularité de la relation médecin patient dans le dépistage du CCU

A. La singularité de la situation

a- Les expériences professionnelles du médecin

Plusieurs médecins relatent des **expériences de découverte de CCU pouvant être traumatisantes**.

En parlant de sa prédécesseure qui réalisait des tests quasiment tous les ans, M3 relate « *elle avait deux trois histoires de chasses donc ça la perturbait* ».

M9 a eu des expériences traumatisantes en ce qui concerne d'autres cancers gynécologiques qui influencent sa conduite « *je continue de faire le toucher même si les recommandations disent que c'est pas systématique ... euh là sur les dernières années, une fois par an j'ai eu des tumeurs de l'utérus diagnostiquées comme ça* ».

M10 explique aussi « *il y en a une on en a discuté et elle en a fait un à 68, on a découvert quelque chose en plus, donc voilà, j'aurais tendance à peut-être pousser au moins à 70* ».

b- Les convictions et expériences personnelles du médecin

La manière dont le médecin perçoit le dépistage influe sur sa pratique. M6 considère l'infection HPV comme n'importe quelle autre infection sexuellement transmissible (IST) et est de ce fait très à

cheval sur les antécédents sexuels de la patiente « *on voit bien qu'il y en a qui ont une activité très soutenue avec des personnes différentes, des partenaires multiples, ceux-là je n'attendrais pas 25 ans pour faire un frottis* ». Il évoque avec une certaine inquiétude le dépistage de sa compagne « *s'il y avait un résultat, je pense, enfin j'espère qu'elle me le communiquerait, si HPV j'espère qu'on communiquera* ».

Les **expériences personnelles** des médecins généralistes concernant leur propre suivi gynécologique ou celui de leur compagne influencent également leurs pratiques. C'est le cas de M4 qui bénéficie d'un frottis tous les deux / trois ans ce qui peut influencer sa pratique, puisqu'elle réalise un suivi identique auprès de ses patientes. La compagne de M6 bénéficie d'un frottis tous les deux ans, de la même manière que le suivi qu'il réalise avec ses patientes.

M12 a eu de son côté une expérience personnelle positive qu'elle reproduit avec ses patientes. Elle explique en parlant de son ancienne gynécologue, « *elle faisait le déshabillage séquentiel et je me suis dit que c'était quand même vachement cool* ».

Au contraire, M11 critique son dépistage « *Alors moi je faisais partie de celles qui ont eu leur frottis à 16 ans, donc a posteriori on se demande...* ».

c- Prise en compte des caractéristiques et du mode de vie de la patiente

De nombreux médecins (M1, M2, M6, M9) justifient de réaliser des tests après 65 ans selon **l'activité sexuelle de leur patiente**.

M1 « *Moi je trouve que ce serait justifié parce que déjà on vit de plus en plus âgé, les personnes divorcent de plus en plus tard aussi, elles divorcent vers 50 ans donc après si elles retrouvent quelqu'un (...) mais oui pour moi ça me paraîtrait pas illogique de continuer jusqu'à 70 ans.* »

M2 réalise des tests de dépistage jusqu'à 70 ans « *quand elles ont encore des rapports sexuels actifs* ».

M6 évoque aussi qu'il aurait tendance à faire un test de dépistage avant 25 ans dans certains cas « *alors je dirais que oui selon, encore une fois de plus selon la pratique sexuelle* ».

L'espérance de vie en bonne santé est un facteur avancé par d'autres médecins concernant la poursuite du test après 65 ans (M1, M3, M4).

M3 « *on continue à en faire tant qu'elles sont pas grabataires, pas démentes et en bonne santé* »

Plusieurs médecins (M1, M4, M7, M10) réalisent des tests de dépistage lorsque la patiente présente des **symptômes comme des métrorragies**.

M9 insiste sur le fait de ne commencer le dépistage que lorsque la patiente a eu des rapports sexuels « *OK vous faudra commencer les frottis à tel âge et en même temps voilà si vous avez déjà eu des rapports sexuels sinon non !* ».

Lorsque la patiente a eu des **premiers rapports sexuels après 25 ans**, les médecins s'adaptent. Deux exemples ont été donnés au cours de l'entretien pour des demandes de début de dépistage aux âges de 28 et 35 ans chez des patientes ayant débuté leur activité sexuelle peu de temps avant.

M12 répond qu'elle calquerait le dépistage en reprenant deux examens cytologiques à un an d'intervalle puis un à trois ans et enfin le premier test HPV trois ans après et tous les cinq ans par la suite. Elle explique « *ça sert à rien que je fasse un HPV sinon on va trouver que c'est positif, on va lui faire une coloscopie machin et puis on va surmédicaliser quoi* ».

M11 partage cet avis « *oui ils le font à 25 et 26 parce que oui c'est là, le moment où on est le plus exposé et qu'ils veulent rechercher effectivement des lésions mais du coup si 35 c'est pareil, c'est ses premiers rapports, c'est là qu'elle peut attraper le papillomavirus* ».

Cependant, la situation interroge pour la patiente de plus de 30 ans, M10 dit « *euh très bonne question aussi, euh je pense que j'appliquerais le fait que c'est un test HPV et peut être que j'en ferais un an après, je sais pas* ».

Il est aussi nécessaire de **s'adapter aux caractéristiques physiques de la patiente**.

M8 s'adapte aux patientes qui souffrent de vaginisme « *je pars du principe qu'on peut faire aussi des frottis un petit peu à l'aveugle, ce sera toujours mieux que rien et moins traumatisant* ».

M9 explique qu'elle adapte son matériel à la situation : pour une patiente avec un lichen, elle devra par exemple utiliser un spéculum de taille adaptée. Il existe également des difficultés chez les patientes obèses « *si jamais on n'a pas le bon matériel où là des fois visualiser le col c'est pas possible* ».

d- Les antécédents de dépistage de la patiente

Les **résultats antérieurs du dépistage** de la patiente sont pris en compte par le médecin généraliste comme M1 qui réalise un co-testing chez une patiente avec un test HPV positif sur son dernier dépistage « *ça dépend, là je l'ai fait parce qu'il y avait déjà HPV 18 et je me suis dit elle va regarder s'il y a pas d'anomalie cellulaire* ». C'est aussi le cas de M7 qui évoque une prudence plus importante lorsqu'il y avait un test de dépistage antérieur positif « *comme elle était positive avant bon je me méfie* ».

M3 revient sur une habitude qu'elle avait avant de recevoir une formation « *on avait tendance à faire des co-testing justement pour les perdues de vues comme ça fait plus de trois ans après la dernière cyto, on avait tendance à aller facilement là-dessus pour être sûr d'avoir tout* ».

M8 explique qu'elle pourrait être amenée à faire un frottis après 65 ans si la patiente avait son dernier test de dépistage anormal « *ben oui parce que maintenant il y a quand même une surveillance qui devient un peu particulière donc j'estime qu'elle est plus dans le dépistage classique* ».

e- S'adapter au parcours de santé de la patiente

Il semble nécessaire pour plusieurs médecins de garder une certaine **souplesse en pratique**.

M3 « *Bon ça arrive qu'elles se pointent avec une année d'avance euh ça cafouille un peu, on leur dit est ce que vous voulez qu'on le fasse quand même maintenant ou est ce qu'on attend l'année prochaine, voilà si c'est 4 ou 5 ans c'est pas la catastrophe* »

M9 explique qu'il faut **s'adapter** car souvent les patientes ne viennent pas aux âges théoriques du dépistage « *en pratique c'est rarement 29 ans, faut être honnête (...) souvent y a du retard elles déboulent à 31 ans parce qu'elles ont pris du retard, que le premier bah elles avaient pas encore de rapports à 25 donc elles ont commencé à 27* ».

B. Le rôle et la posture du médecin dans sa relation avec la patiente

a- Une relation bienveillante et de confiance

Les médecins interrogés insistent sur l'importance de **prendre le temps** et de reproposer l'examen s'il génère trop d'anxiété. L'examen est mieux accepté lorsqu'il est reprogrammé (M2, M4, M9).

M2 « *finalement en le proposant gentiment et en disant : Bah prenez votre temps, vous venez quand vous voulez, je me suis aperçue qu'elles venaient* »

M4 rassure « *si on arrive pas aujourd'hui vous inquiétez pas hein on recommencera une autre fois* ».

Les médecins (M1, M4, M11) cherchent au maximum à rassurer leurs patientes en **expliquant leurs gestes au fur et à mesure** ou en utilisant des techniques de diversion.

M11 « *j'explique chaque geste que je fais* »

M4 « *j'essaie de discuter d'un autre sujet pour qu'elle oublie un peu et voilà après je leur dis, je mets le spéculum, tout va bien, c'est bon je cherche le col, je vois le col, c'est bon je fais le prélèvement, ne bougez pas ... je parle beaucoup* »

M8 comme M9 propose « *de commencer à les examiner sans frottis, faire un examen gynéco pour se ... s'approprier l'examen à 24 ans mais sans frottis* ».

M12 essaie de **rassurer** ses patientes sur la sécurité des recommandations et des côtés positifs pour elles « *je leur présente le fait qu'il y a eu des nouvelles recommandations qui sont rassurantes, qu'en plus ce sera plus cool pour elles, qu'elles vont pouvoir espacer et que ça n'empêche pas que si elles ont une plainte gynécologique entre temps, on fasse un examen* ».

Il est également fondamental pour les médecins interrogés de **respecter le consentement** des patientes pour la réalisation du dépistage.

M1 demande à ses patientes « *est ce que vous êtes d'accord pour qu'on fasse l'examen gynéco, pour qu'on fasse le frottis ?* »

M8 insiste sur l'importance de s'assurer du consentement y compris lorsque la patiente est venue pour la réalisation d'un test de dépistage « *je lui demande à chaque fois si elle est bien d'accord hein parce que c'est pas parce qu'elle est venue pour ça qu'elle est forcément d'accord de tout ce qu'on va faire* ».

b- L'anxiété de performance

Dans les obstacles à la réalisation du test de dépistage, M10 évoque une certaine anxiété face à certaines patientes obèses « *J'ai peur de moins être performante, qu'elles subissent un examen et que finalement le résultat soit pas bien enfin que y ait pas les cellules ou ... j'ai pas trouvé le col et qu'elles doivent refaire et là je me dis non c'est quand même une perte de chance pour elles !* ».

Plusieurs médecins évoquent un **besoin de se rassurer face à certaines situations**. Ils disent souvent avoir besoin « d'être sûr d'avoir tout ».

M3 réalisait des co-testing pour se rassurer avant d'avoir une formation sur le sujet.

M7 explique souhaiter recontrôler le test à un an dans une situation où il est incertain de son diagnostic « *surveiller son ectropion mais je pense que c'est juste un ectropion* ».

c- La volonté de satisfaire sa patiente

Lors d'une **demande directe de la patiente de réaliser un test de dépistage** en dehors des recommandations, plusieurs médecins (M1, M2, M6, M7, M9, M10, M12) le réalisent.

M1 « *ça m'est déjà arrivé une fois après 65 parce que la patiente avait pris le rendez-vous pour son frottis et qui... y a pas eu de filtration, elle avait 67 ans donc ouais je l'ai fait, je me suis pas vu de pas lui faire* »

M7 réalise des tests HPV après 65 ans sur demande « *Ah bah si elles sont demandeuses je fais* ».

M2 explique qu'il est rare d'être amenée à faire des FCU avant 25 ans mais qu'elle pourrait le faire « *Pfff c'est rare, après si elles sont inquiètes on peut faire un an avant voilà* » et après 65 ans « *souvent c'est elles qui me demandent* ».

M12 s'interroge également au sujet de l'intervalle entre deux examens d'autant plus qu'elle a une patientèle qui avait l'habitude de faire des frottis tous les trois ans « *si elles sont rassurées par le fait qu'on continue à le faire tous les 3 ans, ben on ferait un HPV tous les 3 ans, c'est quelque chose qui me choque pas trop* ». Elle explique cependant aux patientes « *je lui dirais que non c'est plus tous les trois ans mais tous les cinq ans, mais si elle est insistante et que ça la rassure je le ferais* ».

d- La place de l'éducation et de la pédagogie

L'**explication de l'objectif, du déroulé du test de dépistage** (M1, M2, M3, M4, M5, M8, M11, M12) et du **matériel utilisé** (M2, M8, M11) est essentiel pour les médecins interrogés.

M2 « *on montre le spéculum, ce qu'on en fait, on explique qu'on cherche le col* »

M3 explique que c'est important « *d'informer les patientes aussi que bah c'est un examen qui est essentiel et que c'est un cancer de la femme jeune et que c'est un peu près le seul qui puisse leur tomber dessus de façon assez fréquente et que ça leur coûte pas beaucoup de faire cet examen, et puis que c'est pas tous les quatre matins et que techniquement c'est pas douloureux à partir du moment où c'est fait par quelqu'un qui sait le faire et qui est sympa* ».

M11 « *je lui avais montré le spéculum à quoi ça ressemblait, pour qu'elle soit déjà un peu préparée et qu'elle ait moins d'appréhension le jour J* ».

Lutter contre les idées reçues et la désinformation fait aussi partie du travail du médecin.

M3 explique en parlant des jeunes patientes avant 25 ans « *c'est demandé par la mère qui leur ont dit qu'elles auraient un frottis. Donc elles arrivent comme ça (mime la peur), en plus pour un truc qu'elles veulent pas et faut désamorcer et ça ça prend du temps* ».

Utiliser la connaissance physiopathologique du CCU permet de rassurer les patientes pour plusieurs médecins (M1, M3, M10, M12).

M10 « *normalement on commence à 25 ans hein, qu'il y a de grandes chances qu'effectivement elles aient attrapé le papillomavirus mais qu'elles vont l'éliminer d'elles-mêmes* »

Afin de favoriser la bonne réalisation du dépistage, M8 explique qu'elle **responsabilise ses patientes** « *c'est-à-dire que quand elles viennent pour leur renouvellement de contraception, je leur renouvelle pas, en tout cas pas pour un an, si elles font pas l'examen gynéco en même temps, donc elles sont rodées en fait* ».

M4 trouve qu'il est nécessaire de vérifier fréquemment la bonne réalisation du dépistage « *alors déjà que si les femmes tu leur rabâches pas régulièrement que tous les 3 ans faut faire un frottis elles le font pas alors si en plus je leur fais confiance d'aller au labo elles ne le font jamais* »

C. Relation avec les pairs dans le dépistage du CCU

a- Le médecin généraliste : un rôle de coordination dans le dépistage du CCU

Le médecin généraliste joue un **rôle de coordination** entre la patiente et le gynécologue ou la sage-femme.

M1 explique après un test de dépistage primaire positif « *je l'ai réorientée vers (nom d'un gynécologue) qui la reprend rapidement* ».

M12 « *je leur propose systématiquement d'aller voir les sage-femmes* », « *si par contre faut aller à la colposcopie bah là je fais une petite lettre pour le gynéco* »

Il est du rôle du médecin généraliste de **vérifier que le suivi soit bien réalisé.**

M5 « *si elles ont pas de suivi éventuellement que je rebondis en disant bah si vous souhaitez moi je peux le faire, ça peut être aussi une sage-femme, un gynéco ou tout médecin généraliste qui les fait* ».

M6 déplore le **manque de lien** du gynécologue aux médecins généralistes « *il y a pas de communication gynéco médecin de ville de façon officielle à moins de l'organiser mais faut le financer* ».

La **difficulté à récupérer le suivi antérieur** d'une nouvelle patiente est un facteur limitant pour plusieurs médecins.

M9 « *c'est toujours compliqué de récupérer le suivi* »

M10 « *Elle était à jour de ce qui semblait être le dernier, il y a 3 ans mais comme je ne savais pas si elle avait fait un test HPV ou un frottis standard, on est un peu je trouve à la jonction euh ... parce qu'on ne sait pas trop ce qu'ont fait les autres, les patients sont pas capables de le dire, ce qui est bien normal donc moi je reprends à 3 ans et là je fais un test HPV si on est dans plus de 30 ans, comme ça on se remet ... et après tous les 5 ans !* »

b- Les gynécologues dans le dépistage

Ce que disent les gynécologues et ce qu'ils pensent des recommandations semblent avoir un impact important sur le suivi des recommandations par les médecins généralistes.

M2 « *Après j'en avais parlé à ma gynéco savoir ce qu'elle pensait par rapport à leurs syndicats voilà en gynéco et elle me dit que c'était beaucoup plus fiable l'HPV que le frottis donc elle... elle était sécurisée en tout cas voilà !* »

M6 explique qu'il serait sans doute amené à modifier ses habitudes s'il recevait une formation adaptée par un gynécologue.

M12 « *du coup comme il est gynéco, on en parle souvent et puis je lui demande toujours ce qu'il en pense (...) du coup c'est vrai que je me fie beaucoup aussi à ... à ce que lui pense quoi, au retour d'expérience qu'il peut avoir sur ça.* »

Les gynécologues sont aussi ceux vers qui les médecins généralistes se tournent lorsqu'ils ont **besoin d'un avis.**

M1 « *on a des gynécos avec qui on travaille bien, puis après c'est elles qui prennent le relais et puis ensuite elles me donnent la conduite à tenir* ».

Pour la conduite à tenir face à un test de dépistage positif avec colposcopie négative, M3 se tourne vers les gynécologues « *c'est là qu'on sait plus trop quoi faire. Généralement j'appelle le gynéco pour savoir ce qu'il nous dit* ».

Plusieurs médecins évoquent dans le cadre de leur suivi gynécologique personnel qu'elles font **confiance au gynécologue** sans prêter attention au type de test réalisé.

M10 « *je t'avoue que je crois je lui ai même pas demandé ce qu'elle avait fait comme test, je lui fais confiance* ».

Cependant, certains gynécologues et souvent les gynécologues âgés sont associés à la notion de **sur dépistage** par nombreux médecins généralistes (M2, M7, M8, M9, M10).

M2 « *Ouais c'est vrai les gynécos en font beaucoup plus* », « *Oui ça c'est sûr, ça se sait, y a des articles qui le disent, ils commencent aussi beaucoup plus tôt !* »

M8 « *en plus on avait quand même une tendance en tout cas chez les gynéco moi je trouve... enfin toutes les femmes qui étaient suivies par des gynécos à faire des frottis quasiment tous les ans donc ça c'était un peu ahurissant* »

Certaines pratiques de gynécologues sont ainsi remises en question, avec des médecins comme M9 qui explique avoir une fois dû gérer un FCU fait à 21 ans par un gynécologue.

M3 déclare avoir reçu une patiente dont le gynécologue lui aurait conseillé de faire les frottis plutôt que le Gardasil « *c'était un petit peu compliqué (...) mais bon empêcher qu'un événement survienne c'est pas comme vérifier qu'il est pas arrivé quoi* ».

Ces **divergences de pratiques** peuvent être difficiles à gérer pour le médecin généraliste comme l'explique M10 « *là c'est difficile pour nous enfin pour moi le médecin généraliste de venir contre la parole du gynéco, si le gynéco a fait toi tu te tais, t'as pas trop ton mot à dire parce que c'est pas ta spécialité donc toi t'appliques, tu dis « bah écoutez-moi je l'applique stricto sensu les recommandations » mais c'est vrai qu'on est moins légitime hein derrière un gynéco qui a dit « bah non faut faire une fois tous les 2 ans » alors que clairement c'est pas les recommandations, c'est pas facile de passer derrière un spécialiste hein de toute façon !* ».

c- L'avis des confrères

Lors de la publication des recommandations, certains médecins se sont rapprochés de leurs confrères médecins généralistes pour leur demander leur avis.

M1 « *Quand j'ai vu ça je me suis dit mais qu'est-ce que c'est que ça donc j'ai demandé autour de moi mais personne n'était au courant* »

M4 explique en parlant de sa collègue « *elle en savait pas plus que moi, donc voilà après j'avoue qu'avec la masse de travail c'est un peu passé à l'as* ».

4. Impact de la formation et du raisonnement scientifique dans l'application des recommandations

A. Formation et informations : prendre le temps de (ré)apprendre

a- La formation et les connaissances initiales

En raison de leur âge et du changement relativement récent des recommandations, certains médecins n'ont connu que celles-ci (M5, M11, M12).

M5 « *je crois que c'était pendant mon stage bah oui 2019 je crois que c'était pendant mon stage de gynéco je suis quasiment sûr qu'on avait appris déjà comme ça* »

M11 « *les recommandations sont sorties depuis que je fais de la gynécologie donc moi j'ai pas trop connu avant* »

M6 déplore sa formation qui n'était pas adaptée à la médecine générale mais qui était centrée sur les urgences gynécologiques et trouve dommage l'absence de stage en gynécologie libérale.

La **connaissance de la physiopathologie du CCU** sert non seulement d'argument pédagogique pour les patientes mais elle est également le pilier de la compréhension des recommandations par le médecin généraliste.

M5 réfléchit avant de répondre à une question « *si je me souviens bien de mes cours c'est à peu près une petite dizaine d'années, une dizaine d'années à peu près pour donner une lésion cancéreuse donc, dans l'intervalle des 10 ans il peut y avoir une lésion précancéreuse qui apparaît donc on est exposé HPV dès les premiers rapports sexuels* ».

M7 « *les recommandations c'est 25 ans mais avant on disait si elles ont des partenaires multiples se méfier mais de toute façon comme le cancer du col il lui fait un certain temps pour se ... C'est un peu idiot ! C'est un peu idiot, parce qu'il lui faut au moins 15 ans* »

Quand on demande à M9 de préciser ce qu'elle entend par le fait que le test HPV est plus précoce dans le diagnostic que la cytologie anormale, elle explique « *Bah avant on dépistait quand y avait des lésions précancéreuses, là on dépiste l'infection qui si elle s'installe va donner une lésion précancéreuse, donc on a du temps avant de, avant d'en arriver là quoi !* ».

M11 trouve les recommandations adaptées « *effectivement après s'il y a pas d'HPV par définition, il peut pas y avoir de lésion donc non ça m'a pas posé de problème, non je le trouve plutôt simple à mettre en place* ».

b- La Formation Médicale Continue

La Formation Médicale Continue (FMC) est un autre **levier d'apprentissage** pour les médecins généralistes. Certaines sont tenues par des gynécologues.

M5 qui déclare participer une à deux fois par mois à des FMC explique qu'il a bénéficié d'une formation par une gynécologue lorsqu'il était interne ce qui lui a permis de savoir que le premier test HPV se fait trois ans après le dernier test cytologique.

Lorsque les médecins sont dans l'interrogation, ils retournent **vérifier leurs connaissances en suivant une formation ou en se renseignant par eux-mêmes.**

M7 « *comme je le comprenais pas, eh ben l'année dernière j'ai fait la formation sur euh en ligne (...) voilà j'ai fait une formation validée HPV d'accord l'année dernière : prévention dépistage et prise en main* ».

M10 « *Oui je pense qu'au début on se pose question après j'ai relu que euh l'HPV en soit c'est 10 à 15 ans d'évolution pour donner des lésions précancéreuses* ».

De son côté, M4 a bénéficié d'une FMC mais cette dernière n'a pas changé sa pratique « *Alors j'en ai reparlé hier avec un médecin (spécialisé en gynécologie), le Dr (NOM) qui nous appelle chaque année pour faire un point, c'est une FMC, c'est un DPC et on l'a un quart d'heure au téléphone pour faire le point sur les recos des cancers et euh et voilà on en a parlé je lui ai dit, je lui ai dit voilà moi je vous avoue moi je continue à faire comme avant* ».

Certains médecins (M2, M4) ayant une appétence pour la gynécologie ont fait des formations plus poussées comme des Diplômes Inter Universitaire (DIU) mais ils ne sont pas toujours perçus comme adaptés à leur pratique.

M4 « *pfff finalement c'est très peu adapté à la pratique de médecine générale enfin suivi des cancers du sein avec toutes les chimio euh qu'est-ce que j'en ai ... enfin j'en ai à faire quoi !* »

c- Les autres moyens d'informations et outils d'aide-mémoire

Une multitude d'informations arrivent au médecin concernant les recommandations. M2 ne sait plus par quel moyen elle a eu connaissance des nouvelles recommandations « *des courriers, des bulletins, des mails* ».

Pour M7, c'est par l'intermédiaire de la **HAS** qu'il a reçu l'information.

Les autres moyens d'information concernant les dernières recommandations sont la **revue médicale** (M1), la **réception d'une fiche récapitulative d'un laboratoire** (M4, M9).

M1 « *je l'ai lu, je l'ai lu sur un magazine je sais plus lequel, Prescrire ou je sais pas quoi* »

M4 « *C'est cypath là je crois qui a envoyé maintenant vous devez faire ça ça ça* »

M3 évoque une information reçue par une association l'ADECA 21, concernant le co-testing. Elle a appris que *« de toute façon le frottis réflexe il serait systématique et que c'était pas la peine de noter les co-testing parce que y avait zéro intérêt à faire ça »*.

L'information des recommandations passe également par les **étudiants et le milieu hospitalier**.

M3 *« Moi j'en n'ai pas eu vent tout de suite, c'est mes étudiants en GEAP qui m'ont filé les tuyaux. « Tiens j'ai fait mon GEAP sur les nouvelles reco HPV » (...) Et c'était des étudiants en gynéco hospitalière, ceux des libéraux pareil zéro info »*.

M8 s'est renseignée sur les recommandations du fait de son activité universitaire.

Savoir où chercher pour trouver une information médicale semble important pour certains médecins lorsqu'ils ont un doute dans l'application des recommandations.

M1 a enregistré les recommandations dans son ordinateur et s'y reporte *« comme je m'en rappelle pas, je le sors, je leur dis là voilà c'est l'algorithme. Des fois, ça me permet de pas dire de bêtises parce que j'arrive vraiment pas à l'intégrer ! »*.

M5 *« j'avoue quand j'ai un doute je vais très vite chercher l'info et je sais où chercher donc quand j'ai besoin j'y retourne mais je l'ai beaucoup fait au début beaucoup, beaucoup et puis après je m'y reportais de temps en temps si j'avais un doute »*.

La réalisation d'un **récapitulatif de tous les dépistages dans le logiciel métier** sur le dossier du patient est un outil que plusieurs médecins utilisent afin de se souvenir des dates de dépistages (M1, M4, M5, M7, M8, M12).

M4 *« je me fais un petit recap avec toutes les dates à voir »*

M5 *« Alors après, voilà moi en général je fais en sorte de bien tenir mes dossiers et j'ai un encart où j'ai tout ce qui est prévention les vaccins la mammo le frottis le colotest, enfin l'ancien euh hémocult, je vois en un coup d'œil tout ce qui a été fait en prévention »*

d- Les freins à la formation et à la diffusion de l'information

Une première problématique soulevée par les médecins interrogés est le **manque de temps**.

M4 *« Non, non j'avoue que je lis pas trop d'articles, j'étais abonnée pendant euh pendant euh pendant je ne sais combien d'années à la revue du prat qui est géniale mais euh ... et j'ai ça (en me montrant une pile énorme avec les mains) de revues du prat pas lues donc à un moment je me suis dit je vais arrêter de m'abonner je vais déjà lire ceux-là et quand j'aurais lu ... donc j'avoue que j'ai pas trop le temps, j'suis pas dans une période de vie où j'ai énormément de temps de lire »*

M8 *« c'est toujours une histoire de temps hein c'est-à-dire que si déjà t'arrives à lire les nouvelles recos c'est déjà pas mal »*

M1 évoque la **difficulté de retenir les recommandations lorsque l'on a une pratique peu importante** « *après je fais pas l'effort de l'apprendre et puis c'est vrai que j'en fais pas 50 000 non plus tu vois, j'en fais pas toutes les semaines sinon je pense que je le retiendrai éventuellement mais j'ai jamais fait l'effort de l'apprendre, c'est tellement facile de le sortir* ». Au contraire, M5 dit qu'il se sent à l'aise dans les actes de gynécologies parce qu'il a eu une pratique importante en stage.

Pour M6, il s'agit aussi d'un **désir de s'investir** dans un domaine, sa patientèle étant plutôt âgée il fait plutôt de la gériatrie et explique « *je n'ai jamais assisté à ces formations là pour améliorer ma pratique* », « *je vais pas forcément chercher cette information-là, parce que ça ne fait pas partie de mon activité principale donc c'est sûr que la connaissance pourrait être importante mais euh* ».

Une autre problématique importante est la difficulté que pose la **modification des habitudes**. M6 réalise des frottis cytologiques et préfère rester sur ce dépistage qu'il maîtrise « *au vu de la patientèle que j'ai en termes de gynéco je préfère me limiter à ce que je sais et ne pas forcément chercher des connaissances supplémentaires pour ne pas l'utiliser derrière, qui relève plus de la frustration en plus* », « *faut qu'on change notre disque dur en disant tous les 5 ans au-delà de 30 ans* ». M7 a d'ailleurs mis du temps à modifier ses habitudes lors du passage au prélèvement en phase liquide « *j'étais habitué euh quand on est habitué à quelque chose il y a toujours un temps, un frein au changement* ». Cependant malgré le fait qu'il ait modifié ses habitudes, il réalise parfois encore des frottis sur lame quand « *le col est moche* ». Quand on l'interroge sur ses raisons, il dit qu'il est conscient que le test en phase liquide est meilleur mais qu'il « *garde cette espèce de réflexe euh ancestral* ».

M3 et M4 soulèvent l'idée que la diffusion des recommandations a été retardée par la **crise de la COVID**.

M3 « *par contre on a été très en retard sur l'application parce que c'était le covid. Donc la reco est passée, et je crois que c'était juste avant le confinement ...* »

M4 « *ça s'est pas mis en place en 2020 ? Covid euh* »

M3 explique qu'il a également existé un retard d'application en ville par rapport au milieu hospitalier parce que les médecins hospitaliers continuaient de faire des frottis malgré la période COVID contrairement aux médecins généralistes en cabinet.

B. Des recommandations mises à l'épreuve du raisonnement scientifique et économique

a- L'autorité des recommandations

Il existe une **confiance importante dans les recommandations** pour certains médecins qui cherchent peu à les remettre en question (M1, M2, M10, M11).

M1 « *on me dit il faut faire ça, moi je fais ça et puis c'est tout (rires)* »

M2 « *je fais le protocole qu'on me dit, moi l'HAS hein !* »

M10 ne se sent pas suffisamment légitime pour remettre en question la recommandation, du fait de son absence de formation sur le sujet « *Moi je suis assez bête et disciplinée hein je suis les recommandations qu'on nous impose* », « *je suis pas gynéco, j'ai pas une formation poussée, je fais confiance à une autorité qui est plus perfectionnée que la mienne et qui j'espère s'appuie sur des études et je pense que c'est le cas de la HAS donc je cherche pas à savoir s'ils nous disent que c'est ces recommandations, moi je les... moi je les fais, hein ça pour moi voilà je pense qu'un moment il faut être humble et suivre ce qu'on nous recommande de faire qui a priori sont les bonnes recommandations* ».

Les médecins évoquent le fait que ces recommandations reposent sur des **preuves**.

M8 « *c'est des bonnes recommandations, elles sont fondées sur les dernières études* », « *j'ai lu un peu les études et ça me paraissait pertinent mais après je me dis aussi que y a plein de cerveaux qui sont mis là-dessus* »

M11 lorsqu'on lui demande si l'intervalle à 5 ans l'a inquiété « *je me suis dit que ça avait été étudié avant de sortir ces recommandations donc non !* »

b- Réflexions autour de la fiabilité, sensibilité et spécificité

Les médecins généralistes avant d'appliquer des recommandations **s'interrogent sur la fiabilité des tests**.

Ils s'interrogent par exemple beaucoup au sujet de l'APV qu'ils ne connaissent pas bien.

M1 demande « *Et y'a pas de faux négatifs ?* »

M3 se base sur ces connaissances pour comprendre la fiabilité de l'APV « *on peut comprendre que le papillomavirus va pas rester sur l'endocol mais il est un peu partout là-dedans ok donc tout va bien mais euh ça peut pas complètement remplacer un cytologique surtout les deux premiers* ».

M5 « *je te cache pas ma surprise parce que ... c'est quelque chose qui a été éprouvé j'imagine ?* »

Les médecins raisonnent aussi en matière de **sensibilité et spécificité**.

M2 pense que le test HPV est « *plus sensible et plus spécifique* ».

En parlant de l'intervalle entre deux tests HPV, M3 dit « *A partir du moment où on n'a pas trop de faux négatifs c'est parfait pour nous.* »

M4 pense qu'en restant sur le test cytologique elle fait un examen plus précis « *c'est pas comme si euh je prenais un risque pour les patients au contraire je continue à faire un truc plus haut, plus souvent ... enfin bon je sais pas si c'est un truc plus haut ou pas mais enfin un truc plus conséquent plus souvent donc en soit voilà je pense pas que ce soit délétère* ».

M10 explique en parlant des APV « *J'ai déjà entendu parler et pourquoi pas, on fait bien des auto-prélèvements pour... les prélèvements vaginaux classiques donc euh oui pourquoi pas, enfin je... je connais pas les chiffres de sensibilité spécificité* ».

c- S'interroger sur le coût du dépistage du CCU

La notion de coût lorsqu'il s'agit de la santé fait débat.

M5 prend en compte l'aspect économique de la santé dans sa réflexion « *Je pense que si ce cut-off a été mis à cet âge-là c'est qu'il y a une raison. C'est qu'on a estimé en termes de morbi mortalité on prévenait pas plus de cancer et ça coûtait juste plus d'argent au contribuable* », « *ce sera certainement un peu plus accepté par les femmes que ce soit plus espacé après 30 ans et moins coûteux aussi de pas passer par le dépistage ... euh par l'anatomopathologie d'emblée* ».

M4 s'inquiète au contraire que le changement de stratégie soit uniquement basé sur cette notion d'économie « *Oui oui pourquoi pas après ça dépend la visée, à quelle visée c'est, est-ce que c'est pour réduire les couts de la sécu, alors je suis pas sûre qu'on coûte beaucoup en frottis parce que y en a quand même pas énormément de faits, ou est-ce que ça a vraiment une donnée médicale* ».

d- Utilisation comme test diagnostic

Certains médecins (M1, M4, M7, M10) sont amenés à utiliser le test de dépistage dans un **objectif diagnostic** dans certaines situations comme la présence de métrorragies ou encore d'une anomalie clinique du col.

M10 « *j'ai vu que le col était pas beau donc j'ai fait direct HPV et frottis cytologique et effectivement c'est revenu lésion épithéliale de bas grade* »

D'autres participants (M5, M8, M11) font à l'inverse la **différence entre ces deux indications**.

M8 « *bah après si je vois quelque chose normalement à l'examen, je suis pas censée faire de frottis je suis censée envoyer en colposcopie donc euh non* »

M11 « *faut même les orienter d'après les recommandations je crois qu'il faut les orienter directement quand on trouve un col bourgeonnant donc finalement le frottis il a peut-être peu d'intérêt* »

e- Garder un esprit critique et continuer de s'interroger

Certains médecins expliquent qu'il est important de comprendre avant d'appliquer les recommandations. M8 applique les recommandations lorsqu'elle est elle-même **convaincue de l'intérêt pour ses patients** « *Quand je suis persuadée et que je peux persuader du coup mes parents, les parents ou les enfants* ».

Les recommandations sont parfois **remises en question et en particulier pour l'âge de fin de dépistage**.

M4 « moi je m'arrête pas à 65 parce que ça y est les recommandations sont finies quoi, la mammo je vais à plus de 75, et le frottis je vais à plus de 65 »

M8 « enfin il y a des recommandations que je ne suis pas en vrai, pas sur le frottis mais sur les dernières recommandations par exemple du rotavirus pour les enfants »

M2 évoque à quel point les recommandations sont récentes et qu'il est nécessaire d'**avoir du recul** pour savoir si ce protocole est vraiment efficace « Eh bien faut voir un peu le recul qu'il y a, apparemment si c'est plus sensible avec l'HPV, c'est ce que disent les gynécologues, bah voilà je pense que c'est tout récent ! ça date de deux ans non ? ».

Les médecins **remettent parfois en question leurs propres décisions.**

Lorsque M7 choisit de réaliser un co-testing, il est critique vis-à-vis de son choix « Et je crois que c'est pas normal non plus de cocher ça mais bon ».

M1 explique qu'elle a réalisé un test après 65 ans mais s'interroge sur sa décision « je lui ai dit bah que c'était le dernier, j'aurais peut-être pas dû... bah je sais pas je lui ai fait ».

On remarque lors des entretiens que les médecins continuent de s'interroger sur le sujet.

M5 « d'ailleurs c'est vrai que je ne sais pas pourquoi on fait un frottis avant 30 ans mais pourquoi pas un typage HPV comme après 30 ans parce que de toute façon s'il y a pas d'HPV il y a pas de cancer ».

M7 s'interroge beaucoup sur la transmission du virus et son portage « cette dame comment je dois la surveiller à quel rythme ? Là, personne n'a encore répondu à ces questions-là ! Elle est porteuse du HPV, elle est hystérectomisée totale euhh je pense ... est-ce qu'il faut surveiller euh le ... le vagin ? », « il y a des questions que j'ai pas, c'est : est-ce qu'on quand on est porteuse au niveau vaginal du papillomavirus, est-ce que la gorge on est porteuse aussi ou est-ce que on est porteuse que sur un site et on peut pas être porteuse sur l'autre vous voyez ? ».

Les médecins réfléchissent aussi à des potentielles évolutions face à des problèmes qu'ils ont soulevés durant leur pratique comme l'augmentation des colposcopies.

M9 s'interroge sur la nécessité de « redéfinir l'accès à la colpo autrement mais à l'heure actuelle on sait pas screener la population qui nécessiterait pas la colpo ».

M12 s'interroge sur le cut-off de 30 ans pour le premier test HPV « 30 ans peut-être que c'est encore un peu jeune et qui a encore pas mal de patientes qui sont pas posées avec un partenaire stable et peut-être que finalement 35 ce serait un bon cut-off aussi mais ouais ».

f- Comparaison aux autres dépistages et aux recommandations internationales

Les médecins **comparent fréquemment le dépistage du CCU au dépistage du cancer du sein.**

Pour M10 le dépistage organisé du CCU n'est pas aussi bien admis que les mammographies « je crois pas que ce soit acté autant que la mammographie ».

On remarque que plusieurs participants (M1, M3, M10, M11, M12) réalisent une palpation mammaire de manière systématique tous les ans à leurs patientes mais sont moins réguliers concernant l'examen gynécologique.

M4 fait une **comparaison avec les recommandations concernant le PSA** et explique « *c'est pareil le PSA on est plus censé le faire tous les ans mais ça bon tout le monde n'est pas d'accord au niveau international mais le PSA on est pas censé le faire tous les ans bon moi plus de 50 ans tous mes patients hommes ont un PSA tous les ans* ».

Les médecins s'appuient également sur la **littérature internationale** pour convaincre leurs patients ou pour renforcer leurs propres opinions des recommandations.

M5 « *C'est le cas que je donne l'Australie, il y a pas aussi l'Islande qui ont pas quasiment éradiqué le cancer du col ?* »

M8 explique s'être renseignée vis-à-vis des recommandations sur la vaccination contre le papillomavirus « *j'avais déjà vu des études dans les pays nordiques, ils avaient quasiment éradiqué tous les cancers HPV* ».

1. La place essentielle du médecin généraliste dans le dépistage du CCU

Comme plusieurs praticiens de notre étude le décrivent, il semble que l'activité gynécologique représente une faible proportion de la pratique des médecins généralistes (24) même si une **grande variabilité** s'observe selon les praticiens (25).

Cette relative faible activité en santé gynécologique peut s'expliquer selon les médecins de notre étude en partie par le **manque de connaissance des patientes concernant la place du médecin généraliste dans la réalisation du dépistage**. La thèse de A. Sedjai confirme que peu de patientes savent que leur médecin généraliste peut pratiquer le test de dépistage (26).

Par ailleurs, même si le médecin généraliste ne réalise pas lui-même le dépistage du CCU, il a un **rôle de coordination** dans ce dernier (24). Les médecins interviewés dans notre travail adressent volontiers leurs patientes auprès des gynécologues ou des sage-femmes.

Les médecins généralistes de notre étude évoquent malgré tout un **transfert de la pratique de la gynécologie médicale**, des gynécologues aux médecins généralistes. En 2010, 90% des frottis étaient réalisés par les gynécologues (27). Aujourd'hui, les médecins généralistes et les sage-femmes sont les acteurs de premiers recours en santé gynécologique comme le met en lumière l'enquête de 2017 montrant une baisse de 40% des effectifs des gynécologues en dix ans (28).

Dans notre travail, les médecins mettent également en avant **le rôle central de la prévention et du dépistage** ainsi que de la **prise en charge globale du patient**. Dans un article sur l'activité gynécologique des médecins généralistes de Bretagne, 87% d'entre eux décrivent la prévention et le dépistage comme des rôles fondamentaux du médecin généraliste dans le suivi de la femme (24). Lorsqu'ils réalisent le dépistage du CCU, les médecins de notre étude l'intègrent d'ailleurs dans une **consultation gynécologique globale avec la réalisation d'une palpation mammaire et d'un toucher vaginal** ce qui est cohérent avec le travail de thèse d'A-S. Gilmardais (29).

2. Compréhension et validation des recommandations par les médecins généralistes

A. Un socle de connaissances : base de la perception des recommandations

a- Connaissance théorique approximative des recommandations

Les médecins interrogés dans notre étude semblent **majoritairement au courant des dernières recommandations**. En effet, seul deux médecins sur douze n'ont pas connaissance de ces dernières

avec précision. La connaissance des âges de réalisation du dépistage est majoritairement bonne. **L'alternative de l'APV était au contraire méconnue** de plusieurs médecins.

Plusieurs études mettent en lumière une connaissance plutôt approximative des recommandations malgré une bonne adhésion des médecins généralistes (21,23,30). Dans la thèse de C. Bompar réalisée en 2022 en Bourgogne, 64.9% des médecins pensaient être à jour des recommandations. Les médecins semblaient manquer de connaissances sur la physiopathologie de l'infection à HPV (23). Les médecins de notre travail semblent pourtant souvent s'appuyer sur leurs **connaissances de physiopathologie** pour comprendre les recommandations ou encore pour donner des explications à leurs patientes.

Dans la thèse d'I. Hariz intitulée « *Connaissances des médecins généralistes d'Ile de France sur les nouvelles modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus* » (30) sur quasiment 80% des médecins ayant connaissance des recommandations, seuls 62% d'entre eux réalisaient un FCU à 29 ans chez une patiente n'ayant pas eu de FCU depuis trois ans et un peu moins de 60% réalisaient un test HPV après 30 ans. Ainsi, malgré le fait qu'ils ont connaissance des recommandations, les praticiens ne les appliquent pas systématiquement. Cela peut témoigner d'**autres facteurs rentrant en compte dans l'application des recommandations que la seule connaissance théorique.**

b- Connaissance concernant la conduite à tenir après un test de dépistage primaire positif

La connaissance des médecins généralistes interrogés dans notre travail concernant la **conduite à tenir après un test de dépistage primaire positif semble approximative**. Une complexité des stratégies liée à l'utilisation du test HPV a en effet été mise en évidence. Elle est à l'origine d'une confusion dans l'application des recommandations chez les professionnels de santé (31).

Cependant, les médecins participant à notre étude n'hésitent pas à **se reporter régulièrement à l'algorithme décisionnel** (Annexe 3 et 4) afin de ne pas se tromper dans la démarche à suivre. Plusieurs médecins ont d'ailleurs enregistré les recommandations dans leur ordinateur ou savent où chercher l'information. Ainsi, même si le protocole n'est pas maîtrisé par les médecins, ces derniers ont la capacité de pallier ce manque de connaissance grâce aux multiples vecteurs d'information. Dans une enquête de la DRESS de 2009, l'accessibilité des recommandations ne semblait en effet pas être un frein à la connaissance de ces dernières (32).

c- Les difficultés liées à la formation et à l'information

Plusieurs médecins interrogés décrivent avoir appris « sur le tas » lors de certains **stages plus ou moins formateurs et plus ou moins adaptés** à la pratique de la médecine générale. Certains médecins décrivent des stages centrés sur les urgences et d'autres une formation relevant trop de la

spécialisation. Ces résultats coïncident avec ceux retrouvés dans la thèse de C. Bompar mettant en évidence un manque de formation en gynécologie (23).

Certains médecins de notre étude ont choisi de se former davantage en réalisant **des FMC ou des DIU**. D'autres participants déplorent le **manque de temps pour se former** ou se justifient par l'absence de désir de s'investir davantage dans ce domaine. Cela est cohérent avec un travail de thèse réalisé en 2022 par M. Villevieille dans lequel 87.3% des médecins déclaraient que le manque de temps était la cause majeure de leur insatisfaction concernant leur formation professionnelle (33).

Deux médecins ont évoqué la **COVID comme frein** à l'application des recommandations. Cette pandémie a pu retarder la diffusion des recommandations puisqu'elle a entraîné un arrêt des formations présentielle et une baisse du taux de dépistage des patientes (21,34). Cependant, si près de 70% des médecins déclaraient avoir modifié leurs habitudes de formation pendant cette période, près de 60% d'entre eux avaient majoré leur formation distancielle (33). Cela laisse supposer que l'impact du COVID sur la connaissance des recommandations n'a pas été majeur.

B. Les recommandations reposent sur une médecine basée sur des preuves

La majorité des médecins de notre étude s'appuient sur un **raisonnement scientifique** pour juger des recommandations. Une étude de sociologie de P. Laure et J-Y. Trépos a mis en évidence que les médecins considèrent d'autant plus les recommandations comme importantes dans leur pratique quand ils privilégient une médecine basée sur des preuves (35).

Les médecins interrogés ont majoritairement connaissance de la **meilleure sensibilité du test HPV** par rapport à la cytologie. Une médecin évoque également une meilleure spécificité ce qui n'est pas le cas puisque le test HPV reste moins spécifique que la cytologie (9). Dans sa thèse, D. Mathonnet (21) montre une **méconnaissance de la spécificité du test** par les médecins généralistes interrogés. Cela peut également s'expliquer par la méconnaissance des définitions de sensibilité et spécificité.

Dans notre étude, les médecins suivant les dernières recommandations **respectent l'intervalle de cinq ans entre deux tests HPV en dehors de cas atypiques** (symptômes, demande de la patiente). Cet intervalle était connu pour 88,1% des médecins participants à la thèse de C. Bompar (23).

Deux médecins utilisent les **anciennes recommandations**. Une médecin pense réaliser un dépistage plus performant en effectuant le test cytologique tous les deux à trois ans. Pourtant le risque de CIN3+ est plus faible après un test HPV négatif qu'après une cytologie négative et le risque de cancer après un test HPV négatif à cinq ans est de moitié comparativement à ce risque après une cytologie

négative (36,37). On peut ainsi penser que les médecins suivant les anciennes recommandations sont faussement rassurés par la cytologie qu'ils croient plus efficace par manque d'informations.

C. Argument d'autorité, confiance et remise en question des recommandations

Une partie des médecins se décrit comme étant « **bête et discipliné** ». S'il leur est demandé de suivre des recommandations, alors ils s'exécutent. On pourrait penser que les recommandations exercent sur eux une sorte d'**autorité**. Cette autorité est-elle bien perçue ? Pas toujours si on en croit la littérature. Il semblerait que certains médecins les perçoivent comme une remise en question de leur autonomie et une « tendance à standardisation des pratiques » rentrant en contradiction avec la nécessité de s'adapter à chaque patient (38).

D'autres médecins décrivent les recommandations avec une certaine **confiance et la notion d'experts** plus compétents qu'eux en la matière. Cependant, les recommandations peuvent également être **critiquées et remises en question**. Certains médecins expliquent en effet ne pas être amenés à suivre toutes les recommandations ou avoir besoin d'être convaincus de leur intérêt. Plusieurs médecins s'affranchissent également des recommandations dans certaines situations comme après 65 ans par exemple.

On retrouve en effet dans la littérature une acceptation inégale des recommandations avec des médecins ayant des degrés d'adhésion à ces dernières très variables (32,38).

3. Les problématiques soulevées dans les recommandations

A. Manque de clarté des recommandations

a- La limite théorique des 30 ans : source de confusion

Il existe d'après plusieurs médecins de notre étude un **manque de clarté quant à l'intervalle entre le dernier test cytologique et le premier test HPV**. En effet certains médecins y compris des médecins ayant bénéficié d'une formation en gynécologie après leur internat déclarent réaliser le premier test HPV cinq ans après le dernier FCU.

La HAS écrit pourtant « le test HPV chez les femmes à partir de 30 ans, sera réalisé trois ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal » (9). La confusion peut s'expliquer par la recommandation de réaliser après 30 ans un test HPV tous les cinq ans. Cette limite de 30 ans se rapprochant du théorique dernier FCU à 29 ans peut engendrer une confusion. A notre connaissance, seule l'étude d'I. Hariz a évalué les connaissances des médecins généralistes à ce sujet. Il en ressort

que seulement 52.13% des interrogés réalisaient un dépistage trois ans après le FCU effectué à 29 ans et 25.25% des médecins réalisaient le dépistage cinq ans après (30).

Il pourrait être intéressant d'étudier davantage ce sujet et de **simplifier les âges clés du dépistage** afin d'éviter des erreurs pouvant potentiellement entraîner un surrisque de CCU chez la patiente.

b- Conduite à tenir en cas de rattrapage du dépistage

La conduite à tenir en cas de rattrapage du dépistage chez une patiente ayant eu ses premiers rapports après 25 ans ne semble pas évidente à déterminer. Deux médecins de notre étude soulèvent l'idée que la réalisation de FCU est nécessaire étant donné la probabilité importante d'avoir un test HPV positif au début de l'activité sexuelle. La HAS appuie cette notion dans son rapport (9).

Une des médecins s'interroge cependant sur le test à réaliser chez une patiente qui aurait débuté ses rapports sexuels après 30 ans du fait de la recommandation de réaliser un test HPV après 30 ans.

En effet, même si le dépistage ne concerne pas les patientes n'ayant jamais eu de contacts sexuels (39), **les recommandations actuelles de la HAS ne tiennent pas compte du début des contacts sexuels**, ainsi on ne retrouve pas d'informations sur la conduite à tenir chez une patiente ayant eu ses derniers après 25 ans (9). Il semblerait donc intéressant d'effectuer des précisions dans les recommandations à ce sujet.

c- Utilisation pratique de l'auto-prélèvement

Il semble exister globalement une **méconnaissance** de l'auto-test et de son utilisation pratique pourtant inscrite comme alternative au test HPV dans les recommandations de la HAS de 2019. Les médecins questionnent alors la **fiabilité et l'intérêt de cette alternative** qu'ils ne maîtrisent pas. Les études sont pourtant rassurantes et démontrent une non-infériorité à un test HPV primaire en hétéro-prélèvement dans la détection des lésions précoces de CCU de haut grade (40).

L'APV apparaît dans certains travaux (41) comme une solution parfaite pour pallier à de nombreux freins liés au prélèvement par un professionnel de santé tels que le problème de l'intimité de la consultation, le manque de temps ou encore le manque de formation de certains médecins. Cependant, certains médecins de notre étude insistent sur une problématique liée à l'APV : **l'absence d'examen clinique par le professionnel de santé**. Cette problématique est décrite par d'autres médecins généralistes mais également par des patientes lorsqu'on les interroge sur le sujet (22,42). Il semble à nouveau essentiel de **considérer le dépistage non pas de manière isolée mais comme étant intégré au suivi de la santé gynécologique de la femme**. Cette alternative doit donc pour les médecins de notre étude être réservée aux patientes refusant l'examen clinique.

Une médecin de notre étude pousse plus loin la réflexion et suggère que le réel problème est **la manière dont le médecin appréhende l'examen gynécologique avec sa patiente**. Selon elle, réaliser cet examen dans le respect de la patiente est la clé pour une meilleure adhésion des patientes au dépistage, l'APV n'étant pas la solution en soit.

Il est cependant possible de nuancer en repensant l'APV comme une manière de permettre à la patiente d'être plus active et impliquée dans son dépistage.

Dans notre travail, le **repérage des patientes ne réalisant pas leur dépistage semble difficile** ce qui complique l'abord de l'auto-test auprès des patientes. Cependant, depuis janvier 2024, l'Assurance Maladie envoie au médecin traitant une liste de ses patientes n'effectuant pas le dépistage (43). Cela pourrait potentiellement améliorer le repérage des patientes non à jour de leur dépistage.

Les médecins de notre travail s'interrogent également sur le **mode de diffusion** des kits d'APV. Ils sont plusieurs à déclarer que la mise à disposition en pharmacie ou en laboratoire avec une ordonnance faciliterait l'accès à ce dispositif. Un médecin évoque aussi la possibilité de le donner directement à ses patientes comme avec le test Hémocult.

Selon une enquête de l'Institut National du Cancer (INCa), 49% des femmes interrogées préféreraient la remise du kit par voie postale contre 36% pour la remise en main propre par un médecin ou pharmacien (27).

Selon le référentiel national publié en 2022 (44), l'envoi du kit d'APV se fait automatiquement au domicile de la patiente 12 mois après l'envoi du courrier de relance à la participation du dépistage. Il est également possible pour le médecin généraliste d'effectuer une demande de kit pour sa patiente via un module d'éligibilité par les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC). Etonnement, dans ce référentiel, aucun accès au kit d'APV n'est décrit directement aux laboratoires ou à la pharmacie. Pourtant, il est annoncé sur le site internet d'un laboratoire, la possibilité de récupérer directement le kit d'APV dans ses laboratoires (45). Un autre laboratoire présent en Côte d'Or propose aux professionnels de santé de commander ce test pour le proposer aux patientes au cabinet (46).

Dans sa thèse M. Bouriot décrit une combinaison de plusieurs stratégies évoquées par les patientes pour améliorer cet aspect du dépistage (42). Ces résultats coïncident avec les stratégies évoquées par les interviewés de notre étude. Des patientes interrogées dans une autre thèse expliquent avoir besoin d'explications sur l'utilisation du kit par leurs médecins. Cela laisse supposer que si ce test était remis par le médecin cela inciterait les patientes à se sentir davantage concernées et à réaliser l'APV (47).

Ainsi, au vu des données de la littérature auquel ce travail participe, il semblerait intéressant de **diversifier l'accès aux kits d'APV** dans les prochaines années.

B. Réalisation du dépistage hors recommandations

a- Utilisation du test de dépistage comme test à visée diagnostique

Plusieurs médecins dans notre étude expliquent réaliser un test de dépistage en dehors des recommandations en présence de **symptômes tels que des métrorragies ou un aspect pathologique du col de l'utérus**. Dans sa thèse étudiant les motivations des professionnels de santé à réaliser le dépistage du CCU avant 25 et après 65 ans, A. Armand retrouve ces mêmes raisons (48).

Cela révèle une mauvaise utilisation du test puisqu'il doit être réalisé chez des patientes asymptomatiques dans un objectif de dépistage (9). Or la présence de métrorragies ou d'une anomalie du col sont des signes potentiels de cancer devant amener à orienter directement la patiente vers un gynécologue pour la réalisation d'examen diagnostiques. Un extrait du CGNOF de 2016 indique pourtant le FCU dans les examens complémentaires à réaliser en cas de ménométrorragies avérées (49). D'autres sources comme le KB de l'édition 2017 explique au contraire : « Un FCU ne doit pas être réalisé devant un symptôme (métrorragies, douleurs) ou lorsque le col est cliniquement suspect » et indique l'importance de la réalisation d'une biopsie cervicale directement (50). Ces sources d'informations contradictoires peuvent être source de confusion. Il serait intéressant d'étudier les raisons poussant les professionnels de santé à utiliser le test de dépistage dans ces indications.

b- L'utilisation du co-testing

Alors que le co-testing n'a aucune place dans les recommandations actuelles (51), il semble que plusieurs médecins de notre étude ont recours à ce dernier dans des situations atypiques : **présence de symptômes, anomalie macroscopique du col et antécédent d'HPV positif**.

On peut alors s'interroger : Pourquoi l'alternative du co-testing existe-t-elle sur certaines fiches de laboratoire en Côte d'Or ? On peut retrouver sur le site d'un laboratoire cette information « Pour une meilleure sensibilité du diagnostic, nous vous proposons également l'alternative du co-testing qui associe un frottis en phase liquide et un test HPV, permettant de réduire significativement le risque de faux-négatif » (52).

Pour nuancer cette affirmation, étant donné le très faible nombre de lésions pré-cancéreuses avec un résultat HPV négatif, l'augmentation de la sensibilité du co-testing par rapport à un test HPV seul n'a qu'un faible impact en pratique (53).

Dans une large étude rétrospective menée aux Etats-Unis, le co-testing a permis de détecter seulement 14 cas de CIN3+ de plus que le test HPV primaire mais a nécessité 100 277 tests cytologiques supplémentaires et 566 colposcopies, pour un coût supplémentaire de 2.38 millions de dollars (54).

Pourtant dans certains pays comme l'Australie, le co-testing est recommandé dans les investigations à réaliser chez les patientes symptomatiques (55).

Au total, **si le co-testing n'est pourtant cité dans aucune recommandation française, certains professionnels de santé l'utilisent en particulier dans des situations devant théoriquement amener à un test diagnostique et non un test de dépistage.** Est-ce une manière pour le médecin de se rassurer devant une incertitude sur le diagnostic ou d'avoir un facteur supplémentaire pour appuyer le fait d'adresser la patiente auprès d'un gynécologue ? Est-ce lié à la connaissance de recommandations contraires dans la littérature internationale ? D'autres investigations semblent nécessaires pour étudier les raisons poussant les médecins à cette utilisation.

c- Le sur-dépistage

Les médecins de notre étude sont **nombreux à remettre en question la recommandation concernant l'âge de fin de dépistage et à poursuivre ce dernier après 65 ans.** Ils sont par ailleurs nombreux à critiquer le **sur-dépistage de certains gynécologues** quant à l'intervalle entre deux tests et la réalisation d'un test avant 25 ans.

Selon une étude de J-J Sassenou basée sur la cohorte Constances (19), le sur-dépistage touche près de 30% des femmes tous âges confondus et atteint plus de 40% chez les femmes de plus de 65 ans. Dans un travail de 2016 étudiant les raisons poussant les gynécologues à ne pas appliquer les recommandations, il était identifié majoritairement une inquiétude des patientes, des recommandations ou pratiques de santé publique contradictoires et un désaccord vis-à-vis des recommandations (56). Comme souligné par plusieurs médecins dans notre travail, **la volonté de rassurer la patiente ou leurs désaccords concernant l'arrêt du dépistage à 65 ans conduisent le médecin à pratiquer des dépistages hors des recommandations.**

Lorsque les anciennes recommandations étaient en vigueur, l'enquête barométrique de 2010 a montré que 48% des médecins recommandaient à leurs patientes d'effectuer le FCU tous les deux ans (57). C'est également le cas des deux médecins concernés de notre étude. La raison de ce choix de réalisation reste obscure, la littérature étant pauvre sur le sujet. Est-ce par analogie au dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal ?

Alors que la majorité des médecins interviewés **critiquent la réalisation d'un FCU avant 25 ans**, un seul médecin propose la réalisation du FCU à 20 ans en cas de facteurs de risque. La question de la réalisation du dépistage chez les patientes entre 20 et 24 ans ayant des facteurs de risques de CCU peut se poser dans le cadre d'un dépistage ciblé et individuel. Cependant, il existe un risque important de surtraitement de lésions qui auraient guéri spontanément, entraînant une majoration d'examen invasifs à risque de complication (58).

A contrario, **la question de la poursuite du dépistage après 65 ans** est très présente dans notre travail, ce qui est également le cas dans la littérature, bien que controversée. Plusieurs études sont en faveur d'une poursuite du dépistage (59,60). Les recommandations en Australie conseillent d'ailleurs d'effectuer un dépistage jusqu'à 75 ans (61) et en Norvège jusqu'à 69 ans (62). Au contraire, dans une étude rétrospective menée aux Etats-Unis, la majorité des tests HPV positifs après 65 ans étaient associées à des cytologies négatives (63).

Selon les European Guidelines, l'arrêt à 65 ans s'effectue à condition que la patiente ait eu un test de dépistage récent négatif (64). Pour l'American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), l'arrêt de la surveillance n'est pas acceptable si la patiente est en bonne santé et que des tests sont réalisables. D'autre part l'arrêt du dépistage ne se conçoit que si les deux derniers tests HPV ou les trois derniers tests cytologiques étaient négatifs (65). L'âge de fin de dépistage doit donc dépendre de la participation antérieure au dépistage (66) comme l'évoquait une des médecins de notre étude. Les recommandations de l'INCa mentionne en effet l'importance de vérifier que les deux derniers tests soient négatifs (67).

Etant donné qu'**un quart des CCU sont diagnostiqués après 65 ans** (1) il semblerait important d'établir des recommandations précises sur les facteurs de risques de la patiente après 65 ans devant conduire à la réalisation d'un dépistage individuel.

C. Système du dépistage organisé : un système perfectible ?

a- Désorganisation de courriers de relance

Plusieurs médecins interviewés évoquent de manière positive le dépistage organisé. Ce dernier permettrait en effet une diminution de la mortalité par CCU (68). Dans la thèse de C. Faverolle et L. Hachaguer en 2021 les médecins semblaient majoritairement satisfaits à l'idée de l'augmentation du recrutement des patientes par le biais des lettres d'invitation, ils pensaient que cela faciliterait également la réception des résultats du dépistage par le médecin généraliste (41).

Cependant **l'organisation du système d'invitation à la participation des patientes au dépistage organisé semble obscure** pour de nombreux médecins dans notre travail. Les médecins ne comprennent pas quelles sont les femmes concernées par ce système.

Selon l'INCa (69), les femmes ayant réalisé un test de dépistage dans les intervalles recommandés, ne reçoivent pas de courrier ce qui semble contradictoire avec ce que rapporte les médecins dans notre travail. Dans la thèse de S. Lieure, 65,7% des médecins déclaraient avoir reçu des patientes se présentant avec l'invitation de participation (22).

Il faut noter que ce système de relance est repris en charge par l'Assurance Maladie depuis janvier 2024. Les invitations sont à présent dématérialisées et envoyées sur le compte Améli des patientes n'ayant pas réalisé leur dépistage dans les délais (43). Cette dématérialisation aura-t-elle réellement un impact ?

b- Problématique du reste à charge à la patiente

La **non avance de frais** est décrit par les patientes comme un des **leviers pour améliorer le dépistage organisé du CCU** (27), ce qui est cohérent avec les propos de certains médecins de notre étude. Le remboursement à 100% par l'Assurance Maladie et sans avance de frais des examens de dépistage du CCU était alors réalisé uniquement sur présentation du courrier reçu par les CRCDC (39). Cela laisse supposer que plusieurs patientes ne bénéficiaient pas de cette prise en charge intégrale.

Depuis janvier 2024 et la disparition des étiquettes sur les invitations, pour une prise en charge à 100% il suffit que le professionnel de santé coche la case « dépistage organisé » sur la fiche de demande d'examen (43). Cette modification aura certainement un impact positif pour limiter le reste à charge des patientes.

c- Impact économique du dépistage

Une des médecins a mis en avant une inquiétude sur une décision de modification des recommandations basée uniquement sur un aspect économique. Lors du changement de recommandations en Australie, de nombreux professionnels de santé étaient eux aussi méfiants et craignaient que l'introduction du test HPV repose uniquement sur des motifs économiques (70).

Le prix de lecture d'un FCU est fixé à 17 euros contre 27 euros pour la réalisation d'un test HPV (71). Une étude réalisée sur une cohorte de femmes aux USA a montré une diminution du coût lié au dépistage primaire par le test HPV par rapport au dépistage primaire par FCU (54).

Une étude française de 2017 a évalué les coûts de différentes stratégies de dépistage. Elle retrouve une réduction des coûts liée à l'utilisation du test HPV tous les cinq ans avec cytologie réflexe en plus d'une meilleure efficacité dans le dépistage comparativement à la stratégie du FCU tous les trois ans (72).

D. Des conséquences négatives aux nouvelles modalités de dépistage ?

a- Une augmentation des pertes de vues ?

Plusieurs médecins dans notre travail s'inquiètent **d'une diminution du recours à l'examen gynécologique régulier**. Certains déclarent essayer de réaliser un examen intermédiaire entre deux

tests HPV. Selon d'autres médecins, les patientes reconsultant fréquemment pour une plainte gynécologique, l'examen gynécologique peut être effectué à ce moment-là. Une médecin explique que l'intervalle de cinq ans n'a pas modifié sa pratique et qu'elle continue de suivre ses patientes sur le plan gynécologique une fois par an.

Dans le mémoire de E. Blondeau sur les pratiques de sage-femmes en Auvergne, il existait également une inquiétude concernant l'espacement des consultations de suivi pouvant conduire à un retard de diagnostic et une augmentation des pertes de vues (73).

Dans une étude de 2021 menée aux Etats-Unis, les femmes qui n'avaient pas eu de tests de dépistage répétés étaient significativement moins susceptibles d'avoir eu un examen gynécologique dans les trois dernières années (74).

Une autre étude de 2015 a montré que 67% des femmes interrogées ne faisaient pas de différence entre l'examen pelvien et le FCU (75). Cela peut laisser penser que les patientes ne consulteront pas spontanément de professionnel de santé dans l'intervalle entre deux tests de dépistage. La **communication des professionnels de santé auprès des patientes concernant l'importance d'un suivi gynécologique régulier en addition du dépistage du CCU** semble essentielle.

b- Le risque d'une augmentation importante du nombre de colposcopies

Deux médecins dans notre étude ont conscience de la **majoration du nombre de colposcopies** du fait de l'utilisation du test HPV.

Il existe en effet une augmentation du nombre de colposcopies depuis l'instauration du dépistage par test HPV. Ainsi sur 10% de résultats HPV positif, environ 35% iront en colposcopie ce qui est plus du double du taux de colposcopies après cytologie (76). Cependant, après une augmentation initiale de ce taux, on peut s'attendre avec le temps à une baisse de la prévalence des lésions liée en partie à l'augmentation des taux de vaccination anti-HPV ce qui entraînera une diminution du nombre de colposcopies (77,78).

4. Les facteurs influençant la mise en pratique des recommandations

A. Singularité du médecin et de son parcours personnel et professionnel

a- Le genre et l'âge du médecin

Comme suggéré par les médecins de notre travail, il existe dans la littérature une **préférence des femmes à confier leur suivi gynécologique à une médecin généraliste femme** (79).

Un médecin dans notre étude suggère que les médecins hommes pensent moins souvent à vérifier la réalisation du dépistage du CCU du fait de leur genre.

Une étude réalisée dans l'Eure montrait que les médecins femmes déclaraient un taux de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) concernant le dépistage significativement supérieur à celui des hommes (80).

Dans sa thèse, M. Beauvallet retrouvait une proportion significativement plus importante de femmes appliquant les recommandations de 2019 par rapport aux hommes (81).

A contrario, dans sa thèse C. Bombar ne retrouvait pas de différence significative selon le genre dans la connaissance des recommandations sur le dépistage du CCU (23).

Une différence significative entre l'application des recommandations et l'âge du médecin était également retrouvée dans le travail de thèse de M. Beauvallet avec un meilleur taux d'application chez les médecins les plus jeunes (81). Dans notre étude, les trois médecins les plus jeunes suivent en effet les dernières recommandations. Cela peut s'expliquer entre autres par le fait qu'ils ont appris ces dernières pendant leur formation universitaire. Cependant, les deux médecins ne suivant pas les nouvelles recommandations ont moins de 45 ans. Il serait intéressant d'interroger spécifiquement les médecins n'appliquant pas ces dernières afin de mettre en lumière les facteurs explicatifs.

b- Impact des représentations du médecin concernant la sexualité

On peut penser d'après notre travail que les **représentations des médecins au sujet de la sexualité jouent un rôle** dans la réalisation du dépistage et le suivi des recommandations.

Un des médecins interviewés explique qu'il n'est pas à l'aise en gynécologie. Il désigne par « patientes propres » les patientes ayant un seul partenaire stable, ce qui peut témoigner d'une vision personnelle de la sexualité et du couple. Cette représentation peut l'amener à réaliser des tests de dépistage en dehors des âges recommandés. Les médecins sont plus ou moins à l'aise avec le fait **d'aborder la sexualité** et il peut également en résulter une attitude d'évitement (82).

Une autre médecin de notre étude trouve qu'il est rare de voir des femmes de plus de 65 ans ayant une sexualité active. Cette représentation que la sexualité des personnes âgées va en diminuant semble répandue (83). Pourtant, selon une étude de l'Inserm de 2006, la sexualité des femmes de plus de 60 ans est non seulement toujours présente mais augmente depuis les années 90 (84).

c- Expériences personnelles et professionnelles du médecin

On remarque dans notre travail que plusieurs médecins de sexe féminin ont vécu des **expériences personnelles dans leur suivi gynécologique qui ont pu impacter leur pratique professionnelle**.

Dans la thèse de V. Coulon Pernodet sur la gestion de l'intime en consultation de gynécologie en médecine générale, quatre médecins de sexe féminin déclaraient faire attention à ne pas reproduire des expériences négatives qu'elles avaient elles-mêmes vécues en consultation de gynécologie (85).

Les **expériences professionnelles semblent également impacter le suivi ou non des recommandations**. Ainsi, certaines expériences de découverte de CCU peuvent être mal vécues par le médecin et le conduire à réaliser des tests de dépistage hors recommandations. L'expérience professionnelle peut ainsi avoir une influence sur la démarche diagnostique (86).

Dans leur thèse, C. Faverolle et L. Hachaguer montraient que les expériences marquantes semblaient entraîner une vigilance accrue des médecins dans le dépistage (41). Un médecin ayant diagnostiqué des lésions de haut grades chez des patientes avant 25 ans ou après 65 ans aura tendance à réaliser des tests en dehors des âges recommandés de peur de passer à côté d'une autre lésion (48).

d- L'incertitude médicale au cœur de la médecine

Un médecin interviewé évoque une incertitude dans son diagnostic concernant un ectropion qui le fait réaliser un test en dehors des recommandations.

Comme plusieurs études le montrent, l'incertitude et la tolérance à l'incertitude du médecin a un impact sur la démarche clinique et peut entraîner une augmentation de la réalisation d'exams complémentaires (87,88). Il semble cohérent de penser que l'incertitude puisse avoir un impact dans l'augmentation de la réalisation des tests de dépistage pour « rassurer » le médecin dans sa pratique.

Est-ce une difficulté à gérer leur incertitude qui poussent par exemple les médecins de notre échantillon à effectuer des tests de dépistage comme des co-testing chez des patientes symptomatiques ?

e- Les habitudes ancrées du médecin généraliste

On remarque dans notre travail une **difficulté des médecins à changer leurs habitudes professionnelles**. L'un d'eux parle de la difficulté à changer son « disque dur ». Le changement de ces habitudes semble prendre du temps.

Dans la thèse de A. Armand, les habitudes du professionnel de santé semblaient en effet faire parties des motivations à réaliser un test de dépistage avant 25 ans ou après 65 ans. (48).

En Australie, certains professionnels de santé ont fait preuve de résistances face au changement des recommandations (89).

B. Singularité de la patiente : comment les médecins généralistes intègrent le parcours médical et personnel des patientes à leurs décisions ?

a- Facteurs de risque des patientes

Plusieurs médecins de notre travail déclarent réaliser des tests de dépistage **après 65 ans** lorsque les patientes ont une **sexualité active ou un nouveau partenaire sexuel**. Les médecins interrogés dans une étude aux Etats-Unis prenaient également en compte l'activité sexuelle et en particulier la présence de rapports sexuels avec un nouveau partenaire dans leurs décisions de poursuivre ou non le dépistage et ce malgré les recommandations (90). Les recommandations de la HAS ou de l'INCa ne prennent pas en compte ces facteurs y compris dans le cadre d'un dépistage individuel (9,67).

Un médecin explique qu'il serait amené à réaliser un test de dépistage **avant 25 ans** si la patiente présentait **plusieurs partenaires sexuels ou un tabagisme actif**. Le tabagisme est un facteur de risque de lésions de haut grade et de carcinomes in situ (91). L'INCa propose d'ailleurs de discuter de la réalisation d'un test de dépistage avant 25 ans en cas de facteurs de risques tels que : partenaires multiples, IST chronique, infection par le VIH (67).

L'importance de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires, la précocité des rapports, la poursuite des rapports après 65 ans ou encore l'infection à un autre IST ou au VIH semblaient être des facteurs incitants les médecins à réaliser plus de dépistages que recommandés (41,48).

b- L'importance d'une décision partagée

Les médecins dans notre travail insistent sur **l'importance du respect de la patiente, de son corps et du consentement au dépistage**. Ils déclarent donner des explications sur le déroulé du dépistage et son objectif. **L'éducation des patientes** est un facteur important améliorant la réalisation du dépistage (92) et le manque d'information sur le test réalisé entraîne une majoration de la peur, de l'incertitude et de la perplexité des patientes concernant le dépistage (93).

Dans notre travail, plusieurs médecins déclarent effectuer **des dépistages en dehors des recommandations sur demande de la patiente**.

Dans une étude réalisée en Bourgogne en 2004, les médecins interrogés de Côte d'Or déclaraient réaliser un FCU à la demande de la patiente dans 31% des cas (94).

Une étude récente menée aux Etats-Unis montraient que les médecins cherchent à obtenir une décision partagée avec leurs patientes quant à l'âge de fin de dépistage, ce qui peut les conduire à poursuivre ce dernier en dehors des recommandations (90). La HAS demande d'ailleurs de s'assurer du « choix libre et éclairé des femmes » (9).

Nous n'avons pas interrogé les médecins de notre travail sur les raisons les poussant à effectuer des tests de dépistage sur demande. Cela pourrait nécessiter d'autres investigations. En effet, cette réalisation sur demande peut témoigner d'une difficulté pour le médecin à dire « non » à sa patiente. Certains médecins soulèvent une inquiétude face à la judiciarisation de la médecine (95). Il peut aussi exister une tendance de certains patients à voir le soin comme un bien de consommation (96).

c- Vécu des patientes des nouvelles recommandations

Deux catégories de patientes semblent se distinguer selon les praticiens. Celles pour qui **les nouvelles recommandations entraînent une anxiété** en particulier à l'extension de l'intervalle à cinq ans entre deux dépistages après 30 ans et **celles pour qui ces modifications sont perçues positivement**. Lorsque les patientes présentent de l'anxiété, les médecins déclarent communiquer des informations sur la meilleure efficacité du test HPV permettant d'élargir l'intervalle en toute sûreté pour rassurer la patiente. Une médecin explique que si malgré ces explications cela rassure la patiente elle pourrait être amenée à ne pas respecter l'intervalle de cinq ans.

Ces données sont cohérentes avec une étude qualitative menée en Angleterre en 2022 qui montraient que les réactions des patientes sont très variables et dépendent de nombreux facteurs. Les patientes acceptaient plus facilement l'extension de l'intervalle à cinq ans lorsqu'elles avaient reçues une information et avaient pu échanger sur le sujet (97). Donner l'information sur la longue chronologie entre l'exposition au virus HPV et le développement d'un cancer rassure les femmes et permet une meilleure adhésion aux recommandations (98). C'est d'ailleurs ce que font plusieurs médecins dans notre travail.

Dans la thèse de O. Ripart réalisée en 2023, on retrouve que plus de 54% des femmes trouvaient l'intervalle de cinq ans trop long et 18% d'entre elles souhaitaient demander un suivi plus rapproché à leur médecin (99).

Une étude de 2020 menée en Angleterre a montré que l'anxiété était légèrement supérieure chez les patientes testées HPV positives que la cytologie soit normale ou pas, comparativement aux patientes avec une cytologie normale sans test HPV (100). Aucun médecin de notre étude n'a évoqué spontanément l'impact d'un résultat HPV positif sur les patientes. Il aurait pu être intéressant de les questionner spécifiquement sur ce sujet.

C. Articulation entre les différents acteurs du dépistage

a- Rôle de conseil du spécialiste en gynécologie

Les gynécologues semblent jouer un rôle de conseil et de référence, les médecins dans notre travail prennent souvent en compte leurs avis concernant les recommandations. Certains médecins déclarent d'ailleurs avoir demandé à leur gynécologue ou à un gynécologue de leur entourage ce qu'ils pensaient des récentes modifications de stratégies.

Plusieurs médecins de notre étude font ressortir l'idée d'une **collaboration** avec le spécialiste en santé de la femme. Certains expliquent demander l'avis d'un gynécologue sur la conduite à tenir en termes de fréquence de dépistage après une colposcopie négative. D'autres trouvent que des FMC avec des gynécologues ont pu faire évoluer leurs pratiques. Un médecin qui ne suit pas les nouvelles recommandations cite d'ailleurs le gynécologue comme étant l'acteur qui pourrait le faire changer d'avis s'il lui expliquait précisément l'intérêt de cette modification de stratégie.

Une revue de la littérature (101) a mis en lumière des interactions positives entre le spécialiste et le médecin généraliste pour le parcours du patient via une « **communication interactive** » par le biais de différents supports comme les rencontres, les rendez-vous téléphoniques ou les vidéo-conférences. Cette interaction entraînerait des améliorations de certains indicateurs dans des maladies comme le diabète ou encore la dépression.

b- Rapport de force entre le gynécologue et le médecin généraliste

Le lien qu'entretient le médecin généraliste avec les gynécologues peut aussi être source de **désaccord et entraîner un rapport de force**. Les médecins de notre étude décrivent en effet une **tendance de certains gynécologues à sur-dépister leurs patientes**.

Dans le travail de thèse de J-J. Sassenou, la proportion de sur-dépistage était de près de 40% lorsque le dernier FCU était fait par un gynécologue et d'environ 20% lorsqu'il était réalisé par un médecin généraliste (19).

Certains médecins dans notre travail mettent en lumière **une difficulté à modifier les habitudes des patientes** lorsque ces dernières bénéficiaient de pratiques de sur-dépistage.

Ces données sont cohérentes avec le travail de thèse d'A. Armand qui montre que certains médecins étaient amenés à poursuivre le dépistage initié selon le même schéma, même s'il ne correspondait pas aux recommandations et ce d'autant plus si le praticien initial était un gynécologue (48).

c- Difficulté à récupérer le résultat du dépistage antérieur

Comme soulevé par plusieurs médecins de notre étude, il semble que la **difficulté de connaître le résultat antérieur du dépistage de la patiente** est retrouvée dans la littérature. Dans notre travail cela

contribue à la réalisation de test de dépistage en dehors des recommandations et par exemple dans un intervalle plus court.

Dans une enquête auprès de médecins généralistes de l'Eure, les médecins déclaraient recevoir le résultat antérieur du dépistage réalisé par un autre intervenant dans seulement 34% des cas (80). Ce travail est cohérent avec la thèse de M. Seveno (102). Ces différents travaux soulèvent un **manque de coordination et de communication entre les différents acteurs du dépistage du CCU**.

La HAS recommande pourtant que le résultat du test soit envoyé à la patiente, à son médecin traitant et/ou au professionnel de santé ayant réalisé le test et au CRCDC (9).

Selon l'INCa, un test de dépistage peut être réalisé après 65 ans en cas d'impossibilité de vérifier que les deux derniers tests sont normaux ou en cas d'absence de suivi gynécologique régulier sans prélèvement réalisé dans les trois dernières années avant la fin du dépistage (67).

5. Forces de l'étude

Des études quantitatives ont récemment été publiées au sujet des dernières recommandations du dépistage du CCU mais il s'agit à notre connaissance de la première étude qualitative s'intéressant aux points de vue et aux pratiques des médecins généralistes concernant ces recommandations et aux facteurs explicatifs du suivi ou non de ces dernières. Le choix de cette méthode par **entretiens semi-dirigés** permet de laisser un cadre d'expression plus ouvert permettant de saisir plus précisément les représentations, les pratiques et les logiques d'actions du médecin.

Le déroulement des entretiens au calme dans les cabinets des médecins généralistes ainsi que la réalisation de l'entretien de manière individuelle a permis de réaliser des entretiens de qualité et de limiter le sentiment de jugement par des pairs.

Si notre étude ne visait pas une représentativité au sens statistique du terme, nous avons fait varier différentes données telles que l'âge, le sexe, le milieu d'exercice (urbain, rural, semi urbain) afin d'avoir un **échantillon diversifié** et de renforcer la validité de notre étude. Le croisement de ces différentes variables dans ce travail permet de souligner des faits sociaux que de prochaines études quantitatives pourront vérifier. Ainsi, ce travail participe à consolider la compréhension des pratiques des recommandations par les médecins et d'identifier les logiques d'application ou non de ces dernières.

Les informations fournies lors du premier contact avec les médecins concernant le sujet de l'entretien ont été volontairement limitées au « dépistage du cancer du CCU et à leurs pratiques de ce dernier » afin de recueillir les points de vue spontanés du médecin concernant les recommandations actuelles et d'éviter que ces derniers ne se renseignent sur le sujet en amont de l'entretien.

Le **guide d'entretien a été retravaillé à quatre reprises** afin de pouvoir faire préciser au maximum les réflexions des médecins et de soulever des questions plus précises concernant leurs raisonnements.

Une **triangulation partielle** des entretiens a été menée à l'aide d'une autre investigatrice ce qui a permis d'augmenter la validité intrinsèque de cette étude.

Enfin, cette étude remplissait la majeure partie des critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies) (Annexe 5).

6. Limites de l'étude

La méthode de recrutement choisie dans notre étude comporte certaines limites. En effet, les participants de l'étude qui ont accepté les entretiens étaient probablement intéressés par le sujet. Néanmoins, nous avons choisi de ne pas donner de limite quant au nombre de frottis réalisé dans une année afin de ne pas sélectionner uniquement des médecins ayant une pratique importante de la gynécologie et de ce fait une possible meilleure connaissance des recommandations.

Il s'agissait pour l'investigatrice de la première étude qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés. Ainsi malgré la réalisation d'un entretien test, **l'inexpérience de l'investigatrice** a entraîné une variabilité dans la qualité des entretiens.

Etant elle-même médecin généraliste, l'investigatrice de l'étude avait probablement son propre avis sur la question de recherche. Elle a pu dans ses questions ou ses réponses de relance **influencer la réponse des participants**.

Malgré la réalisation des entretiens en individuels, certains médecins ont pu se sentir évalués ou jugés par l'investigatrice.

Seul un entretien a été interrompu par des facteurs extérieurs ce qui a pu altérer certains échanges avec le médecin interrogé.

Il pouvait également être difficile pour les médecins interrogés de se souvenir de leur dernière expérience de test de dépistage.

Enfin, il aurait été pertinent qu'une triangulation de l'ensemble des entretiens soit réalisée. Aussi une étude qualitative en miroir de la perception des recommandations et du dépistage du CCU par les patientes pourrait être intéressante afin de renforcer la validité interne de cette étude.

CONCLUSIONS



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



THESE SOUTENUE PAR Mme DELHOMME Camille

CONCLUSIONS

Notre étude visait à explorer le point de vue et la pratique des médecins généralistes concernant les modalités du dépistage du cancer du col utérin quatre ans après la parution des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

La majorité des médecins de notre étude présentait une bonne connaissance du sujet. Ils trouvaient les recommandations globalement adaptées et basées sur des preuves. Certains médecins avaient cependant des réticences à changer leurs pratiques et poursuivaient un dépistage basé sur les anciennes recommandations.

Certains aspects des recommandations semblaient source de confusion pour les médecins interrogés. Il s'agissait entre autres de la limite entre le dernier test cytologique et le premier test HPV. Certains points des recommandations étaient relativement méconnus comme l'alternative de l'auto-prélèvement et ses modalités d'utilisation. Ce travail mettait également en lumière une incompréhension de plusieurs médecins concernant le système d'invitation à la participation du dépistage organisé. Les médecins se détachaient parfois du cadre recommandé par les instances de santé et la recommandation concernant l'arrêt du dépistage à 65 ans était par exemple souvent remise en question.

En s'intéressant aux facteurs influençant la mise en œuvre des recommandations, on remarquait que le médecin généraliste agissait en fonction de ses représentations, de ses expériences personnelles et professionnelles et de ses habitudes. Il prenait également en compte le parcours de la patiente, ses facteurs de risques et ses préférences. La communication et la coordination entre les différents acteurs du dépistage impactaient aussi le suivi des recommandations.

Dans la prolongation de ce travail, il pourrait être intéressant d'étudier spécifiquement les facteurs de non-application des recommandations. Cela permettrait de mieux intégrer ces facteurs dans l'établissement des recommandations de bonnes pratiques. Par ailleurs, une étude en miroir sur la perception des recommandations du point de vue des patientes serait également pertinente.

Le Président du jury,



Pr. Ph. KADHBL

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 28 Février 2024
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/donnees/#tabs>
2. Maynadié M, Arveux P, Bouvier AM, Woronoff AS, Tillier C, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. 2019.
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116022/fr/recommandation-sur-l-elargissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons
4. Uhart M, Adam M, Dahlab A, Bresse X. Loss of chance associated with sub-optimal HPV vaccination coverage rate in France. *Papillomavirus Res.* juin 2017;3:73-9.
5. Institut National du Cancer. Vaccination contre les cancers HPV - Réduire les risques de cancer [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Vaccination-contre-les-cancers-HPV>
6. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 févr 2024]. Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humains (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage. 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
7. Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'action et des comptes publics. Légifrance. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
8. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus Organisation du programme de dépistage organisé. 2022.
9. 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 [Internet]. 2019 juill. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/rapport_hpv_2019-09-09_14-20-44_251.pdf
10. Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch PP, Kyrgiou M, Prendiville WJ, Paraskevidis E. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 14 nov 2022]. p. CD008587. Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008587>
11. Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 18 oct 2007;357(16):1579-88.
12. Melnikow J, Henderson JT, Burda BU, Senger CA, Durbin S, Soulsby MA. Screening for Cervical Cancer With High-Risk Human Papillomavirus Testing: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 [cité 14 nov 2022]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses,

formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526306/>

13. Cuzick J, Szarewski A, Mesher D, Cadman L, Austin J, Perryman K, et al. Long-term follow-up of cervical abnormalities among women screened by HPV testing and cytology-Results from the Hammersmith study. *Int J Cancer*. 31 janv 2008;122(10):2294-300.
14. Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, et al. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 13 oct 2008;337(oct13 1):a1754-a1754.
15. Gilham C, Sargent A, Kitchener HC, Peto J. HPV testing compared with routine cytology in cervical screening: long-term follow-up of ARTISTIC RCT. *Health Technol Assess*. juin 2019;23(28):1-44.
16. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *BMJ*. 5 déc 2018;k4823.
17. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes: *Santé Publique*. 22 juill 2013;Vol. 25(3):255-62.
18. Bloy G, Rigal L. En quête de pertinence et d'égalité ? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent: *Rev Fr Aff Soc*. 23 nov 2019;(3):11-33.
19. Jeanne-Jehane Sassenou. Sur dépistage par frottis cervico-utérin : données de la cohorte Constances. 52p. Thèse d'exercice : Médecine : Paris Descartes : 2018.
20. Castel P. Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine: Commentaire. *Sci Soc Santé*. 2006;24(2):105.
21. Dorothée Mathonnet. Connaissances et réticences des médecins généralistes de la région PACA sur les nouvelles recommandations du test HPV. 85p. Thèse d'exercice : Médecine : Aix Marseille : 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279750/document>
22. Sarah Lieure. Pratiques actuelles de prévention du cancer du col de l'utérus chez les médecins généralistes de l'Hérault. 78p. Thèse d'exercice : Médecine : Montpellier Nimes : 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659715/document>
23. Charlotte Bompar. HPV et moyens de prévention : une enquête de pratique au sein des médecins généralistes de Bourgogne. 76p. Thèse d'exercice : Médecine : Bourgogne : 2022.
24. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne: *Santé Publique*. 1 mars 2005;Vol. 17(1):109-19.
25. Julien Burnay. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale. Etude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme. 83p. Thèse d'exercice : Médecine : Picardie - Jules Verne : 2017.
26. Anissa Sedjai. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, participation et parcours de santé des patientes concernées. 45p. Thèse d'exercice : Médecine : Aix Marseille : 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02374385v1/document>
27. Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / Enquête d'opinion auprès de 1 000 femmes / Étude médico-économique / Phase 1 [Internet]. 2015 déc. (Appui à la décision). Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et->

publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1

28. Foul M. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 3 janv 2018; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
29. Anne-Sophie Gilmardais. Modalités de la pratique du frottis cervico-utérin (FCU) en consultation de Médecine générale. Etude Observationnelle descriptive auprès des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe de Mai 2015 à Mai 2016. 52p. Thèse d'exercice : Médecine : Angers : 2017 [Internet]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137806/2017MCEM8468/fichier/8468F.pdf>
30. Imane Hariz. Connaissances des médecins généralistes d'Ile de France sur les nouvelles modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus. 51p. Thèse d'exercice : Médecine : Paris Cité : 2022.
31. Mariani L, Igidbashian S, Sandri MT, Vici P, Landoni F. The clinical implementation of primary HPV screening. Int J Gynecol Obstet. mars 2017;136(3):266-71.
32. Guerville P, Régi V, Ventelou V. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions. Etudes Résultats [Internet]. oct 2009;(708). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er708.pdf>
33. Mickaël Villeveille. La formation médicale continue des médecins généralistes en France : état des lieux, freins et leviers : Étude prospective réalisée chez les médecins généralistes libéraux de France métropolitaine. Thèse d'exercice : Médecine : Bourgogne : 2022.
34. Miller MJ, Xu L, Qin J, Hahn EE, Ngo-Metzger Q, Mittman B, et al. Impact of COVID-19 on Cervical Cancer Screening Rates Among Women Aged 21–65 Years in a Large Integrated Health Care System — Southern California, January 1–September 30, 2019, and January 1–September 30, 2020. Morb Mortal Wkly Rep. 29 janv 2021;70(4):109-13.
35. Trépos JY, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. Rev Épidémiologie Santé Publique. juill 2008;56(4):S221-9.
36. Katki HA, Kinney WK, Fetterman B, Lorey T, Poitras NE, Cheung L, et al. Cervical cancer risk for women undergoing concurrent testing for human papillomavirus and cervical cytology: a population-based study in routine clinical practice. Lancet Oncol. juill 2011;12(7):663-72.
37. Replay Webinaire CRCDC Grand Est DOCCU : Pourquoi pas de cotesting après 30 ans ? [Internet]. CRCDC Grand Est présenté à: la Semaine européenne de la prévention du cancer du col de l'utérus; 2022 janv. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=40qPDozWU3c>
38. Gimbert V. Les recommandations médicales : un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ? Cent Anal Strat [Internet]. oct 2012;(291). Disponible sur: <https://strategie.archives-spm.fr/cas/system/files/2012-10-02-recommandationsmedicales-na291.pdf>
39. Institut National du Cancer. Êtes-vous concernée par le dépistage du cancer du col de l'utérus ? [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Etes-vous-concernee#toc-je-n-ai-jamais-eu-de-rapports-sexuels>

40. Polman NJ, Ebisch RMF, Heideman DAM, Melchers WJG, Bekkers RLM, Molijn AC, et al. Performance of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse : a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* févr 2019;20(2):229-38.
41. Cécile Faverolle, Lucile Hachaguer. Évaluation des attitudes et pratiques des médecins généralistes libéraux sur la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et son impact dans leur pratique quotidienne. 164p. Thèse d'exercice : Bordeaux : 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03212668v1/document>
42. Marine Bourriot. Etude qualitative sur le point de vue des femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus mais non à jour du frottis face à un nouveau test de dépistage, l'auto-prélèvement vaginal HPV. 112p. Thèse d'exercice : Médecine : Paris : 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03420707>
43. Améli.fr [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/depistage-organise-cancer-col-uterus>
44. Institut National du Cancer. Cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux [Internet]. 2022 avr. (Recommandations et référentiels). Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-national-Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-cadre-et-modalites-de-recours-aux-autoprelevements-vaginaux>
45. Cerballiance [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Papillomavirus - Réalisez votre auto-prélèvement | Cerballiance. Disponible sur: <https://www.cerballiance.fr/fr/specialite/papillomavirus>
46. Cypath. Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus - Auto prélèvement [Internet]. [cité 24 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.cypath.fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-auto-prelevement/>
47. Pauline Decaudin. Expérience sensible des femmes non dépistées par frottis cervico-utérin ayant réalisé un test-HPV sur un échantillon vaginal auto-prélevé à l'aide d'un dispositif remis par leur médecin généraliste. 61p. Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2021 [Internet]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM095.pdf
48. Audrey Armand. Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico-utérins, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? 67p. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse 3 - Paul Sabatier : 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1436/1/2016TOU31124.pdf>
49. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Hémorragies génitales chez la femme [Internet]. 2016 [cité 24 janv 2024]. (Chapitre 10). Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-17.html>
50. Pr Courbière, Pr Carcopino. Tumeurs du col utérin. Etats précancéreux du col de l'utérus. In: *iKB Gynécologie Obstétrique*. Vernazobres-Grego; 2017.
51. Institut National du Cancer [Internet]. 2023 [cité 22 janv 2024]. Quelle place pour le co-testing dans la procédure de dépistage ? - Les réponses à vos questions Dépistage du cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-reponses-a-vos-questions/Quelle-place-pour-le-co-testing-dans-la-procedure-de-depistage>
52. Cypath [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2024]. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <https://www.cypath.fr/2021/04/12/elementor-4334/>

53. Schiffman M, Kinney WK, Cheung LC, Gage JC, Fetterman B, Poitras NE, et al. Relative Performance of HPV and Cytology Components of Cotesting in Cervical Screening. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 1 mai 2018;110(5):501-8.
54. Jin XW, Lipold L, Foucher J, Sikon A, Brainard J, Belinson J, et al. Cost-Effectiveness of Primary HPV Testing, Cytology and Co-testing as Cervical Cancer Screening for Women Above Age 30 Years. *J Gen Intern Med.* nov 2016;31(11):1338-44.
55. Cancer Council Australia - Clinical Guidelines [Internet]. 2022 [cité 24 janv 2024]. Investigation of abnormal vaginal bleeding. Disponible sur: <https://www.cancer.org.au/clinical-guidelines/cervical-cancer/cervical-cancer-screening/signs-and-symptoms/investigation-of-abnormal-vaginal-bleeding>
56. Haas JS, Sprague BL, Klabunde CN, Tosteson ANA, Chen JS, Bitton A, et al. Provider Attitudes and Screening Practices Following Changes in Breast and Cervical Cancer Screening Guidelines. *J Gen Intern Med.* janv 2016;31(1):52-9.
57. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers [Internet]. 2010 sept. (Enquêtes et sondages). Disponible sur: www.e-cancer.fr
58. Douvier S. Faut-il faire des frottis de dépistage du cancer du col utérin avant 25 ans ? [Internet]. 2011. Disponible sur: https://cngof.fr/app/pdf/ANCIENNES%20JOURN%C3%89ES//2011/2011_GM/colposcopie_et_pathologie_du_col/Faut-il_faire_des_frottis_de_depistage_du_cancer_du_col_uterin_avant_25_ans.pdf?x72671
59. Meyer R, Lemay AL, Guy X, Giraud C, Mathevet P, Flori M. Existe-t-il un intérêt à poursuivre les frottis de dépistage du cancer du col utérin après 65 ans ? Etude rétrospective sur 53 644 femmes. *Bull Cancer (Paris).* avr 2012;99(4):409-15.
60. Enderle I, Le Baccon FA, Pinsard M, Joueidi Y, Lavoué V, Levêque J, et al. Pratique du frottis cervicovaginal après 65 ans. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie.* sept 2017;45(9):478-85.
61. Australian Government and Department of Health and Aged Care. National Cervical Screening Program [Internet]. 2024 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.health.gov.au/our-work/national-cervical-screening-program/providing-cervical-screening>
62. Cancer Registry of Norway [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Cervical Cancer Screening Programme. Disponible sur: <https://www.kreftregisteret.no/en/screening/cervix/org/>
63. Sheu J, Field A, Viswanathan R, Minkowitz J, Calixte R, Lee YC. Prevalence of Positive Cervical Cancer Screening Tests Past the Age of 65 Years With Prior Adequate Negative Screening. *J Low Genit Tract Dis.* oct 2021;25(4):263-6.
64. Directorate-General for Health and Food Safety (European Commission), Karsa L von, Dillner J, Suonio E, Törnberg S, Anttila A, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening : second edition [Internet]. Publications Office of the European Union; 2015 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/859507>
65. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors: *J Low Genit Tract Dis.* avr 2020;24(2):102-31.

66. Castanon A, Green LI, Sasieni P. Impact of screening between the ages of 60 and 64 on cumulative rates of cervical cancer to age 84y by screening history at ages 50 to 59: A population-based case-control study. *Prev Med.* août 2021;149:106625.
67. Institut National du Cancer. Pourquoi de 25 à 65 ans ? - Les réponses à vos questions Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-reponses-a-vos-questions/Pourquoi-de-25-a-65-ans>
68. Jansen EEL, Zielonke N, Gini A, Anttila A, Segnan N, Vokó Z, et al. Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review. *Eur J Cancer.* mars 2020;127:207-23.
69. Institut National du Cancer. Le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 14 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-national-de-depistage#toc-vous-effectuez-des-d-pistages-du-cancer-du-col-de-l-ut-rus-aux-intervalles-recommand-s>
70. Smith M, Hammond I, Saville M. Lessons from the renewal of the National Cervical Screening Program in Australia. *Public Health Res Pract* [Internet]. 2019 [cité 28 janv 2024];29(2). Disponible sur: <http://www.phrp.com.au/?p=38288>
71. CRCDC-IDF [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique. Disponible sur: <https://www.depistage-cancers-idf.org/depistage-cancer-col-uterus-idf-en>
72. Barré S, Massetti M, Leleu H, De Bels F. Organised screening for cervical cancer in France: a cost-effectiveness assessment. *BMJ Open.* oct 2017;7(10):e014626.
73. Blondeau E. Analyse des pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages femmes du réseau de santé en périnatalité d'Auvergne [Mémoire pour le diplôme de sage femme]. Clermont-Auvergne; 2022.
74. Wright JD, Chen L, Tergas AI, Melamed A, St. Clair CM, Hou JY, et al. Overuse of Cervical Cancer Screening Tests Among Women With Average Risk in the United States From 2013 to 2014. *JAMA Netw Open.* 29 avr 2021;4(4):e218373.
75. Howard DL, Hostetter SS, Hunter J, Johnson N, Cooper S, Malnar G. Women's understanding of the term « Pap smear ». *Matern Child Health J.* juill 2015;19(7):1455-63.
76. Monsonégo J. Dépistage de cancer du col : le point sur les recommandations [Internet]. Présentation Journal Gynécologie et Obstétrique Pratique présenté à; 2023 avr 19. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/axistv/video/depistage-cancer-col-point-sur-recommandations>
77. Coldman AJ, Phillips N, van Niekerk D, Smith L, Krajden M, Cook D, et al. Projected Impact of HPV and LBC Primary Testing on Rates of Referral for Colposcopy in a Canadian Cervical Cancer Screening Program. *J Obstet Gynaecol Can.* mai 2015;37(5):412-20.
78. Gottschlich A, Gondara L, Smith LW, Anderson JJ, Cook D, Krajden M, et al. Colposcopy referral rates post-introduction of primary screening with human papillomavirus testing: evidence from a large British Columbia cohort study. *Lancet Reg Health - Am.* oct 2023;26:100598.

79. Anthony Brou. Les patientes préfèrent-elles un médecin généraliste de sexe féminin pour leur suivi gynécologique ? : thèse quantitative dans le Sud Manche. Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2022.
80. Aurore Couturier. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale : stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. 72p. Thèse d'exercice : Médecine : Montpellier : 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/1701726>
81. Maëva Beauvallet. Description, chez les médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire, de la pratique des prélèvements cervico-utérins au cabinet et de l'application de la nouvelle recommandation concernant le dépistage du cancer du col utérin par prélèvements cervico-utérins avec analyse de l'HPV parue en juillet 2019. 56p. Thèse d'exercice : Médecine : Tours : 2022 [Internet]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2022_Medecine_BeauvalletMaeva.pdf
82. Bellaton Noëlie, Amandine Chambost. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients. 179p. Thèse d'exercice : Médecine : Claude Bernard - Lyon 1 : 2018.
83. Léa Cousseau. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. 63p. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse 3 - Paul Sabatier : 2015 [Internet]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/739/1/2015TOU31006.pdf>
84. Bajos N, Bozon M. Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fichier/rte/2/Publications/Autres/CSF-dossierdepresse0307.pdf>
85. Victorine Coulon Pernodet. Gestion de l'intime lors des consultations gynécologiques en médecine générale : entretiens semi dirigés menés auprès des médecins généralistes de Bourgogne Franche Comté. 67p. Thèse d'exercice : Médecine : Bourgogne : 2022.
86. Marc Chanelière. Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes : Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. 183p. Thèse d'exercice : Médecine : Claude Bernard -Lyon 1 : 2005 [Internet]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_CHANELIERE_Marc.pdf
87. Gauthier Cadic. L'anxiété liée à l'incertitude en médecine générale. Étude du genre, des années d'expérience, du type d'exercice et de la région de travail comme déterminants des réactions des médecins face à l'incertitude. 42 p. Thèse d'exercice : Médecine : Bretagne Occidentale : 2021.
88. Belhomme N, Jegou P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. Rev Médecine Interne. juin 2019;40(6):361-7.
89. Obermair HM, Dodd RH, Bonner C, Jansen J, McCaffery K. « It has saved thousands of lives, so why change it? » Content analysis of objections to cervical screening programme changes in Australia. BMJ Open. 13 févr 2018;8(2):e019171.
90. Holt HK, Flores R, James JE, Waters C, Kaplan CP, Peterson CE, et al. A qualitative study of primary care clinician's approach to ending cervical cancer screening in older women in the United States. Prev Med Rep. 7 nov 2023;36:102500.
91. Roura E, Castellsagué X, Pawlita M, Travier N, Waterboer T, Margall N, et al. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: Results from the EPIC cohort: Smoking and cervical cancer in EPIC. Int J Cancer. 15 juill 2014;135(2):453-66.

92. Khani Jeihooni A, Jormand H, Harsini PA. The effect of educational program based on beliefs, subjective norms and perceived behavior control on doing pap-smear test in sample of Iranian women. *BMC Womens Health*. 6 août 2021;21(1):290.
93. Arrivillaga M, Bermúdez PC, García-Cifuentes JP, Rodríguez-López M, Neira D, Vargas-Cardona HD. Women's critical experiences with the pap smear for the development of cervical cancer screening devices. *Heliyon*. mars 2023;9(3):e14289.
94. Weber A, Lémery B, Millot I. Prévention des cancers gynécologiques : Points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://orsbourgogne.free.fr/Etudemed.pdf>
95. Stéphane Rolin. Difficultés des médecins à dire "non" à leurs patients : ressenti des médecins généralistes de Picardie. 110p. Thèse d'exercice : Médecine : Picardie - Jules Verne : 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03673437/document>
96. Girer M. Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. *Sci Soc Santé*. mars 2014;32(1):29-37.
97. Nemeč M, Waller J, Barnes J, Marlow LAV. Acceptability of extending HPV-based cervical screening intervals from 3 to 5 years: an interview study with women in England. *BMJ Open*. mai 2022;12(5):e058635.
98. Hill E, Nemeč M, Marlow L, Sherman SM, Waller J. Maximising the acceptability of extended time intervals between screens in the NHS Cervical Screening Programme: An online experimental study. *J Med Screen*. 1 sept 2021;28(3):333-40.
99. Odile Ripart. Dépistage du cancer du col de l'utérus: état des lieux des pratiques de dépistage et des connaissances des patientes depuis la mise en place du dépistage organisé et du test HPV dans les Pyrénées Atlantiques (64). 68p. Thèse d'exercice : Bordeaux : 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04266721v1/document>
100. McBride E, Marlow LAV, Forster AS, Ridout D, Kitchener H, Patnick J, et al. Anxiety and distress following receipt of results from routine HPV primary testing in cervical screening: The psychological impact of primary screening (PIPS) study. *Int J Cancer*. 15 avr 2020;146(8):2113-21.
101. Foy R. Meta-analysis : Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Ann Intern Med*. 16 févr 2010;152(4):247.
102. Maud Seveno. Facteurs déterminants l'implication des médecins généralistes des Bouches du Rhône dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. 90 p. Thèse d'exercice : Médecine : Aix Marseille :2022 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03800130v1/document>

1. Annexe 1 : Guide d'entretien version 1

Bonjour, nous allons discuter du dépistage du cancer du col de l'utérus. Tout d'abord souhaitez-vous que l'on se tutoie ou que l'on se vouvoie ?

Pour rappel cet entretien sera enregistré et retranscrit mais il restera strictement anonyme. Pour débiter je souhaite juste vous rappeler qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je vais parfois vous poser des questions qui peuvent vous paraître simples ou absurdes mais c'est important pour moi de bien comprendre votre point de vue.

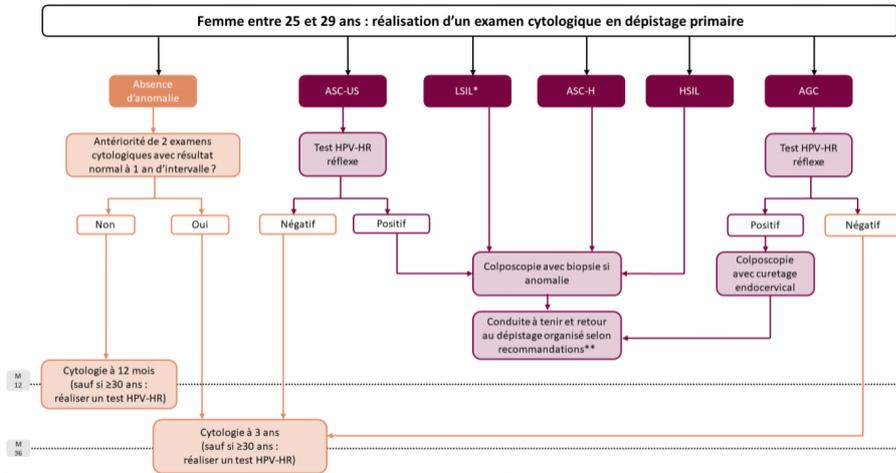
| | |
|--|--|
| Caractéristiques socio-démographiques | <p>Pourriez-vous vous présenter ? Comment êtes-vous devenu médecin généraliste ? Depuis quand exercer vous la médecine générale ? Avez-vous toujours été dans ce cabinet ou cette maison de santé ? Quel est votre type d'exercice ? Avez-vous un diplôme spécifique en gynécologie ? Quelle est votre pratique actuelle de la gynécologie ? Quelle est votre année de naissance ou en quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?</p> <p>Pouvez-vous me décrire votre patientèle ?</p> |
| Pratiques concernant le dépistage | <p>Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulé la dernière fois que vous avez réalisé un frottis ? Ce sera quand la prochaine fois que vous allez revoir cette patiente ? Comment est-ce que vous prévoyez de la revoir ? Votre dernière patiente avait « ... » âge. En général de quel âge à quel âge réalisez-vous le dépistage par un test HPV ? Si vous pouviez réaliser le suivi « parfait » selon vous chez une patiente, pouvez-vous me le décrire ? Que pensez-vous de la réalisation d'un dépistage après 65 ans / avant 25 ans ?</p> <p>Racontez-moi les situations où vous avez rencontré des difficultés, obstacles à la réalisation du test ?</p> <p>Expliquez-moi, comment est-ce que vous amenez au cours de votre consultation la réalisation du dépistage auprès de vos patientes ? Dans quelles situations proposez-vous la réalisation du frottis ? Quelles explications donnez-vous ? Quelles sont en général les réactions de vos patientes ? Comment installer vous la patiente ?</p> <p>Que pensez-vous des auto-prélèvements ? Proposez-vous des auto-prélèvements ?</p> |
| Formations et informations (Recommandations) | <p>Que pensez-vous des recommandations actuelles concernant le dépistage du cancer du col ? Comment considérez-vous le changement de ces recommandations en 2019 ? Par quels moyens avez-vous entendu parler de ces nouvelles recommandations ? Mettez-vous en application ces recommandations ? Si vous ne le suivez pas, que réalisez-vous comme type de dépistage ? Si vous ne les suivez pas, pour quelles raisons ?</p> <p>Quelle est la pertinence des recommandations selon vous ? Comment pourrait-on améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus selon vous ? A votre avis quels pourraient être les évolutions de ces recommandations dans les prochaines années ?</p> |
| Pour conclure, revenons sur des éléments de votre vie et de votre parcours | <p>Accepteriez-vous de m'en dire un peu plus sur votre suivi gynécologique en tant que patiente ? Auprès de quel professionnel de santé réalisez-vous ce suivi ? Avez-vous des enfants qui bénéficient du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Avez-vous une compagne qui bénéficie du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Qu'en savez-vous ? En parlez-vous avec elle(s) ?</p> <p>Notre entretien touche à sa fin, est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?</p> |

2. Annexe 2 : Guide d'entretien version 4

Bonjour, nous allons discuter du dépistage du cancer du col de l'utérus. **Tout d'abord souhaitez-vous que l'on se tutoie ou que l'on se vouvoie ?** Pour rappel cet entretien sera enregistré et retranscrit mais il restera strictement anonyme. Pour débiter je souhaite juste vous rappeler qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je vais parfois vous poser des questions qui peuvent vous paraître simples ou absurdes mais c'est important pour moi de bien comprendre votre point de vue.

| | |
|--|---|
| Caractéristiques socio-démographiques | <p>Pourriez-vous vous présenter ? Pourriez-vous m'en dire plus sur votre cursus ? Quelle est votre année de naissance ? Quel est votre type d'exercice ? Quelle est votre formation en gynécologie (diplômes) ? Quelle est votre pratique de la gynécologie ? Recevez-vous des patientes d'autres cabinets ou collègues pour de la gynécologie ? Pouvez-vous me décrire votre patientèle ?</p> |
| Pratiques concernant le dépistage | <p>Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulé la dernière fois que vous avez réalisé un frottis ? Quand allez-vous revoir cette patiente ? Comment est-ce que vous prévoyez de la revoir ?</p> <p>Votre dernière patiente avait « ... » âge. En général de quel âge à quel âge réalisez-vous le dépistage par un test HPV ? Pouvez-vous me décrire le suivi « parfait » selon vous chez une patiente ? Comment faites-vous à la charnière entre le prélèvement théorique des 29 ans et le premier test HPV ? Quel suivi feriez-vous chez une femme de 28 ans et de 35 ans qui viendrait pour son premier test de dépistage parce qu'elle n'avait pas eu de rapport jusque-là ?</p> <p>Que pensez-vous de la réalisation d'un dépistage après 65 ans et avant 25 ans ? Vous arrive-t-il d'en faire ? Quelles seraient les raisons qui vous pousseraient à réaliser un frottis en dehors des âges de dépistage ? Pourriez-vous me donner des exemples ?</p> <p>Avez-vous déjà utilisé le co-testing ? dans quelles situations ? Qu'en attendez-vous ? Comment réagissez-vous face à un test de dépistage primaire positif ?</p> <p>Que pensez-vous des auto-prélèvements ? Proposez-vous des auto-prélèvements ? Sauriez-vous comment vous y prendre concrètement si vous le proposiez à une patiente ?</p> |
| Formations et informations (Recommandations) | <p>Que pensez-vous des recommandations actuelles concernant le dépistage du cancer du col ? Par quels moyens avez-vous entendu parler de ces nouvelles recommandations ? Qu'est-ce qui vous pousse à suivre / ou non les dernières recommandations ? Si pas de suivi des recos : Pensez-vous modifier votre pratique en ayant la connaissance de ces nouvelles recos ? Qu'est-ce qui vous inquiète dans l'intervalle à 5 ans ? Avez-vous trouvé les recommandations faciles à appliquer ? Comment pourrait-on améliorer le dépistage du CCU selon vous ?</p> <p>Quelles ont été les réactions de vos patientes au changement des recommandations ?</p> |
| Pour conclure, revenons sur des éléments de votre vie et de votre parcours | <p>Accepteriez-vous de m'en dire un peu plus sur votre suivi gynécologique en tant que patiente ? Avez-vous des enfants (ou une compagne) qui bénéficient du dépistage du CCU ? Qu'en savez-vous ? En parlez-vous avec eux ? Notre entretien touche à sa fin, est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?</p> |

3. Annexe 3 : Algorithme de prise en charge du dépistage avant 30 ans selon l'INCa (8)



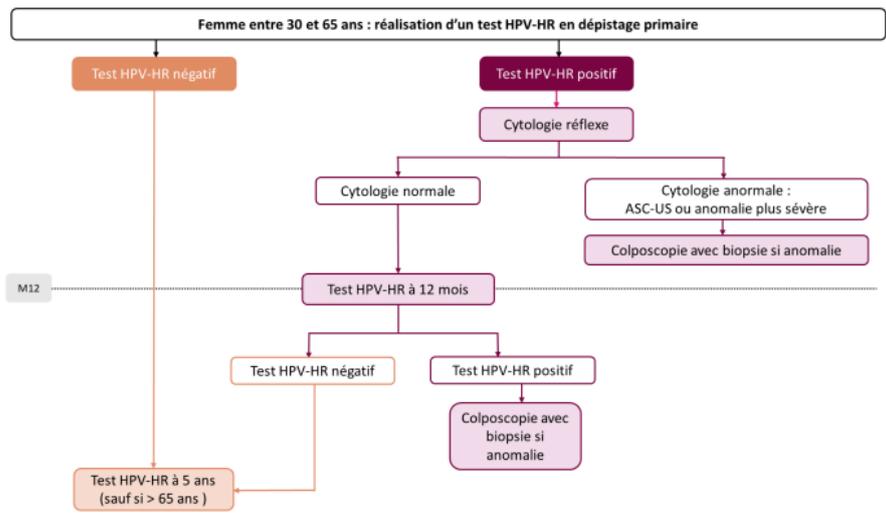
Option : En cas de résultat ASC-US ou L-SIL il est possible de réaliser un double immunomarquage p16/Ki67 en test de triage.
 - En cas de résultat positif une colposcopie sera réalisée.
 - En cas de résultat négatif une cytologie devra être réalisée 12 mois plus tard (ou un test HPV-HR si la femme à 30 ans ou plus).

*En cas d'impossibilité de réaliser une colposcopie ou un double immunomarquage, une cytologie peut être proposée à 12 mois avec un contrôle à 24 mois. Dès la 2ème anomalie à la cytologie, la colposcopie devient indispensable.
 ** Se référer aux recommandations de l'INCa : « Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale », décembre 2016

Source : 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 », Recommandation en santé publique, juill. 2019.

Source : Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale. Thésaurus, Collection recommandations et référentiels, INCa, décembre 2016

4. Annexe 4 : Algorithme de prise en charge du dépistage après 30 ans selon l'INCa (8)



Source : 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 », Recommandation en santé publique, juill. 2019.

5. Annexe 5 : Grille COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

| | |
|---|---|
| Caractéristiques personnelles | |
| 1. Enquêteur | DELHOMME Camille |
| 2. Titre académique | Aucun |
| 3. Activité | Remplaçante en médecine générale |
| 4. Genre | Femme |
| 5. Expérience et formation | Première expérience de recherche qualitative |
| Relation avec les participants | |
| 6. Relation antérieure | La majorité des participants n'était pas connue de l'investigatrice |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Information fournie au médecin concernant le déroulé de l'entretien et le sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus sans détail sur les recommandations |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur | Statut de remplaçante en médecine générale, obtention du DIU de gynécologie médicale |

Domaine 2 : Conception de l'étude

| | |
|--|---|
| Cadre théorique | |
| 9. Orientation méthodologique et théorique | Analyse phénoménologique |
| Sélection des participants | |
| 10. Echantillonnage | Ciblé + Boule de neige + Bouche à oreille |
| 11. Prise de contact | Secrétariat du médecin - e-mail - téléphone |
| 12. Taille de l'échantillon | 12 |
| 13. Non-participation | Non comptabilisée. Refus principalement en raison de l'absence de réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. |
| Contexte | |
| 14. Cadre de la collecte de données | Entretiens réalisés au cabinet médical des médecins |
| 15. Présence de non-participants | Interruption par une interne lors d'un entretien |
| 16. Description de l'échantillon | Médecins généralistes exerçants en Côte d'Or et réalisant le dépistage du cancer du col de l'utérus |
| Recueil des données | |
| 17. Guide d'entretien | Guide d'entretien non fourni aux participants de l'étude. Questions principalement ouvertes. Révision du guide avec 4 versions. |
| 18. Entretiens répétés | Non |

| | |
|---------------------------------|--|
| 19. Enregistrement audio/visuel | Enregistrement audio systématique après consentement oral du participant |
| 20. Cahier de terrain | Journal de bord tenu par l'investigatrice au long de l'étude |
| 21. Durée | Entre 26 et 60 minutes |
| 22. Seuil de saturation | Entretiens stoppés à suffisance des données jugées par l'investigatrice |
| 23. Retour des retranscriptions | Non |

Domaine 3 : Analyse et résultats

| | |
|--|--|
| Analyses des données | |
| 24. Nombre de personnes codant les données | Une investigatrice Triangulation partielle par une autre enquêtrice |
| 25. Description de l'arbre de codage | Non |
| 26. Détermination des thèmes | Thèmes identifiés à partir des données de l'entretien |
| 27. Logiciel | Logiciel Word |
| 28. Vérification par les participants | Non |
| Rédaction | |
| 29. Citations présentées | Oui |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Oui |
| 31. Clarté des thèmes principaux | Oui |
| 32. Clarté des thèmes secondaires | Oui |

TITRE DE LA THESE : POINTS DE VUE ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS DE 2019 SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS. ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DE COTE D'OR.

AUTEUR : DELHOMME CAMILLE

RESUME :

INTRODUCTION : LE CANCER DU COL DE L'UTERUS TUE ENVIRON 1000 FEMMES PAR AN EN FRANCE. DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE DEPISTAGE ONT ETE ETABLIES PAR LA HAS EN 2019. CETTE ETUDE AVAIT POUR OBJECTIF D'EXPLORER LE POINT DE VUE ET LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT CES RECOMMANDATIONS ET DE COMPRENDRE LES FACTEURS INFLUENÇANT LEUR MISE EN ŒUVRE.

METHODE : UNE ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI DIRIGES INDIVIDUELS A ETE MENEES EN COTE D'OR CHEZ DES MEDECINS GENERALISTES REALISANT LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.

RESULTATS : LES MEDECINS INTERROGES ETAIENT AU NOMBRE DE 12. LES RECOMMANDATIONS SEMBLAIENT MAJORITAIREMENT CONNUES DE CES DERNIERS. L'ARTICULATION ENTRE LES DEUX TYPES DE TESTS DE DEPISTAGE N'ETAIT CEPENDANT PAS CLAIRE. ILS NE COMPRENAIENT PAS L'ORGANISATION DU SYSTEME D'INVITATION AU DEPISTAGE ORGANISE. LES MODALITES D'UTILISATION PRATIQUE DE L'AUTO PRELEVEMENT ETAIT PEU CONNUES. L'AGE DE FIN DE DEPISTAGE ETAIT SOUVENT REMIS EN QUESTION. LES MEDECINS SEMBLAIENT ACCORDER DE L'IMPORTANCE A LEURS EXPERIENCES, AU PARCOURS ET AUX PREFERENCES DE LEURS PATIENTES.

CONCLUSION : SI LES RECOMMANDATIONS ETAIENT GLOBALEMENT PERÇUES COMME ADAPTEES, CERTAINS ASPECTS RESTAIENT CONFUS POUR LES MEDECINS INTERROGES ET NECESSITERAIENT DES PRECISIONS. LES MEDECINS SE DETACHAIENT DES RECOMMANDATIONS DANS DES SITUATIONS PARTICULIERES. LA SEULE CONNAISSANCE THEORIQUE DES RECOMMANDATIONS NE SUFFISAIT PAS A EXPLIQUER LEUR APPLICATION. IL EST IMPORTANT DE S'INTERESSER A LA SINGULARITE DE LA SITUATION, DE LA RELATION MEDECIN PATIENT ET A LA COMMUNICATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DU DEPISTAGE POUR MIEUX COMPRENDRE LES FACTEURS D'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS.

MOTS-CLES : RECOMMANDATIONS – DEPISTAGE – CANCER DU COL DE L'UTERUS – MEDECINS GENERALISTES