



# Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes

Karine Carles Ferreira

## ► To cite this version:

Karine Carles Ferreira. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00932139>

**HAL Id: dumas-00932139**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00932139>**

Submitted on 16 Jan 2014

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

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



FACULTE DE MEDECINE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Thèse pour le diplôme de DOCTEUR en MEDECINE GENERALE

Par CARLES Karine épouse FERREIRA

Née le 16/08/1983 à Brou-sur-Chantereine

**Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation  
gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes  
Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi**

Enquête qualitative auprès de 43 patientes

Présentée et soutenue publiquement le 7 mai 2013 à 19h

Directeur de thèse : Dr COSSERAT Didier

Président du jury : Pr BONGAIN André

Membres du jury :

Pr HOFLIGER Philippe

Pr PRADIER Christian

Dr TOUBOUL Pia

Dr DELOTTE Jérôme

## UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTE DE MEDECINE

---

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Assesseurs</b>	M. BOILEAU Pascal
	M. HEBUTERNE Xavier
	M. LEVRAUT Jacques
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	M. SCALABRE Grégory
<b>Chef des services administratifs</b>	Mme HIZEBRY Valérie
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël
	M. RAMPAL Patrick
<b>Professeurs Honoraires</b>	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BALAS Daniel	M. LAPALUS Philippe
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FREYCHET Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. HARTER Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel

**M.C.A. Honoraire**

**M.C.U. Honoraires**

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. SCHNEIDER Maurice

M. SERRES Jean-Jacques

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. ZIEGLER Gérard

Mlle ALLINE Madeleine

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIREE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)

M.	QUATREHOMME G�erald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato-Gastroentérologie (52.01)

#### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M. GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

**PROFESSEURS ASSOCIES**

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme.	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

**PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE**

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNE Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## **REMERCIEMENTS**

Je souhaitais remercier le Pr Bongain d'avoir si gentiment accepté de présider ma thèse et de juger mon travail.

Un grand merci à toi Didier pour m'avoir ouvert à la médecine générale comme tu l'as fait, sans toi je serais probablement urgentiste... Merci du temps que tu m'as accordé, tu fais une médecine admirable et ton engagement auprès de diverses causes rend ta personne encore plus belle. N'arrête jamais surtout ...

Merci au Pr Pradier également de prendre le temps de juger mon travail.

Merci au Dr Touboul qui m'a sincèrement beaucoup aidée pour la conception d'une étude qualitative qui semblait quelque chose de complètement abstrait pour moi avant. Merci de m'avoir éclairée et guidée.

Merci à vous Pr Hofliger pour ce que vous donnez aux étudiants et pour votre investissement pour la médecine générale, pour qu'elle soit vue comme une grande discipline, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Merci à toi Jérôme d'avoir accepté d'être mon invité, merci d'être un gynécologue à l'écoute de tes patientes, j'ai beaucoup appris à tes côtés. Tu as toujours fait preuve d'une grande disponibilité. Le travail à tes côtés est passionnant.

Un très grand merci enfin à toutes ces femmes que je ne connaissais pas et qui m'ont accueillie dans leur foyer, merci pour leur disponibilité et leur franc parler, merci de m'avoir ouvert les yeux sur ce que veulent les femmes et non sur ce que les médecins voudraient croire. Vous m'avez encouragée dans mon travail qui n'était pas simple, sans vous ce travail n'aurait pu être possible.

Merci à toi mon amour, d'être là chaque jour, parce que sans toi rien n'aurait été pareil, je t'aime profondément, et ça me donne la force de toujours donner plus. Parce que tu as été le témoin de ma réussite au concours de première année de médecine et que depuis ce jour tu m'as toujours soutenue. Merci pour ta patience et ton aide précieuse. Tu fais de moi une femme heureuse.

Merci mon prince des bacs à sable, mon Gianni qui a donné un nouveau tournant à ma vie, ton sourire et tes câlins me rendent tellement heureuse.

A toi petit être que je porte et qui sera le témoin privilégié le jour où je présenterai cette thèse ... Grâce à toi je me sentirai plus forte.

Merci à mes parents qui ont toujours été là pour moi, m'ont toujours suivie, et partagé mes espoirs... Merci pour votre présence et votre soutien. Parce que vous êtes tout pour moi.

Merci à mon double, toi qui as toujours été si proche de moi... Toi qui connais tout de ma vie ou presque à la minute où je la vis. Merci d'avoir toujours été là pour m'écouter.

Merci à mon frère, avec qui je n'ai pas toujours été facile, mais c'est parce que je t'aime.

Merci Shou, pour tout ce que tu as toujours été pour moi, pour ton franc-parler, pour ta confiance, pour ta sincérité, parce que tu m'as toujours aidée quand je perdais pied.

A toi Babou, merci, merci pour ton amour, et ta fidélité qui n'a jamais failli au fils des années. Les kilomètres n'ont jamais rien modifié.

Merci à vous mes amis niçois, Nico, Tev, Elisa, Jess, Justine, Fanny, Charlotte, Emilie et tous ceux que je ne vais pas citer mais qui sont toujours là ...

Merci à toi Alexandra d'avoir pris le temps de m'expliquer ce logiciel qui me semblait complètement insurmontable à mes débuts.

Merci Laurence pour votre aide précieuse, pour m'avoir soutenue jusqu'au bout ...et m'avoir aidée sur mon guide d'entretien.

Un grand merci à tous les chefs qui m'ont ouvert les yeux sur beaucoup de choses, merci de m'avoir fait confiance plus d'une fois alors que je débutais ... merci d'avoir cru en moi.

**ABBREVIATIONS:**

**HSIL:** High Grade Squamous Intraepithelial Lesion

**LSIL:** Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion

**ASCUS:** Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

**AIS:** Adénocarcinome in situ

**HAS:** Haute Autorité de Santé

***« La nature, qui ne nous a donné qu'un seul organe pour la parole, nous en a donné deux pour l'ouïe, afin de nous apprendre qu'il faut plus écouter que parler. »***

(Proverbe turc)

Celui-ci illustre parfaitement cette thèse qui m'a permis en écoutant ces femmes de comprendre ce qui nous faisait défaut.

## SOMMAIRE

1. <u>Introduction</u> .....	16
1.1. Problématique .....	16
1.2. Objectifs de l'étude .....	18
2. <u>Matériel et méthodes</u> .....	18
2.1. Choix de la méthode .....	18
2.2. Etapes nécessaires à la réalisation de la méthode .....	20
3. <u>Résultats</u> .....	27
3.1. Déroulement du suivi gynécologique .....	27
3.2. Suivi gynécologique et activité sexuelle, peut-on évoquer un lien de causalité ? .....	32
3.3. Moteurs à la consultation .....	34
3.4. Freins à la consultation .....	36
3.5. Ressenti sur le dépistage du cancer du col de l'utérus .....	40
3.6. Ressenti sur le dépistage du cancer du sein .....	41
3.7. Pistes d'amélioration pour le suivi gynécologique de ces patientes .....	42
4. <u>Discussion</u> .....	48
4.1. De la méthodologie .....	48
4.2. Discussion des résultats obtenus .....	51
5. <u>Ouverture</u> .....	63
5.1. Ouverture sur les différents projets mis en place sur le plan national pour améliorer le suivi .....	63
5.2. Place du médecin traitant dans ce suivi gynécologique de 50 à 65 ans .....	65
5.3. Ouverture sur ce qui se fait chez nos voisins .....	66
6. <u>Conclusion</u> .....	69
<u>Bibliographie</u> .....	70
<u>Annexes</u> .....	74
<u>Tables des matières</u> .....	83
<u>Résumé</u> .....	86
<u>Serment d'Hippocrate</u> .....	87

# **1. INTRODUCTION**

## **1.1. Problématique**

Le sujet de cette thèse a été inspiré par une patiente qui m'a profondément touché. Elle s'est un jour présentée pour sa consultation de suivi d'un cancer du col de l'utérus avancé, nécessitant une thérapeutique lourde avec chirurgie et chimiothérapie. A tout juste 52 ans, elle me dit : « Docteur, vous pensez que je dois avancer la date du mariage de ma fille, qui est prévu dans 8 mois ? ». Cette perspective d'imaginer une femme démunie face à la maladie, une maladie à laquelle un simple dépistage aurait pu éviter d'aboutir à cette situation, m'a amenée à penser qu'en France nous possédions tous les moyens pour avoir une médecine performante, mais qu'apparemment tout le monde n'en bénéficiait pas. Je me suis alors posée la question de ce qui avait pu conduire cette patiente à ne pas réaliser le dépistage si facilement proposé de 25 à 65 ans. Quels étaient les éléments qui avaient conduit cette femme à ne pas bénéficier d'un suivi pourtant si facile d'accès ? Quelles étaient les motivations à cet arrêt prématuré de suivi ?

C'est à partir d'une enquête qualitative réalisée auprès de 43 patientes que j'ai voulu répondre à cette question. Quels sont alors les freins et les moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes ? Dans quelle mesure, nous, médecins généralistes, acteurs de la prévention primaire, sommes-nous susceptibles de les aider dans leurs prises en charge ? A-t-on les moyens de le faire ?

Cette thèse est écrite en accord avec le plan cancer 2009-2013, et d'après les recommandations publiées par l'HAS [6]. Il a été observé que 50 % des femmes ne sont pas

ou trop peu dépistées, 40 % des femmes ont un « surdépistage » et seulement 10 % respectent l'intervalle recommandé.

Une thèse se rapproche de la nôtre par son thème mais cible une population de femmes plus vaste, soit de 18 à 65 ans et explore le ressenti des femmes sur leur suivi gynécologique et fais donc émaner différents freins à la consultation [5].

Si l'on s'intéresse à la tranche d'âge de 50 à 65 ans le dépistage du cancer du col de l'utérus était de 35% en 2000 [7]. Les départements pilotes actuels que sont l'Isère, le Bas Rhin, le Haut Rhin et la Martinique pour un dépistage organisé et non individuel du cancer du col de l'utérus possèdent un taux de couverture nettement plus important avec des chiffres estimés respectivement à 66.4%, 62.7%, 58.7% et 39.2% pour cette tranche de population. A ces départements pilotes se sont progressivement associés 6 autres départements devant le succès de la démarche en 2010.

Il a également été étudié, sur ces départements pilotes, l'impact de l'âge et son intrication avec le type de lésions objectivées. Il a été noté que les lésions de type ASCUS, les frottis présentant des atypies cellulaires glandulaires, avec des LSIL, HSIL diminuent après 50ans. Mais les anomalies évocatrices de cancer sur les frottis (carcinomes épidermoïdes, AIS, adénocarcinomes et cancers sans précision) sont en augmentation avec l'âge, avec un pic plus marqué entre 60 et 65 ans.

Un impact significatif du dépistage organisé a également été noté chez les femmes âgées de 50 à 65 ans (+ 8.5 % de couverture) [7].

## **1.2. Objectifs de l'étude**

Cette étude a été réalisée pour déterminer les facteurs influençant le suivi gynécologique des patientes de notre département des Alpes Maritimes, à partir de ces facteurs pourra être déterminée la place du médecin traitant pour améliorer ce suivi qui apparaît souvent insuffisant. Le ressenti de ces femmes sur leur suivi gynécologique permet de mettre en avant des pistes d'amélioration pour permettre un suivi plus adapté à cette population.

L'objectif principal étant de déterminer les freins et les moteurs à la consultation gynécologique sur une population ciblée de femmes de 50 à 65 ans, une population chez laquelle il a été objectivé une diminution du taux de couverture pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'objectif secondaire étant de définir la place du médecin traitant dans l'amélioration de ce suivi.

## **2. MATERIEL ET METHODES**

### **2.1. Choix de la méthode**

Cette méthode qualitative a été retenue pour explorer un terrain inconnu sur lequel aucun sujet n'avait été précisément publié sur la tranche d'âge de 50 à 65ans. Cette étude a permis d'obtenir un éventail d'idées, de réactions et d'expériences personnelles. Les entretiens individuels ont été privilégiés, car les « focus group » sont complexes à réaliser sur un sujet qui apparaît difficile à aborder pour certaines femmes. Les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés sont bien connus et décrits, cependant ils ne

permettent pas de répondre aux questions soulevées par l'exercice quotidien [3]. La recherche qualitative permet de combler ce manque. C'est pourquoi devant l'intitulé de la question cette méthode s'est imposée.

Cette étude est basée sur une enquête qualitative semi-dirigée auprès de 43 patientes localisées dans les Alpes Maritimes. Les entretiens ont été réalisés soit en face à face, soit par téléphone lorsque les rencontres ne pouvaient être réalisées. Les patientes ont été recrutées par la méthode de « snowball » : méthode de recrutement où chaque patiente interrogée a transmis les coordonnées d'autres personnes qu'elle possédait. Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, les fautes ont également été retranscrites, pour ne pas modifier l'authenticité des entretiens. Un premier recrutement a été tenté, en envoyant par l'intermédiaire de mail à plus d'une cinquantaine d'associations diverses la fiche de recrutement ainsi que mes coordonnées pour la réalisation de l'étude.

Aucune réponse n'a été obtenue par cette méthode, devant la nature du sujet notamment qui reste très tabou pour beaucoup de femmes, des personnes contactées par téléphone au hasard dans l'annuaire téléphonique et appartenant aux tranches d'âges suggérées ont immédiatement interrompu la discussion lorsqu'il a été précisé que nous souhaitions obtenir leur ressenti sur leur suivi gynécologique.

La réalisation d'entretien à domicile a également été parfois difficile à réaliser, ainsi que les entretiens sur le lieu de travail des patientes devant la nature du sujet, très intime. Les

entretiens téléphoniques qui ont pu être réalisés se sont faits car les patientes se situaient dans un périmètre géographique trop éloigné, ou lorsqu'elles possédaient un emploi du temps ne leur permettant pas de me recevoir.

## **2.2. Etapes nécessaires à la réalisation de la méthode**

### **2.2.1. Elaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été réalisé en plusieurs étapes, et corrigé plusieurs fois par le Dr Touboul qui m'a apporté une aide précieuse dans sa réalisation. Tantôt trop directif, tantôt très évasif, plusieurs tentatives ont été nécessaires, soit environ un mois de reformulation avant d'élaborer le guide définitif qui a été testé auprès de 3 patientes dont l'âge était identique à celui proposé dans l'étude.

Celui-ci a été construit en le présentant selon différents chapitres :

- Expériences et vécu gynécologique
- Suivi gynécologique et sexualité
- Freins et moteurs à la consultation gynécologique
- Ressenti sur les dépistages proposés dans cette tranche de population
- Pistes pour une amélioration du suivi

### 2.2.2. Recrutement de l'échantillonnage théorique

Les patientes ont été recrutées par la méthode de « snowball » comme précédemment citée, avec un échantillon qui s'est naturellement constitué d'une population très variée. Le recrutement a été réalisé après avoir défini des critères d'inclusion et exclusion qui sont les suivants :

- *Critères d'inclusion* :

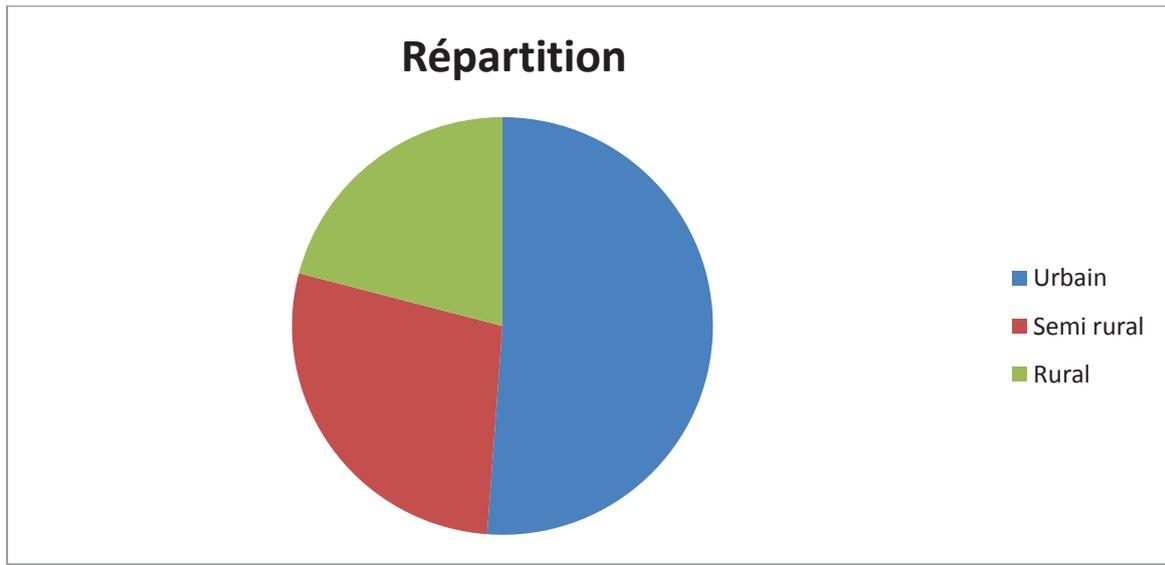
- \* être une femme résidant dans les Alpes Maritimes
- \* avoir entre 50 et 65 ans

- *Critères d'exclusion* :

- \* ne pas répondre aux critères d'âge strict
- \* être une femme médecin (pour ne pas biaiser les résultats de l'étude)
- \* ne pas vivre dans le département

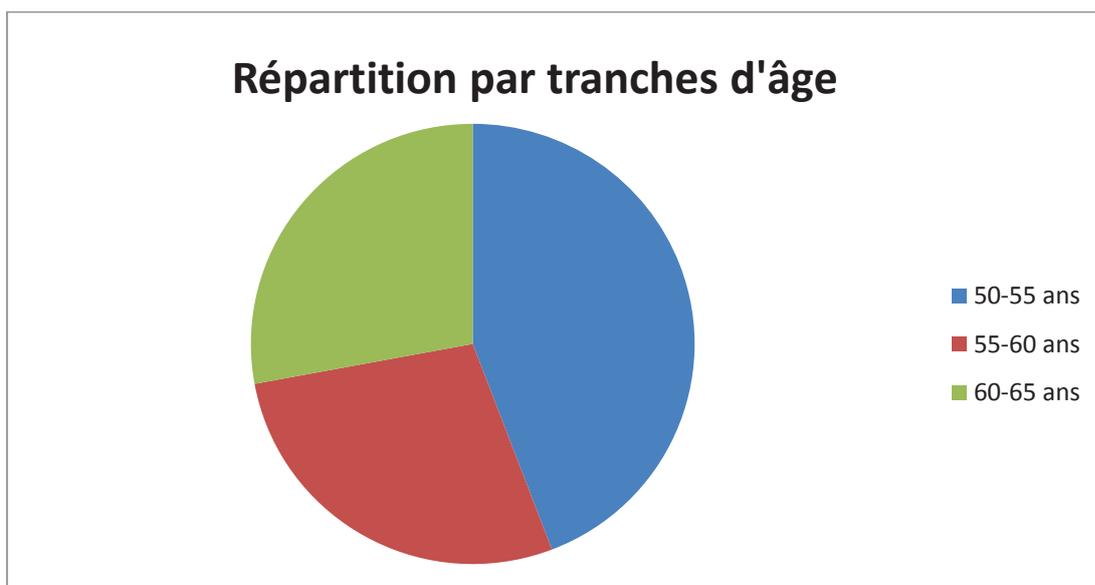
Lieu de vie :

- Urbain (> 25000) : 22 patientes
- Semi rural (5000 à 25000) : 12 patientes
- Rural (<5000) : 9 patientes



#### Tranches d'âges :

- 50 – 55 ans : 19 patientes
- 55 – 60 ans : 12 patientes
- 60 – 65 ans : 12 patientes



Catégories socioprofessionnelles : (détail en annexe 1)

1 - Agriculteurs exploitants

2 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

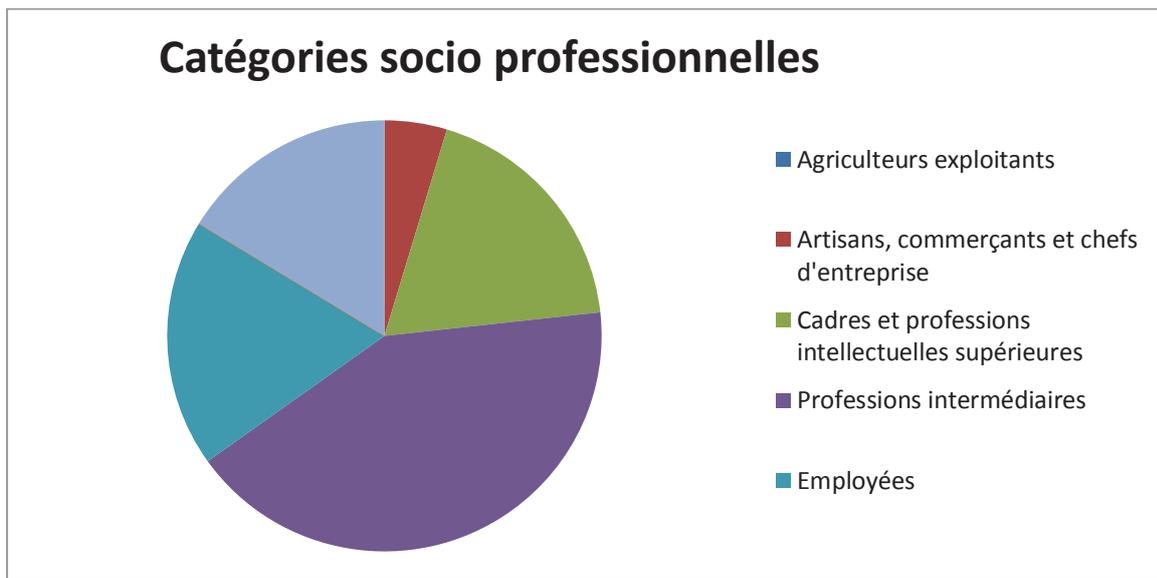
3 - Cadres et professions intellectuelles supérieures

4 - Professions Intermédiaires

5 - Employés

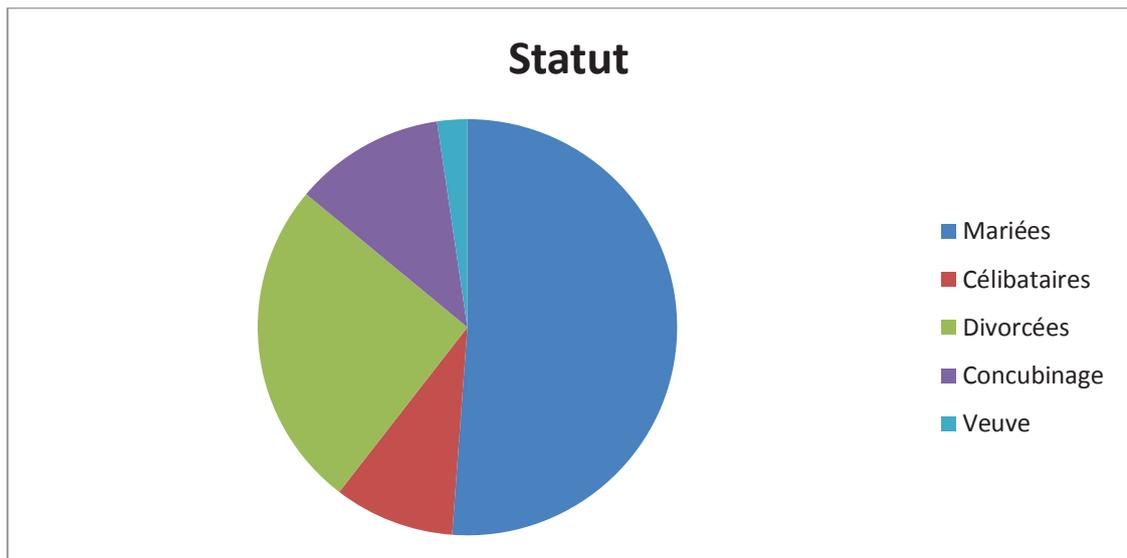
6 - Ouvriers

7 - Retraités



Statut :

- Mariées : 23 patientes
- Célibataires : 4 patientes
- Divorcées : 11 patientes
- En concubinage : 5 patientes
- Veuve : 1 patiente

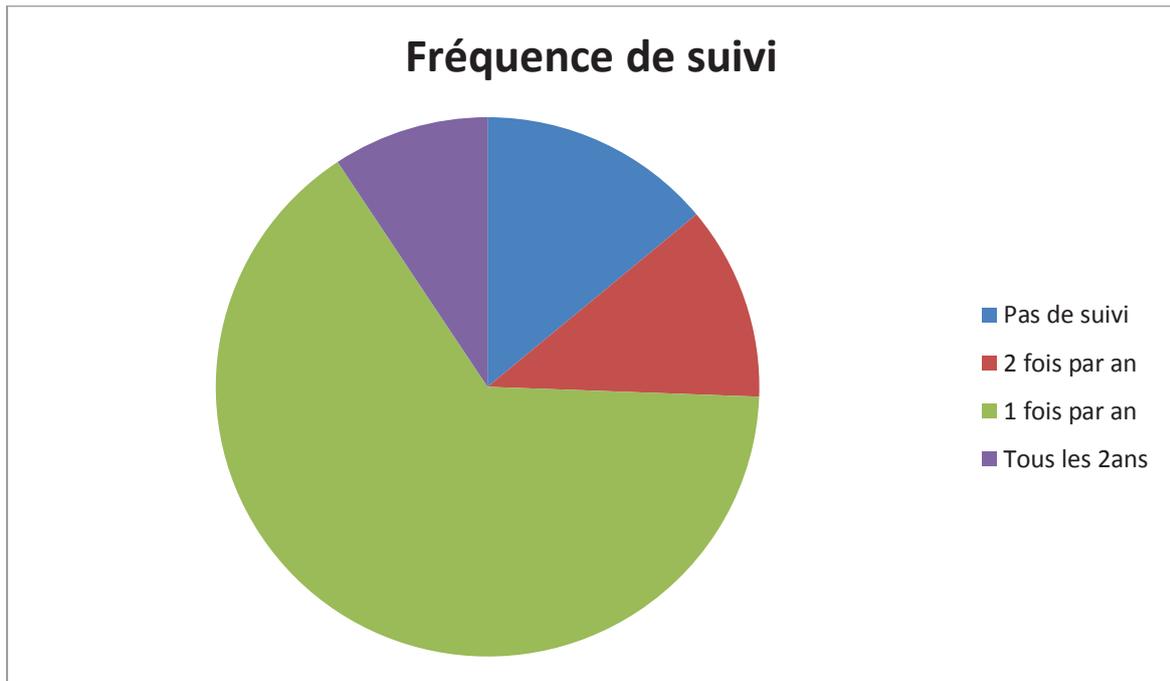


Antécédents gynécologiques :

- Aucun antécédent gynécologique personnel : 13
- Antécédents gynécologiques personnels significatifs (fibrome, intervention gynécologique, pathologie mammaire, pathologie du col utérin ...) : 30
- Aucun antécédent gynécologique familial de cancer : 26
- Antécédents familiaux de cancer gynécologique : 17

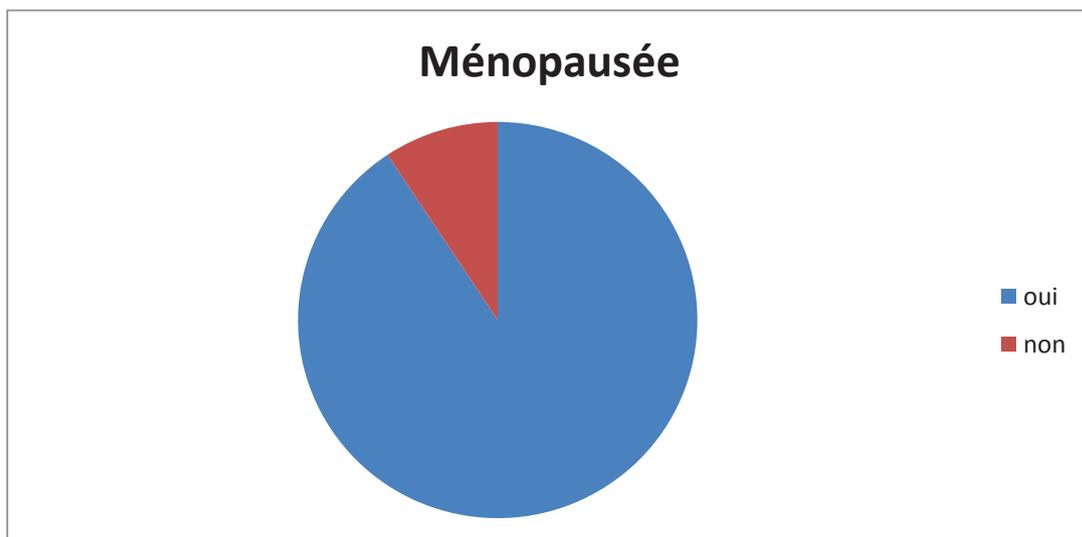
Fréquence du suivi des patientes interrogées :

- Pas de suivi : 6 patientes
- Suivi 2 fois par an : 5 patientes
- Suivi 1 fois par an : 28 patientes
- Suivi tous les 2 ans : 4 patientes



### Ménopausée :

- OUI : 39 patientes
- NON : 4 patientes



### Gynécologue dans un périmètre de 15 km :

- OUI : 30 patientes
- NON : 13 patientes



### **2.2.3. Réalisation des entretiens**

Les entretiens ont été réalisés soit par téléphone soit en face à face au domicile ou sur le lieu de travail des patientes.

Au total 24 entretiens ont été réalisés en face à face, et 19 entretiens ont été réalisés par téléphone.

### **2.2.4. Retranscription des entretiens**

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sous forme de verbatims dans un document Word. Seuls des propos inadaptés ont été supprimés, tels que des propos racistes ou politiques qui n'avaient pas leur place au sein de ces entretiens et n'apportaient aucun élément valable à notre étude. Ont également été supprimés dans cette retranscription les

noms des différents médecins cités par mesure de déontologie. La retranscription de chaque entretien a duré en moyenne 2 heures, soit environ 86 heures de retranscription pour obtenir l'intégralité des entretiens, certains ont été retranscrits en 3 heures. L'intégralité des entretiens n'ont pas été ajoutés à cette étude en annexe, pour éviter tous problèmes de confidentialité. Ces entretiens ont tous été intégrés dans le logiciel NVIVO version 10 et ont été analysés à partir de nœuds évoquant les idées principales de l'étude. Ces idées majeures ont permis de répondre aux questions initialement posées et de mettre en évidence les résultats obtenus.

### **3. RESULTATS**

#### **3.1. Déroulement du suivi gynécologique**

##### **3.1.1. Ressenti sur le suivi gynécologique des femmes dans le passé**

- L'ensemble des patientes semblent satisfaites de leur suivi gynécologique passé, et on le note également pour les patientes qui n'ont plus de suivi gynécologique. Chez 15 des patientes interviewées, ce suivi correspondait totalement à leurs attentes, les autres patientes notent quelques points noirs lors de leur suivi sans qu'elles en gardent pour autant un mauvais souvenir.

« Je n'ai jamais eu de souci, et puis à chaque fois qu'il y a eu des petits soucis qui ont pu survenir, on a pu les éradiquer parce que j'avais un bon suivi médical. » (Entretien 5)

« J'ai la chance pour le moment d'aller bien, je fais la mammographie tous les ans, elle me l'a prescrit, ou tous les 2 ans, mais moi j'y vais tous les ans et j'ai la chance de n'avoir aucun

problème, justement par rapport à mes soucis de sueurs nocturnes, de bouffées de chaleur, ça va avec le traitement. Donc pour moi ça va, je suis globalement tout à fait satisfaite et j'ai la chance que tout aille bien. » (Entretien 6)

« Non ça va, je suis assez sereine, car elle fait des échos pelviennes à chaque consultation et ça me rassure, c'est elle qui me les fait, elle ne m'envoie pas les faire dans un laboratoire, parce que c'est assez intime, c'est plus simple dans un petit local avec quelqu'un qu'on connaît bien. » (Entretien 23)

« J'en ai eu plusieurs, j'ai jamais été très contente de mes gynécos, j'ai changé plusieurs fois et maintenant mes frottis je les fais à l'Archet, à peu près tous les 2 ans, en faites je n'ai pas de problèmes particuliers. En faites j'ai pas besoin d'un suivi si vous voulez, je fais juste mes frottis de dépistage, voilà. J'ai déménagé plusieurs fois, donc j'ai changé de gynéco à chaque fois. » (Entretien 11)

### **3.1.2. Pensez-vous qu'il y ait un âge au-delà duquel un suivi gynécologique soit inutile ?**

- La majorité des femmes pensent bénéficier d'un suivi gynécologique jusqu'à la fin de leur vie, bien qu'elles mentionnent tout de même qu'elles ne se rendront chez leur gynécologue que si leur mobilité le leur permet.

« Bah disons que tant que je pourrai me rendre chez le gynéco, c'est une fois que la mobilité sera réduite je pense. » (Entretien 27)

« Je pense, jusqu'à ce qu'on peut, tant que l'on a la possibilité de se rendre chez le gynéco, parce qu'après il viendra pas chez toi, je pense que même à 70 ans il faut y aller. » (Entretien 2)

« Tout au long de la vie d'une femme, non je n'ai pas de barrière d'âge. » (Entretien 25)

- Seules 3 femmes pensent stopper leur suivi vers 70 ans, âge auquel pour elles il ne semble plus y avoir d'indications à un suivi.

« Je ne sais pas dire, si il y a un âge, si ils ont un risque ou pas un risque, moi je pense qu'à partir de 55 ans qu'il faut y aller plus souvent, jusqu'à 70 ans. » (Entretien 14)

« Je ne pense pas franchement, mais sincèrement je ne pense pas qu'à 70 ans j'irai encore chez le gynéco. » (Entretien 19)

« Écoutez j'ai 55 ans, alors je compte me faire suivre jusqu'à 70 ans » (entretien 40)

### **3.1.3. Quelle est selon vous la fréquence optimale pour un suivi gynécologique entre 50 et 65 ans ?**

- La grande majorité des patientes souhaiteraient un suivi tous les ans, seule une patiente a noté une surveillance à réaliser tous les 5 ans. 1/3 des patientes restantes souhaiteraient un suivi 2 fois par an ou tous les 2 ans, les réponses sortant dans les mêmes proportions.

« Je me dis que tous les 6 mois c'est bien, parce que entre les seins, les ovaires, l'utérus, ça fait beaucoup de boulot quoi. » (Entretien 38)

« Honnêtement, moi c'est vrai quand c'était systématique 1 fois par an c'était bien, mais sinon je ne sais pas. » (Entretien 34)

« Je pense que 2 fois par an c'est bien. » (Entretien 28)

« 2 fois par an, une mammo tous les 2 ans non. Moi je la fais tous les ans. » (Entretien 23)

#### **3.1.4. Le suivi serait-il envisageable avec un autre praticien ?**

Cette question qui prêtait réellement à confusion n'a pas été comprise par l'ensemble des patientes et les réponses ne sont donc pas exploitables. Cette question a été posée dans le but de savoir si le suivi pouvait être facilité si le praticien était plus proche du domicile de la patiente, si le suivi aurait été meilleur avec un praticien d'un autre sexe (frein évoqué fréquemment dans les interviews). Un suivi par une sage-femme [14] aurait été également possible et seule une seule patiente a soulevé cet élément.

#### **3.1.5. Si votre médecin traitant vous proposait le suivi, quelle serait votre position ?**

- Les femmes ont répondu dans la grande majorité qu'elles ne souhaitaient pas que leur médecin traitant réalise le suivi gynécologique. Elles ont souvent une grande confiance en leur gynécologue et ne souhaite pas confier cette partie intime de leur santé à un médecin qu'elle ne connaisse que trop bien. Certaines patientes précisent tout de même que si leur médecin traitant était une femme, elles accepteraient le suivi.

En pratique on constate que le médecin généraliste lorsque celui-ci est maître de stage et qu'il exerce avec de jeunes stagiaires majoritairement des femmes, la réalisation d'examen gynécologique est facilitée.

« Si c'était une femme oui, mais vu que c'est un homme c'est non. » (Entretien 2)

« Non, je crois pas, une femme je ne sais pas, chacun sa fonction, je trouve qu'un gynécologue est là pour ça. » (Entretien 4)

« C'est un homme, euh je n'aimerais pas, parce que ce n'est pas du tout la même relation avec mon médecin traitant, en plus c'est un homme, et puis ça fait tant d'années que je suis avec une femme, et j'ai choisi une femme, justement parce que j'ai eu des soucis avec le Dr homme que j'ai eu au départ qui était un peu trop entreprenant on va dire, c'est pour ça que j'ai cherché une autre gynéco. Pour moi, une femme c'est important, et c'est peut être complètement idiot, parce qu'ils ont beaucoup d'études aussi, mais au niveau psychologique, il n'y a qu'une femme qui peut comprendre ça. » (Entretien 6)

« C'est un homme ... Je ne sais pas, mon médecin traitant ? Bah je ne sais pas si j'avais toujours été suivie par lui, bah je ne dis pas, mais maintenant je dis non, maintenant que j'ai un suivi, non. » (Entretien 8)

« Ah jamais de la vie par un généraliste, c'est un homme et un ami, en plus il ne me l'aurait même pas proposé, un généraliste est un généraliste, un spécialiste est un spécialiste. » (Entretien 34)

« Euh ... c'est un homme mon médecin, faut vraiment qu'il n'y ait plus de gynécologue sur terre (elle rigole), après si il faut qu'on me regarde et bah pourquoi pas. » (Entretien 38)

### **3.2. Suivi gynécologique et activité sexuelle, peut-on évoquer un lien de causalité ?**

Cette question a permis de comprendre comment les femmes pouvaient faire un lien de causalité entre leur suivi gynécologique et leur activité sexuelle.

- Selon leur propre vécu, une majeure partie des femmes ont répondu que leur vie sexuelle n'influe pas sur leur suivi gynécologique, et qu'elles n'y voyaient d'ailleurs aucun lien de causalité.

« Non, non, je pense qu'avec toutes les alertes qu'on a, dans tous les cas, on devrait être suivi correctement. (Entretien 8)

« Pour moi, il n'y a aucune relation, je ne pense pas que c'est l'activité sexuelle qui va entraîner des problèmes, je pense que même si l'on n'a pas d'activité sexuelle il faut quand même continuer à faire des visites régulières. » (Entretien 6)

« Est-ce que ça a influencé, non ? J'ai l'impression que le suivi gynécologique je l'ai fait parce que je voulais éviter les cancers de l'utérus, et autres machins. » (Entretien 1)

- Seules 3 femmes relèvent le fait que leur vie sexuelle ait pu influencer leur suivi gynécologique

« Si il y a certainement un lien par rapport à ça, oui actuellement j'ai une vie sexuelle plutôt nulle (elle rigole) du coup c'est moins important d'aller fréquemment chez le gynéco. »

(Entretien 42)

« Je pense que oui, quand on est active ou pas, comment dire, moi je dois dire, moi je sais que j'ai eu certains problèmes en étant avec mon compagnon, le dernier que j'ai eu, c'est ce qui m'a fait aussi y aller plus, donc voilà. » (Entretien24)

« Euh oui c'est sûr quand j'ai eu besoin, j'ai plus consulté. » (Entretien 21)

- Lorsque l'on demande aux patientes ce qu'elles imaginent dans la population générale, si elles pensent que l'activité sexuelle des femmes de 50 à 65 ans peut influencer leur suivi gynécologique, elles vont répondre pour moitié d'entre elles qu'il existe une relation entre ces 2 éléments.

« Et je pense qu'il doit y avoir pas de mal de femmes qui pensent que si elles n'ont pas de rapports sexuels elles doivent penser qu'elles ne peuvent pas avoir de maladies. » (Entretien 6)

« Quelqu'un qui change de partenaires allègrement, je me dis qu'elle a quand même intérêt à être suivie beaucoup plus correctement, enfin bon ... » (Entretien 8)

« Euh oui, bah c'est sûr même (elle rigole) bah j'ai des copines, c'est vraiment le jour et la nuit avec moi, bien sûr, j'en suis sûre moi... » (Entretien 10)

« Je pense oui, qu'elles vont plus consulter, par peur oui, je pense qu'elles se pensent plus à risque. » (Entretien 14)

« Ça devrait à ce moment-là, je pense qu'avec tout ce qui traîne, ce serait préférable d'avoir un suivi un peu plus régulier. Je pense que les femmes qui ont moins de partenaires vont moins consulter. (Entretien 15)

« Euh oui, je pense quand même quand je vois autour de moi, de ce que j'entends, une personne plus jeune qui a peut-être plus d'activité et je pense oui peut-être, c'est fort possible. » (Entretien 25)

« Oui, je pense parce que j'ai des amies qui sont plus ou moins célibataires avec des partenaires multiples, et elles sont dans une tranche d'âge où elles n'ont pas été habituées aux protections, donc voilà, elles vont consulter peut être plus souvent (elle rigole). » (Entretien 27)

« Non, moi je pense que ça continu, si on a l'habitude d'aller voir son gynéco, qu'on soit seule ou en couple, on y va quand même. » (Entretien 28)

« Oui, moi je vois avec ma mère, ça a beaucoup joué, elle pensait que puisqu'elle n'avait plus de mari, elle n'avait plus besoin de gynéco, c'est pour ça qu'elle a fait son cancer et que l'on ne s'en est pas aperçu tout de suite. » (Entretien 35)

### **3.3. Moteurs à la consultation**

Quels sont selon vous les moteurs à la consultation ? Quels sont les éléments qui vont conduire les femmes à plus consulter ou qui vous ont conduit à plus consulter ?

#### **3.3.1. Fréquence de suivi augmentée par indication du praticien**

2 femmes relèvent cette notion :

« Si elle me le dit ... Avant c'était tous les 6 mois, mais maintenant elle m'a dit 1 an ça suffit car ça va un peu mieux » (Entretien 2)

« Selon ce que me dit le médecin » (Entretien 18)

### **3.3.2. La peur de vieillir**

Les femmes de 50 à 65ans augmentent les consultations pour être sûres que l'on préserve leur féminité.

« Sur cette tranche d'âge, bah parce qu'elles ne veulent pas vieillir, comment vous dire ça... moi je connais des personnes, elles veulent pas vieillir, elles veulent pas grossir, elles vont se faire plus suivre ... Elles croient que le gynécologue il va... Alors oui il va leur donner des médicaments.»(Entretien 10)

### **3.3.3. L'existence d'un nouveau partenaire**

L'idée est évoquée par une femme :

« Si j'avais un autre partenaire, oui. » (Entretien 11)

### **3.3.4. La peur de méconnaître une pathologie**

Cet argument a été suggéré au cours de 10 entretiens.

« Moi je pense qu'il y a la peur du cancer du col de l'utérus quand même, et le cancer du sein, on t'ausculte, on palpe. » (Entretien 2)

« Le sein, la peur du cancer du sein, l'utérus je ne pense pas car on n'en parle moins, mais c'est surtout la peur. » (Entretien 7)

« Justement il y a ça, je viens de recevoir ça, il y a marqué ASCUS et je dois prendre un rendez-vous avec elle. Elle m'a donc envoyé un courrier pour que je puisse prendre un rendez-vous pour faire un contrôle. » (Entretien 13)

### **3.3.5. Le fait d'avoir plusieurs partenaires**

Cette proposition a été soulevée à 2 reprises :

« Certaines femmes ont plus de rapports sexuels que d'autres » (Entretien 14)

« Peut-être si il y a des partenaires multiples « (Entretien 15)

## **3.4. Freins à la consultation**

Quels sont pour vous les freins à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans, quels sont les éléments qui vont conduire les femmes à moins consulter voir ne plus consulter ou qui vous ont amené à moins consulter ?

### **3.4.1. Au vu de leur âge certaines femmes ne se sentent plus concernées, ne veulent plus se battre**

6 femmes ont évoqué cette notion :

« Le fait de devoir se déplacer, on est moins active, il faut se déplacer, et puis il y en a qui ont pas envie de s'embêter » (entretien 2)

« Une certaine inconscience en se disant bah maintenant à l'âge que j'ai, quelque fois il y a des personnes qui réagissent comme ça, qui se disent bah j'ai passé l'âge maintenant, je ne risque plus rien, alors qu'en faites on n'est pas préservé quel que soit son âge. » (Entretien 25)

« On a moins envie de se battre quand l'âge avance, on a donné. Je comprends qu'on puisse abandonner. Ça demande trop d'efforts. Il reste peu de temps à vivre. Pourquoi faire ça maintenant. La vie ça fatigue, j'ai donné moi. En vieillissant on devient peureux, tu sais que tu vas partir donc tu attribues moins d'importance. On a fait tellement d'efforts jusque-là, on n'a plus la force. S'ils sont arrivés jusque-là, ils peuvent tenir quelques années. » (Entretien 3)

#### **3.4.2. Les délais d'attente pour les prises de rendez-vous ou d'attente dans les cabinets médicaux**

Cet argument n'a été soulevé qu'une fois :

« Le délai d'attente, le temps. » (Entretien 20)

#### **3.4.3. Le fait d'être ménopausée**

Seule 1 fois cette notion a été soulevée :

« Parce qu'elles sont ménopausées, parce que tout va bien. Bah j'ai l'impression que la ménopause leur fait dire qu'elles n'ont plus de problèmes, alors que ce n'est pas du tout le cas. Je pense qu'elles manquent d'informations sur la ménopause, je pense qu'elles ne sont pas assez averties sur ce qui peut arriver après la ménopause, un manque d'informations certainement. » (Entretien 8)

#### **3.4.4. Examen gênant et désagréable, notion de pudeur**

Cette notion a été rapportée à 17 reprises.

« C'est pas une partie de plaisir, on n'y va jamais avec plaisir, on n'a jamais vraiment la volonté, écarter les jambes, c'est jamais très plaisant, je pense que les copines sont jamais ravies comme moi. » (Entretien 32)

« C'est une partie intime qu'on n'a pas envie de montrer à tout le monde, entre ça et un proctologue y'a pas photo quoi. » (Entretien 34)

#### **3.4.5. L'aspect financier**

Il a été soulevé à 8 reprises.

« Peut-être qu'elles ont pas tellement les moyens » (Entretien 43)

« Le prix de la consult oui. » (Entretien 3)

#### **3.4.6. La peur des résultats**

Cet élément a été relevé à 6 reprises.

« Je pense que c'est la peur. » (Entretien 3)

« Peur d'une mauvaise nouvelle ou quelque chose parfois c'est un peu ça, on va pas attendre d'avoir des problèmes pour y aller. » (Entretien 42)

#### **3.4.7. Le sexe du gynécologue**

Cette notion se retrouve à 2 reprises.

« Si c'était une femme ce serait plus simple peut être. » (Entretien 32)

« Il y a pas mal de mes amies qui préfèrent consulter des femmes » (Entretien 16)

#### **3.4.8. Le « surbooking » des gynécologues, leur refus de recevoir de nouvelles patientes**

Une patiente a évoqué cette possibilité.

« Quand tu as pas de suivi tu ne peux pas avoir un gynéco, ils ne prennent pas de nouveaux patients, alors on est bloqué, on ne sait pas vers qui se tourner. » (Entretien 2)

#### **3.4.9. La vie personnelle**

Ceci n'a été rapporté qu'à une reprise.

« Il y en a qui ont beaucoup d'enfants et qui n'ont pas le temps de consulter. » (Entretien 43)

### **3.5. Ressenti sur le dépistage du cancer du col de l'utérus**

Que pensez-vous du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Savez-vous jusqu'à quel âge il est proposé ?

A cette question, 29 patientes se sont senties concernées par le dépistage et 9 ne se sentent pas du tout concernées par celui-ci. Ce qui est très paradoxal est le fait qu'elles précisent fréquemment ne pas se sentir concernées par le dépistage, mais stipulent dans les entretiens qu'elles bénéficient d'un suivi gynécologique tous les ans avec réalisation d'un frottis. Ces femmes manquent donc cruellement d'explications sur les examens réalisés pendant cette consultation gynécologique et ne connaissent pas l'objectif du frottis cervico utérin.

Elles détachent totalement cet examen du cancer du col de l'utérus.

« Bah oui c'est suite au frottis, on recherche un peu tout avec. » (Entretien 16)

« Je le faisais tous les 2 ans, mais je pense que je vais le faire tous les ans maintenant que j'ai passé 50 ans. » (Entretien 19)

« Bah je fais des frottis, la gynéco le fait et ne me demande pas mon avis, après je me dis bien qu'elle doit rechercher des choses. » (Entretien 24)

« Du col de l'utérus ? Non... Je fais juste des frottis une fois par an c'est tout. » (Entretien 40)

Les femmes n'arrivent également pas à définir l'âge jusqu'auquel elles devront bénéficier d'un dépistage. Seulement 2 femmes interrogées ont rapporté la notion d'un frottis jusqu'à 65 ans. Dans la grande majorité, les femmes (au nombre de 28) n'ont aucune idée de l'âge jusqu'auquel il est nécessaire ou recommandé de bénéficier de ce dépistage. Une femme

propose un dépistage jusqu'à 75 ans. Un suivi par frottis jusqu'à la fin de leur vie est évoqué par 2 femmes.

« Je n'en ai même jamais entendu parler. » (Entretien 20)

« Je ne sais pas ....jusqu'à quel âge ... Les femmes sont jeunes un peu plus tard. » (Entretien 21)

« Moi je pense qu'il n'y a pas d'âge limite » (Entretien 37)

### **3.6. Ressenti sur le dépistage du cancer du sein**

Que pensez-vous du cancer du sein ? Jusqu'à quel âge pensez-vous qu'il soit possible d'en bénéficier ?

Les femmes sont globalement très sensibilisées au dépistage du cancer du sein, et se sentent dans la grande majorité concernées par celui-ci, seule 1 patiente dit ne pas être concernée par ce dépistage.

« Moi je reçois l'Aprémas que je ne fais pas » (entretien 34)

« C'est ma gynécologue qui me prescrit les mammographies, je reçois aussi les courriers de l'Aprémas. La mammographie je crois que c'est tous les 2 ans, je crois qu'à un moment c'était tous les 2 ans » (entretien 6)

« Elle me prescrit la mammographie tous les 2 ans, mais moi je veux tous les ans » (Entretien 18)

« Maintenant c'est tous les ans, avant c'était 2 fois par an. » (Entretien 26)

« Je fais les mammographies, je reçois le dépistage mais je ne l'utilise pas car j'ai une mutuelle qui me rembourse tout, mais je la fait tous les ans. » (Entretien 29)

Elles n'ont aucune idée sur l'âge jusqu'auquel elles pourront bénéficier du dépistage par mammographie, la majeure partie des patientes ne savent pas. 2 femmes ont évoqué un suivi jusqu'à 70 ans, 1 femme jusqu'à 65 ans, 2 femmes jusqu'à 60 ans.

« Euh ça doit être jusqu'à 70 ans, il me semble qu'on peut y aller jusqu'à tard. » (Entretien 30)

« Jusqu'à quel âge...euh je ne sais pas » (Entretien 25)

« Je sais pas jusqu'à quel âge, moi tant que je reçois le papier j'y vais. » (Entretien 17)

### **3.7. Pistes d'amélioration pour le suivi gynécologique des femmes de**

#### **50 à 65 ans**

Comment pensez-vous qu'il soit possible d'améliorer le suivi des femmes de 50 à 65 ans, dans quelle mesure peut-on toucher des femmes qui ne se sentent plus concernées ?

### **3.7.1. Améliorer les informations données à l'école**

Seule 1 patiente a évoqué cette idée.

« A l'école des petites brochures données par le médecin scolaire l'infirmière et puis les sous quoi. » (Entretien 2)

### **3.7.2. Mettre en place une consultation dédiée au dépistage et au suivi gynécologique**

1 patiente a mentionné cette idée.

« Qu'on mette en place une consultation longue dédiée aux problèmes gynécologiques, où les femmes seraient invitées à ne venir que pour ça. » (Entretien 1)

### **3.7.3. Création d'un planning familial itinérant**

« Il faudrait que le planning familial puisse venir dans les villages, faire les mammo, on organise bien dans des villages des dons de sang, on pourrait peut-être interpeler des gens pour le faire. » (Entretien 8)

### **3.7.4. « Déremboursement » en l'absence de suivi**

« Leur sucrer la sécurité sociale, si elles ne vont pas une fois par an consulter avec un rapport médical (un peu remontée), y a que ça qui marche. » (Entretien 5)

### **3.7.5. Expliquer la nécessité de poursuivre le suivi après la ménopause**

3 patientes ont parlé de ce point.

« Leur expliquer qu'un cancer du col de l'utérus peut se manifester à tout âge » (Entretien 29)

« Il faudrait leur dire qu'il faut faire les choses jusqu'à 65 ou plus » (Entretien 38)

« C'est au gynécologue de dire la réalité, de leur dire il faut se faire suivre jusqu'à tel âge » (entretien 17)

### **3.7.6. Le sexe du gynécologue**

« Le sexe du gynécologue » (entretien 15)

« Qu'avec des gynécos femmes ça passerait mieux chez certaines personnes » (entretien 19)

### **3.7.7. Instauration d'un magazine dédié au dépistage et au suivi gynécologique des femmes après 50 ans**

« Un magazine qui ne parlerait que de ça, du suivi, comme les magazines pour les femmes enceintes. » (Entretien 15)

### **3.7.8. Obligation émanant de l'état**

On retrouve cette notion à 2 reprises.

« Il faudrait qu'il y ai une obligation de l'Etat » (Entretien 10)

« Une forme d'obligation. » (Entretien 22)

### **3.7.9. Invitation au suivi par courrier**

12 femmes ont soulevé cette idée.

« Ça fait 20 ans qu'elle n'y a pas été, il faut lui envoyer 20 courriers pour qu'elle y aille »

(Entretien 2)

« Qu'en envoyant des courriers de prévention, envoyer des rappels de consultations »

(Entretien 27)

« C'est les infos sur le courrier que j'ai beaucoup aimées. » (Entretien 32)

### **3.7.10. Invitation au suivi par les médias (télévision, presse féminine...)**

7 personnes ont soulevé cette notion.

« Bah je pense qu'il peut y avoir des messages télévisés, pour qu'elles se rendent compte que c'est important et donc je pense que ça, c'est mal. » (Entretien 6)

« En voyant une publicité de façon régulière, on est un peu heurté par la répétition »

(entretien 8)

« A la télé on en parle quand même de façon régulière. » (Entretien 26)

« La télé, c'est vrai que c'est plus cher, mais il faut sensibiliser les gens. » (Entretien 38)

### **3.7.11. Mise en place d'un pôle santé dédié au suivi des femmes de 50 à 65 ans sur le modèle du pôle Sofia**

Le pôle Sofia actuellement actif s'adresse aux personnes diabétiques. La surveillance de ces patients est effectuée par une équipe infirmière, celles-ci contactent les patients de façon régulière pour optimiser le suivi de leur pathologie chronique.

« Le pôle Sofia qui est créé à la caisse primaire, c'est sur le diabète, il y a une vingtaine d'infirmière qui suivent dans des portefeuilles et c'est national, des personnes diabétiques et de temps en temps elles les rappellent, vous avez bien fait vos ci, vos là, machin et elles les suivent. Ce serait parfait ce même genre de truc, en passant par les gynécologues, ou le ministère. » (Entretien 23)

### **3.7.12. Mise en place d'examens non douloureux (mammographies)**

« Des examens par forcément des mammographies, car la mammographie ça fait très mal, d'ailleurs j'ai eu mal pendant presque un an après, y a des gens qui ne vont pas y aller pour ça. On devrait faire la mammographie et un autre examen en alternance qui fasse pas mal. » (Entretien 14)

### **3.7.13. Revoir le tarif des consultations à la baisse**

4 patientes l'ont évoqué.

« Le prix aussi » (Entretien 2)

« C'est le côté financier » (entretien 9)

« Au niveau pécunier. » (Entretien 15)

« Le tarif ça joue » (Entretien 34)

#### **3.7.14. Place du médecin traitant dans le suivi**

23 patientes ont noté l'importance du suivi par le médecin traitant pour ces femmes de 50 à 65 ans.

« C'est au généraliste de donner plus d'informations sur le suivi, sur les risques. » (Entretien 1)

« Le généraliste c'est plus facile avec lui, les femmes de notre âge sont plus pudiques » (Entretien 2)

« Je crois que leur médecin généraliste devrait insister quand elles viennent pour un autre motif. » (Entretien 3)

« Le médecin généraliste doit prescrire au moins 1 mammo par an et un frottis, mais obligatoirement. » (Entretien 5)

« Les généralistes pourraient faire ce genre de choses, que ce soit un homme ou une femme, un frottis que ce soit un gynéco ou un généraliste, après oui pourquoi pas si il y a d'autres problèmes, ok le gynéco. Enfin, un frottis, et prescrire une mammographie. » (Entretien 7)

« Le médecin traitant il a son mot à dire et éventuellement diriger vers un gynécologue. » (Entretien 15)

« Un médecin généraliste, donc c'est lui qui s'occupe du suivi, il connaît nos antécédents, il fait la synthèse de tout. » (Entretien 17)

« Faudrait que le médecin généraliste en parle de façon plus régulière, il faudrait qu'il insiste de façon plus régulière. (Entretien 26)

« Des médecins traitants. Moi je vois mon médecin traitant il me demande si je suis suivie, il me pose régulièrement la question. » (Entretien 29)

« C'est le médecin généraliste qui devrait les inviter à faire une visite chez le gynéco, peut-être c'est le seul contact médical qu'elles vont avoir régulièrement. » (Entretien 42)

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. De la méthodologie**

#### **4.1.1. Recrutement de la population**

La population cible a été recrutée par méthode de «snowball », soit des connaissances directes des femmes interrogées. Cet élément entraîne nécessairement un biais de sélection car les femmes ont nécessairement transmis des contacts de personnes dont la catégorie socioprofessionnelle était similaire ainsi que le niveau social. Certaines femmes n'ont pas pu répondre à l'enquête par défaut de compréhension de la langue française. Dans l'échantillon sélectionné, seule une patiente présentait un handicap. Ce handicap n'étant pas un trouble moteur, avec restriction des déplacements, je n'ai pu étudier la perception de ces femmes qui présentent des handicaps moteurs lourds et qui peuvent rencontrer plus d'obstacles pour un suivi gynécologique standard. J'ai pourtant tenté de contacter l'association des

paralysés de France qui m'a précisé qu'ils ne comprenaient pas pourquoi je souhaitais interviewer des femmes handicapées pour obtenir leur ressenti sur leur suivi gynécologique, comme si celles-ci ne pouvaient être concernées par le sujet.

Il paraît aussi évident que des femmes non suivies sur le plan gynécologique n'ont pas souhaité répondre aux questions de peur d'être jugées, celles-ci m'ont clairement indiqué lorsque je les ai contacté : « je ne me fais pas suivre, et je ne vois pas ce que j'irai vous dire, merci. »

Des femmes de confession religieuse différente telle que de confession musulmane n'ont pu être interrogées, car lorsque je leur demandais leur accord, elles me répondaient : « non je ne peux pas vous dire, on ne parle pas de ça chez nous.»

#### **4.1.2 Population étudiée**

La population étudiée a été très variée, seules des femmes sans emploi n'ont pu être interviewées. L'ensemble des femmes rencontrées ne présentaient pas de précarité très importante, leur ressenti aurait été probablement différent, et leur accès aux soins également. Cette notion a été relevée après de multiples tentatives de dépistage adressées à des femmes des quartiers Nord de Marseille. Dans ces quartiers où résident majoritairement des femmes étrangères et/ou en situation médico-sociale défavorisée (37 à 45 % de personnes en situation précaire) n'ont pas été touché par le dépistage du cancer du col. La population des femmes ayant bénéficié du dépistage est restée très faible et la gratuité n'a pas permis d'améliorer celui-ci [6].

Pour la répartition de la population sur le territoire des Alpes Maritimes, nous avons obtenu un panel de femmes résidant dans différents villages et villes du département, en s'étendant de l'Ouest à l'Est. L'étude a permis de rencontrer et interroger des femmes de toutes les villes suivantes : Cagnes sur Mer, Cannes la Bocca, Carros, Cantaron, Contes, Drap, La Roquette sur Siagne, La Trinité, Le Broc, Levens, Mandelieu la Napoule, Mougins, Nice, Peille, Saint Laurent du Var, Saint André de la roche, Tourette Levens.

#### **4.1.3. Les entretiens**

Les entretiens ont été réalisés à domicile ou sur le lieu de travail des femmes lorsqu'ils étaient en face à face, il m'a fallu une grande disponibilité, car les femmes concernées ne souhaitaient pas de rendez-vous le week-end ni le soir.

Lorsque les entretiens étaient réalisés à domicile, il fallait faire preuve de patience et ne pas perdre le fil de l'entretien lorsque des intervenants extérieurs se présentaient au domicile. Devant les questions très personnelles posées aux patientes, il était parfois difficile de ne pas heurter leur sensibilité, de plus, certains entretiens ont été réalisés en présence d'enfants, ce qui m'a été compliqué à gérer, d'où ma difficulté à aborder en leurs présence des questions sur la sexualité.

Sur le lieu de travail de ces femmes, j'ai parfois été reçue dans des salles de réunion ouvertes, au sein desquelles l'ensemble des réponses pouvaient être perçues en cas de passage, j'ai donc toujours fait très attention et pris le temps de ne pas poser les questions lorsque trop de personnes passaient à proximité. Les femmes qui m'ont très gentiment

reçue n'ont jamais exprimé de gêne et ont toujours répondu avec beaucoup de spontanéité à mes questions.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, et les femmes n'ont pas omis de réticence à l'enregistrement et concevaient comme logique l'enregistrement de toutes ces données. Seule une femme m'en a tenu rigueur, en me précisant que ça la gênait quelque peu bien qu'elle comprenne la démarche, celle-ci m'a précisé avoir eu peur que je ne respecte pas son anonymat. Les modalités de l'interview lui ont été réexpliquées et celle-ci s'en est excusée. Cet épisode a tout de même entraîné une petite crainte aux interviews suivantes lorsque je demandais aux femmes leur accord pour l'enregistrement des données.

Les entretiens ayant été réalisés en moyenne sur des durées de 20 à 30 minutes, les femmes n'ont pas semblé pénalisées dans leur planning, et m'ont parfois invité à parler plus de ce sujet après que l'enregistrement ait été fini.

#### **4.2. Discussion des résultats obtenus**

En analysant les résultats obtenus lors de cette enquête qualitative, on a pu mettre en évidence des notions fortes, que je ne soupçonnais pas au début de cette étude.

Cette étude, je l'ai réalisée pour obtenir des réponses que je pensais avoir et qui m'ont complètement remise en cause. Convaincue que les motifs essentiels de non consultation étaient l'aspect financier, le manque de temps, le fait d'être ménopausée et donc plus à risque de grossesse.

- Les femmes sont globalement satisfaites de leur suivi gynécologique, et celles qui l'ont totalement interrompu précisent ne pas avoir de problèmes de santé, et ne pas avoir de motifs de consultation pour se rendre chez un praticien pour suivi gynécologique. Elles déclarent avoir fait un choix qu'elles assument et on retrouve souvent dans leurs réponses le fait qu'elles ne voudraient pas savoir si elles ont quelque chose. Elles font un réel déni de toutes pathologies gynécologiques lorsqu'elles atteignent un certain âge. De plus ces femmes qui ont stoppé leur suivi ne sont pas nécessairement des femmes isolées géographiquement ni démunies sur le plan social. Leur choix a donc été réfléchi.
- A la question « quel est selon vous le suivi gynécologique optimal de 50 à 65 ans ? », elles ont majoritairement répondu une fois par an, pour un tiers des femmes interrogées on obtient un suivi optimal 2 fois par an, ou une fois tous les 2 ans. Ces résultats sont encourageants et conformes à ce que j'espérais. Les femmes qui ont suggéré un suivi 2 fois par an faisaient preuve d'une très grande peur de toutes les pathologies néoplasiques susceptibles de survenir à cet âge. Elles relataient souvent d'ailleurs le fait qu'une amie proche soit suivie régulièrement et que deux mois après le dépistage on découvrait une tumeur. Les délais de consultations supérieurs à 6 mois leur semblaient donc aberrants et bien trop risqués.  
  
Une femme enfin a évoqué un suivi tous les 5 ans, cette femme étant dans la tranche d'âge de 60 à 65 ans, sans antécédents gynécologiques significatifs, elle a estimé son risque faible.

- On note aussi clairement le choix des femmes de ne pas avoir un suivi gynécologique par leur médecin traitant à qui elles n'attribuent pas cette fonction, mais considèrent comme indispensable que celui-ci leur en parle. Certaines femmes incriminent le médecin traitant comme premier responsable en cas de pathologies gynécologiques non dépistées à temps. Elles stipulent que ce même médecin traitant doit nécessairement coordonner le suivi des patientes. Cette notion se retrouve également dans la thèse de Me ORA [10]. De plus, la plupart des patientes ne pensent pas que leur médecin traitant soit compétent en gynécologie, ou ne se sont même jamais posées la question. Cet élément a été exploré dans une thèse en 2010, et il a été noté que seulement 43 % des patientes interrogées savaient que leur médecin traitant pouvait réaliser un examen gynécologique [5].

Certaines femmes souhaiteraient avoir un suivi avec le médecin traitant si celui-ci était une femme notamment, et aussi par mesure de simplicité (locaux souvent plus accessibles par leur proximité).

Dans l'absolu, cette réflexion reste tout à fait acceptable. Mais combien de fois un médecin traitant a-t-il reçu un courrier d'un gynécologue stipulant que celui-ci avait vu la patiente dans le cadre d'un suivi annuel ? Comment le médecin traitant peut-il coordonner un suivi s'il ne possède pas toutes les informations ?

Les patientes n'ont souvent aucune idée des examens qu'elles réalisent ainsi que leurs objectifs. Cette notion est d'autant plus frappante depuis que j'ai réalisé cette étude.

En imaginant une médecine idéaliste, il faudrait que tous les examens faits par les spécialistes puissent nous être transmis, mais ce n'est pas le cas. Et le frottis en fait partie, car bien qu'un examen de routine pour nos patientes, et donc banalisé, celui-ci est le seul moyen validé à ce jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

- A la question « pensez-vous qu'il y ait un lien de causalité entre l'activité sexuelle et le suivi gynécologique ? », les femmes ont préférentiellement répondu qu'elles ne faisaient aucun lien entre ces 2 notions, mais que lorsque l'on s'adressait à la population générale (des femmes de 50 à 65 ans), elles n'excluaient pas ce facteur. Après obtention de leurs différentes réponses, ceci suggère que l'activité sexuelle de nos patientes doit être importante dans notre suivi, les femmes notamment n'ayant plus de partenaires doivent être d'autant plus informées sur les risques qu'elles encourent.

Les médecins devraient être sensibilisés à ce facteur qui n'est pas des moindres, car presque la moitié des personnes interrogées notent que les femmes vont avoir un suivi gynécologique en fonction de leur activité sexuelle.

- **Les moteurs à la consultation les plus inattendus**

- La peur de vieillir :

Cette notion, à laquelle il était difficile de s'attendre, a été soulevée par une femme, qui précise que le corps se dégradant progressivement, et notamment de façon plus marquée en période de ménopause, doit bénéficier d'une plus grande attention à ce

moment. Elle décrit alors le gynécologue qui réalise ce suivi, comme une personne apte à conserver la jeunesse de la femme et l'intégrité de son corps.

- La peur de déclarer une pathologie :

Cet élément évoqué à 10 reprises semblait tout à fait évident, l'examen permet une réassurance des femmes sur des pathologies qu'elles ne sont pas à même de découvrir seules.

- Le fait d'avoir un nouveau partenaire ou plusieurs partenaires :

Le fait que cet aspect ait été souligné renforce le lien qu'il peut y avoir entre activité sexuelle et suivi gynécologique, puisque les femmes mentionnent clairement le fait qu'une modification de leur vie personnelle avec un ou plusieurs compagnons les influencerait dans leur fréquence de consultations.

• **Les freins à la consultation**

Différents éléments relevés dans notre étude l'on également été dans une enquête réalisé en région Bourgogne pour évaluer les représentations des femmes concernant leur suivi gynécologique [11].

- Les réponses des femmes interrogées m'ont permis de comprendre que l'examen gynécologique est une notion très importante lorsque l'on évoque les freins à la consultation.

17 femmes ont relevé cette notion, certes l'examen implique une partie intime du corps qu'il n'est pas toujours facile de dévoiler, mais les femmes ont également mentionné la notion de brutalité de cet examen. Elles ont exprimé la facilité de réaliser cet examen avec une femme en vieillissant, examen qui leur semblait plus facile à aborder face à un praticien susceptible d'avoir vécu les mêmes expériences (grossesse, ménopause ...). Elles précisent très clairement que plus jeunes, elles y attribuaient souvent moins d'importance. Difficultés liés à l'examen noté dans la thèse de Me Bancon (4).

- La notion la plus marquante reste la peur des résultats comme frein essentiel de non consultation, les femmes soulèvent cet aspect comme majeur. Elles précisent qu'elles ne réalisent pas d'examen car cela présente une réelle angoisse et inquiétude à l'attente des résultats. Elles soulignent également qu'elles préfèrent ne pas réaliser les examens pour ne pas en avoir les résultats. Ces femmes ont très peur du cancer, et pour la plupart ont des antécédents familiaux ou amicaux de pathologies néoplasiques gynécologiques, et ces annonces les terrifient.
- Le délai d'attente pour les rendez-vous ou dans les cabinets médicaux n'a été cité qu'à 1 reprise, donc non significatif.
- Le fait d'être ménopausée : cette réponse n'est revenue qu'à une reprise, et pourtant il m'avait semblé avant la réalisation de cette étude qu'il s'agirait d'un frein majeur.

- L'aspect financier de la consultation est mentionné à 8 reprises, ce qui semble peu par rapport au nombre d'entretiens réalisés. Cet élément est difficilement modifiable car les spécialistes gynécologues sont majoritairement en secteur 2 dans notre département, le secteur 1 étant peu répandu.
- La vie personnelle, le travail, les enfants : cet aspect n'a également été relevé qu'une fois, les femmes n'ont pas semblé être gênées par des vies personnelles pourtant très remplies. Le suivi gynécologique dont elles ont pu bénéficier a toujours été totalement indépendant.
- Le sexe du gynécologue : une grande majorité des femmes interrogées préfèrent être suivies par une femme, bien qu'elles ne remettent pas en cause les compétences des praticiens de sexe masculin, mais déclarent être plus aisément comprises par une femme.
- **Ressenti sur le dépistage du cancer du col de l'utérus**

Les résultats obtenus montrent que les femmes se sentent concernées par ce dépistage, mais n'ont aucune connaissance sur les modalités de celui-ci. Elles évoquent toutes le frottis mais ne savent pas pour la grande majorité pourquoi celui-ci est réalisé, à quelle fréquence, jusqu'à quel âge il est proposé. Devant ce manque d'informations flagrant, il est nécessaire que les médecins traitants et gynécologues

renforcent l'information transmise aux patientes. Certaines pensent qu'il s'agit d'un prélèvement vaginal à la recherche d'infection.

Quand on parle dépistage du cancer du col de l'utérus, elle rapproche souvent ce dépistage au vaccin HPV dont elles ont beaucoup entendu parler récemment. Elles font fréquemment l'amalgame entre ces deux notions. Elles mentionnent souvent le vaccin quand on évoque le dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette confusion confirme le manque d'informations dont elles disposent. Une information médicale qui doit nécessairement être transmise par chaque praticien peut importe sa spécialité (omnipraticien, gynécologue, sage-femme)

- **Pistes pour améliorer le suivi gynécologique des femmes de 50 à 65 ans qui ne se sentent plus concernées**

- Améliorer les informations données à l'école

Cet aspect mentionné par une femme, est toujours en cours d'étude, le Ministère de l'Education Nationale a tenté à plusieurs reprises d'instaurer des programmes de prévention dans les collèges et les lycées sans réel succès, puisque les jeunes concernés ne semblaient pas du tout captivés par ceux-ci. L'éducation sexuelle actuellement en place ne semble pas porter ses fruits, puisque les jeunes présentent de plus en plus de comportements à risque. Ces programmes de prévention expliqués aux jeunes semblent difficiles à mettre en place car il s'agit d'une

population qui ne se sent pas encore concernée par des problèmes qui surviennent plus tardivement à l'âge adulte. Cette piste semble donc difficile à mettre en œuvre. Les dispositions de la loi du 4 juillet 2011 sont venues renforcer le rôle de l'école en lui confiant l'obligation d'instaurer trois séances annuelles d'éducation à la sexualité à l'école, au collège et au lycée. Seul l'avenir permettra de juger de l'efficacité de cette mesure, le recul est encore trop faible pour se positionner.[9]

- Création d'un planning familial itinérant

Cette idée m'est apparue comme tout à fait adaptée dans des zones où les femmes se plaignent d'un accès difficile au gynécologue. Ce planning itinérant permettrait de réaliser un suivi complet des femmes qui n'ont pas de moyens de locomotion. Ce planning serait instauré pour la réalisation des différents dépistages, notamment avec réalisation de frottis cervico utérin, et de mammographies. Des examens gynécologiques y seraient également pratiqués.

- Mise en place d'une consultation dédiée au suivi gynécologique des femmes de 50 à 65 ans

Cette consultation qui aurait un coût et un délai adaptés, permettrait un très bon suivi des patientes par les médecins généralistes qui le souhaiteraient. Cette consultation s'inscrirait dans une nouvelle réforme, et les patientes pourraient y être invitées par l'intermédiaire des courriers simples adressés par la sécurité sociale. On pourrait même envisager que cette consultation soit prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.

- Instauration d'une structure telle que le pôle Sofia

Cette idée a été évoquée par une patiente qui a transposé le modèle du pôle Sofia, pôle dédié aux personnes diabétiques et qui passerait par l'intermédiaire du médecin traitant, pour optimiser le suivi des femmes de 50 à 65 ans. Ce pôle serait constitué d'infirmières qui contacteraient les personnes souhaitant adhérer à ce programme, et celles-ci vérifieraient leur suivi, avec rappel des examens à réaliser, transfert des examens au médecin traitant. Ce pôle permettrait une centralisation du suivi de ces patientes avec une couverture maximale des patientes sur notre département.

Ce pôle devrait prochainement s'ouvrir également aux asthmatiques.

- Expliquer la nécessité d'être suivie après 50 ans

Cette notion devrait être explicitée aux patientes avant qu'elles atteignent la période de ménopause, les praticiens autant gynécologues que médecin généralistes, devront faire de la prévention chez leurs patientes en prévenant des risques encourus en post ménopause. Cette prévention est indispensable pour ne pas perdre ces femmes de vue. La place du gynécologue avant cette période de ménopause est indispensable, le médecin généraliste quant à lui trouve toujours sa place après puisque la patiente le consultera pour d'autres motifs non gynécologiques.

- Réalisation d'un magazine dédié au dépistage et au suivi gynécologique après 50 ans

Comme il existe des magazines dédiés aux femmes enceintes, les femmes ont suggéré ce type de magazine pour augmenter la sensibilisation des femmes.

- Le sexe féminin du praticien

Bien que la profession se féminise fortement, il est inconcevable que la profession ne soit accessible qu'aux femmes. Cette proposition me semble tout à fait illusoire, mais malheureusement très fréquemment soulevée par les femmes interrogées. Il n'y a donc aucune piste envisageable à partir de cette donnée.

- Obligation émanant de l'Etat

Certaines femmes ont suggéré que l'Etat puisse instaurer un suivi obligatoire pour les femmes sur cette tranche d'âge, avec retranscription de cette visite sous forme d'un rapport, qui serait à retourner aux services de l'Etat, pour pouvoir justifier d'une bonne couverture, avec un « déremboursement » des pathologies occasionnées par l'absence de dépistage.

Cette mesure très sévère est impossible à mettre en place dans l'absolu. Une femme qui n'aurait pas la capacité de comprendre ces courriers, et donc ne réaliserait pas les dépistages préconisés se verrait « déremboursée » si l'on venait à découvrir une pathologie néoplasique du col de l'utérus. Cette solution ne semble pas acceptable.

- Invitation au suivi par courrier

Le courrier est cité à plusieurs reprises par les patientes car il possède un poids fort pour le suivi gynécologique des patientes. Certains courriers sont d'ailleurs depuis quelques temps adressés aux patientes par la sécurité sociale dans le département

des Alpes Maritimes (annexe 3), les patientes ciblées sont celles qui n'ont pas bénéficié d'un examen gynécologique dans les 3 dernières années avec réalisation d'un frottis. Ce courrier leur est adressé en expliquant le bénéfice du frottis et sa possibilité d'être réalisé par le gynécologue ou le médecin traitant.

- Invitation au suivi par les médias

Les femmes précisent que le cancer du sein est très présent dans les médias, mais que le dépistage du cancer du col de l'utérus n'a toujours pas sa place, celles-ci aimeraient une place plus importante pour améliorer l'information. Elles souhaiteraient également que dans les cabinets médicaux les affiches soient plus importantes pour parler du cancer du col de l'utérus, en mentionnant les âges auxquels il est proposé de façon plus explicite. Elles veulent des informations à plus grandes échelles. Elles notent que les médecins n'ont pas toujours le temps pour donner toutes les explications dont elles ont besoin, elles privilégient donc une information à partir des médias télévisés ou par support papier (affiches murales apposées dans les cabinets médicaux).

- Mise en place d'examens non douloureux

A ce jour seule la mammographie est l'examen validé pour le dépistage du cancer du sein, l'avenir permettra d'évaluer si d'autres examens tels que des scanners en coupe fines peuvent être proposés.

- Revoir le tarif des consultations à la baisse

Cet élément n'étant pas envisageable à ce jour, le Gouvernement a émis un projet de loi entraînant une restriction des dépassements d'honoraires pour les spécialistes [1]. Autre mesure mise en place dont on a peu entendu parler, c'est la mise en place d'un remboursement à 100 % du frottis cervico utérin depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, initialement remboursé à 70 % par la sécurité sociale, lorsque celui-ci est réalisé tous les 3 ans, ces conditions semblent peu souvent remplies et donc ne pas pouvoir améliorer fortement les choses.

- Place du médecin traitant

La place du médecin traitant pour améliorer le suivi gynécologique des femmes réticentes est citée de façon prépondérante dans notre étude. Le médecin traitant a été vu comme la personne responsable de ce suivi. Elles envisagent le médecin traitant comme acteur de la prévention chez ces femmes.

## **5. OUVERTURE**

### **5.1. OUVERTURE SUR LES DIFFERENTS PROJETS MIS EN PLACE SUR LE PLAN NATIONAL POUR AMELIORER LE SUIVI**

Devant les mauvais chiffres concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus obtenus en France, différents programmes ont été étudiés. Il en ressort un projet en cours de réalisation en région Centre. Deux structures ont été choisies : le Cher (18) et l'Indre et Loire (37). Très

prochainement, c'est-à-dire en mai 2013 vont débiter les expérimentations de dépistage par auto prélèvement. Ce test proposé permettra la détection du virus HPV par auto prélèvement vaginal chez les femmes pour lesquelles l'examen gynécologique reste un réel frein à la consultation.

Cet auto prélèvement se réalisera simplement à domicile par la femme et sera ensuite transmis par courrier préalablement affranchi (lettre T). En cas de prélèvement positif, la patiente sera amenée à rencontrer un médecin pour réaliser un frottis.

Ce dépistage se cale donc sur le dépistage du cancer du côlon dans sa réalisation facilitée pour certaines personnes qui ne viennent pas consulter pour un frottis.

Actuellement, un projet similaire est mis en place dans la région de Marseille. Il est donc impossible d'estimer par avance l'apport de cette nouvelle solution dans le dépistage de nos patientes réticentes.

Pour exemple, dans l'Indre et Loire, 2500 femmes ont été invitées, ces femmes ont plus de 35 ans et ont été tirées au sort parmi les femmes qui n'ont pas bénéficié d'un remboursement de frottis sur les trois dernières années. Un délai d'environ 8 mois leur est attribué pour répondre à l'invitation.

#### Déroulement de l'étude :

- Un premier courrier sera adressé aux femmes pour leur rappeler l'intérêt du dépistage par frottis.
- Un kit d'auto prélèvement avec notice d'utilisation devra être récupéré auprès des pharmacies gratuitement.

- Les résultats seront adressés à la patiente et à son médecin traitant : si ceux-ci reviennent positifs, la patiente sera invitée à réaliser des tests complémentaires.
- Puis à distance, un questionnaire sera adressé aux patientes pour évaluer l'acceptabilité de l'étude.

## **5.2. PLACE DU MEDECIN TRAITANT DANS CE SUIVI GYNECOLOGIQUE**

### **DE 50 A 65 ANS**

Une étude réalisée en 2010 a permis d'évaluer les pratiques des médecins généralistes et leur ressenti face aux différents dépistages proposés sur le plan gynécologique [12].

Quarante-cinq pour cent des médecins généralistes déclarent vérifier systématiquement en consultation, auprès de leurs patientes concernées, la réalisation d'un dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis. Ce réflexe est noté plus présent chez les femmes (55 %), les médecins de moins de 45 ans (54 %) et les médecins réalisant eux-mêmes les frottis au cabinet (52%).

La pratique du frottis est réalisée par un médecin interrogé sur deux. Le profil type du médecin qui réalise lui-même les frottis au cabinet est le suivant :

- a) Femme (67%)
- b) De moins de 45 ans (57%)
- c) Travaillant dans un cabinet de groupe (57%)
- d) En milieu rural (67%)
- e) Ayant une patientèle importante (59%)

La question a été posée aux médecins généralistes qui pratiquent le frottis concernant leurs motivations, et ceux-ci ont répondu :

- a) A un manque d'accessibilité pour leurs patientes à un gynécologue à 21 %
- b) Le fait que réaliser cet acte faisait partie de leur rôle (52%)

Devant la démographie médicale actuelle et la diminution du nombre de gynécologues médicaux, les généralistes devront nécessairement s'investir de plus en plus dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, pour permettre un accès plus aisé à l'ensemble de la population.

### **5.3. OUVERTURE SUR CE QUI SE FAIT CHEZ NOS VOISINS**

Pour avoir une petite idée de ce qui se fait dans les pays voisins concernant le dépistage par frottis conventionnel, nous avons repris les recommandations européennes de 1999 sur le dépistage du cancer du col de l'utérus [2].

**ALLEMAGNE** : tous les ans à partir de 20 ans (95 % des femmes y répondent !)

**ANGLETERRE** : de 25 à 49 ans tous les 3 ans et de 50 à 64 ans tous les 5 ans.

**AUTRICHE** : à partir de 19 ans, une fois par an.

**BELGIQUE** : dépistage tous les 3 à 5 ans, de 25 à 64 ans

**BULGARIE** : de 20 à 60 ans

**CHYPRE** : de 30 à 60 ans, tous les 3 ans

**CROATIE** : dépistage de 25 à 64 ans tous les 3 ans, et ensuite le test HPV entre 30 et 64 ans avec un intervalle de 5 ans.

**DANEMARK** : tous les 3 ans de 23 à 50 ans et tous les 5 ans de 50 à 65 ans si les deux derniers tests au cours des 10 dernières années sont négatifs.

**ESPAGNE** : le test est fait de 25 à 65 ans, chez les femmes sexuellement actives tous les 3 ans, après que deux tests aient été négatifs.

**ESTONIE** : un test tous les 5 ans après un premier test négatif chez les femmes de 30 à 59 ans.

**FINLANDE** : tous les 5 ans de 30 à 60 ans, dans certaines municipalités la tranche d'âge est élargie à 25 – 64 ans.

**HONGRIE** : après un frottis négatif, les femmes se font dépister tous les 3 ans de 25 à 64 ans.

**IRLANDE** : tous les 3 ans pour les femmes de 25 à 44 ans et tous les 5 ans pour les femmes de 45 à 60 ans.

**LETTONIE** : de 20 à 70 ans, tous les 3 ans.

**LITTUANIE** : tous les 3 ans de 25 à 60 ans.

**LUXEMBOURG** : une fois par an sans limite d'âge

**HOLLANDE** : tous les 5 ans de 30 à 60 ans.

**POLOGNE** : de 25 à 59 ans tous les 3 ans.

**REPUBLIQUE TCHEQUE** : 1 examen gratuit est préconisé chaque année à toutes les femmes sans limite d'âge.

**ROUMANIE** : entre 25 et 64 ans, fréquence non encore déterminée.

**REPUBLIQUE SLOVAQUE** : de 23 à 64 ans si les deux derniers frottis sont négatifs. Les deux premières années le test est fait à un an d'intervalle. Si le résultat est négatif l'intervalle entre deux tests est 3 ans.

**SERBIE** : dépistage tous les 3 ans de 25 à 69 ans

**SLOVENIE** : dépistage tous les 3 ans après 2 tests négatifs à un an d'intervalle, de 30 à 64 ans.

**SUEDE** : tous les 3 ans de 23 à 50 ans et une fois tous les 5 ans de 51 à 60 ans.

Des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus organisés au niveau national, existent en Suède, en Finlande, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni[13].

Après avoir observé les différents programmes de dépistage proposés dans ces différents pays, on ne note pas une grande homogénéité sur les tranches d'âge proposées. Seule la fréquence semble majoritairement être à 3 ans pour l'ensemble des pays proposés.

Existe-t-il une fréquence optimale, une tranche d'âge cible pour ce dépistage ? Il est difficile de trancher devant la disparité de ce qui est proposé à ce jour. Nous avons seulement la certitude que les frottis proposés tous les ans pour certaines de nos patientes sont abusifs en l'absence d'antécédents significatifs nécessitant une surveillance accrue. Ce sur-dépistage vient-il de la peur que représente un cancer pour la patiente, ou vient-il de la crainte de chaque praticien de la possibilité de laisser plus de temps avant le dépistage de cette pathologie ?

## **6. CONCLUSION**

Le suivi gynécologique des femmes de 50 à 65 ans est donc dépendant de l'information qu'elles ont pu obtenir tout au long de leur vie. On note que les femmes interrogées, bien qu'elles aient un bon, voir un très bon niveau social, n'étaient pourtant pas plus informées sur les risques qu'elles encouraient sur cette tranche d'âge.

Le médecin traitant reste donc un acteur indispensable pour améliorer ce suivi, non pas dans la réalisation de tous les examens gynécologiques car les femmes restent très attachées à leur suivi par un gynécologue, mais dans la transmission d'une information nécessaire à ces patientes. Cette information prend tout son sens lorsqu'elle est répétée sur plusieurs consultations dont l'objectif n'était pas forcément d'origine gynécologique.

Après avoir analysé les différents freins et moteurs à la consultation que ces femmes rapportent, l'un des freins majoritaire reste l'examen clinique. Cet examen d'un corps nu qui occasionne un inconfort profond et pour lequel il est difficile de trouver une alternative. C'est donc par l'auto prélèvement proposé et mis en œuvre très prochainement que les possibilités de dépistage restent des plus encourageantes. Et si comme beaucoup de femmes le conçoivent le frottis est non pas un examen de dépistage mais de suivi classique, ce suivi se verra par conséquent amélioré.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1 - AMELI

Avenant numéro 8 à la convention médicale, mis à jour le 8 mars 2013 et paru au journal officiel le 7/12/2012.

[http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/avenant-n-8-a-la-convention-medicale\\_alpes-maritimes.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/avenant-n-8-a-la-convention-medicale_alpes-maritimes.php)

2 - ANTILA A., RONCO G.,

Working group on the Registration and Monitoring of Cervical Cancer Screening Programmes in the European Union; within the European Network for Information on Cancer (EUNICE),(2009b), Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union, in European Journal of Cancer, 45, pp. 2685-2708.

3 - AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A, IMBERT P, LETRILLART L et al.

Introduction à la recherche qualitative.

Exercer 2008 ; 84 : 142-145.

4 - BANCON Sabine

L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale.

Thèse d'exercice :Médecine Lyon 1 : 2008

5 - GAMBIEZ-JOUMARD Ariane

Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico utérin.

Thèse d'exercice : Médecine Saint Etienne : septembre 2010

6 - HAS (Haute Autorité de Santé)

Recommandations en santé publique, Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Argumentaire.

Juillet 2010, 235 pages, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

7- INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Evaluation épidémiologiques des quatre départements pilotes

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/col\\_uterus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/col_uterus.pdf)

8 - MEGRET VALERIE

Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale.

Thèse d'exercice : Médecine Toulouse : 2010

9 - MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

Circulaire du 17/02/2003

10 - ORA Mélanie

Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivation des femmes pour leur prise en charge gynécologique de première intention.

Thèse de médecine Paris Créteil : 2007

11 - ORS BOURGOGNE

Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ?

Septembre 2004

12 - PLAN CANCER, mesure 6

Résultats de l'enquête barométrique InCA/BVA sur les médecins généralistes et le dépistage des cancers.

Plan cancer 2009-2013, mesure 6, action 6.3 : réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement, et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre cancers.

13 - Recommandations Européennes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne élaborées par le comité consultatif pour la prévention du cancer après la conférence sur le dépistage et la détection précoce du cancer, à Vienne, 18-19 novembre 1999.

Registre du cancer, in <http://www.kankerregister.org>

### **CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

14 - L'article L.4151-1 du code de la santé publique dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit désormais que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».

### **REFERENCES INTERNET :**

1 - <http://www.ars.centre.sante.fr/Depistage-du-cancer-du-col-de.98070.0.html>

2 - [www.google.fr](http://www.google.fr)

3- [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

4 – [www.cismef.org](http://www.cismef.org)

5 – [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)

**Annexe 1 :**

**Catégories socio professionnelles**

## Correspondances entre catégories socioprofessionnelles et groupes socioprofessionnels

Groupes socioprofessionnels (8 postes dont 6 pour les actifs)		Catégories socioprofessionnelles (42 postes dont 31 pour les actifs)	
1	Agriculteurs exploitants	11	Agriculteurs sur petite exploitation
		12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
		13	Agriculteurs sur grande exploitation
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	Artisan
		22	Commerçant
		23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	31	Professions libérales
		3	Cadres de la fonction publique
		34	Professeurs, professions scientifiques
		35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
		3	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
		38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4	Professions intermédiaires	42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés

	43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	44	Clergé, religieux
	45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47	Techniciens
	48	Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	5	Employés civils et agents de service de la fonction publique
	53	Policiers et militaires
	54	Employés administratifs d'entreprise
	55	Employés de commerce
	56	Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
	63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
	64	Chauffeurs
	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport

		67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
7	Retraités	71	Anciens agriculteurs exploitants
		72	Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
		74	Anciens cadres
		75	Anciennes professions intermédiaires
		77	Anciens employés
		78	Anciens ouvriers
8	Autres personnes sans activité professionnelle	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		83	Militaires du contingent
		84	Élèves, étudiants
		85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

**Annexe 2 :**  
**Guide d'entretien**

## Expériences et vécu gynécologique

Comment s'est passé votre suivi gynécologique ?

Selon votre expérience, à quel moment (âge ou événement) votre suivi gynécologique a-t-il débuté ? Pensez-vous qu'il y ait un âge au-delà duquel il ne soit plus utile de bénéficier d'un suivi gynécologique ?

Avec quel praticien avez-vous eu votre suivi gynécologique ? Aurait-il été plus simple d'aborder votre suivi avec un autre praticien ?

Sur le plan technique, quel praticien semble plus adapté à votre suivi ? Sur le plan relationnel, pensez-vous qu'il en soit de même ? Quelles sont selon votre expérience personnelle les périodes où une femme est la plus suivie sur le plan gynécologique ?

Que pensez-vous de votre suivi gynécologique actuellement ?

Si votre médecin traitant vous proposait le suivi sur ce plan, quelle serait votre position ?

## Suivi gynécologique et sexualité

Comment votre activité sexuelle a-t-elle influencé ou influence-t-elle votre suivi gynécologique ? Sur un plan plus général, quelle relation faites-vous entre activité sexuelle et suivi gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans ?

## Freins et moteurs à la consultation gynécologique

A partir de votre vécu, quels sont les freins à la consultation gynécologique ? Quels sont les motifs qui vous amènent à reporter ce suivi ? Si votre suivi vous semble insuffisant, quels sont les facteurs qui vous amèneraient à vous faire suivre plus fréquemment ?

Quels sont selon vous les facteurs qui conduisent les femmes en général à se faire suivre plus fréquemment ?

Quelle est selon vous la fréquence optimale pour un suivi gynécologique satisfaisant de 50 à 65 ans (en dehors de toute grossesse ou problèmes gynécologiques) ?

Que pensez-vous du dépistage du cancer du col de l'utérus?

Que pensez-vous du dépistage du cancer du sein?

## Pistes pour une amélioration du suivi

Comment pensez-vous qu'il soit possible d'améliorer le suivi gynécologique dans l'avenir ?

Comment toucher une population de femmes de 50 à 65 ans qui ne se sent pas concernée ?

**Annexe 3 :**

**Courrier d'information de la Sécurité Sociale  
sur le cancer du col de l'utérus**

Mon numéro : [Numéro à 13 chiffres]

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

[Prénom] [Nom]

[Prénom] [Nom]

[Adresse]

[Code postal] [Ville]

mon  
parcours  
d'assuré

Le [JJ/mois/AAAA]

## > MA PROTECTION CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



**Vous cherchez un professionnel de santé près de chez vous ?**

Rendez-vous sur [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr) : trouvez facilement le professionnel de santé pour réaliser votre dépistage du cancer du col de l'utérus et connaître ses tarifs.

[Chère madame] [Nom],

Savez-vous à quand remonte votre dernier frottis ? Peut-être n'avez-vous jamais bénéficié de cet examen ?

Il est pourtant essentiel de réaliser un dépistage précoce du cancer du col de l'utérus :

90 % de ces cancers pourraient être ainsi évités.

Aujourd'hui, l'Assurance Maladie vous propose de **faire un frottis de dépistage**. Simple et rapide, cet examen médical permet de repérer les anomalies du col de l'utérus à un stade où il est plus facile de les soigner.

Votre médecin traitant, un gynécologue, ou une sage-femme peuvent effectuer ce frottis.

Parlez-en sereinement avec votre médecin lors d'une prochaine consultation, il



### Je m'informe sur [ameli-sante.fr](http://ameli-sante.fr) !

Je consulte la rubrique « Cancer du col de l'utérus » sur [ameli-sante.fr](http://ameli-sante.fr). Questions-réponses, schémas, articles : je bénéficie d'informations concrètes et de conseils pour prendre en main ma santé.

## **TABLES DES MATIERES**

<u>Remerciements</u> .....	10
<u>Abréviations</u> .....	13
<u>Sommaire</u> .....	15
<b>1. <u>Introduction</u></b> .....	<b>16</b>
1.1. Problématique.....	16
1.2. Objectifs de l'étude .....	18
<b>2. <u>Matériel et méthodes</u></b> .....	<b>18</b>
2.1. Choix de la méthode .....	18
2.2. Etapes nécessaires à la réalisation de la méthode .....	20
2.2.1. Elaboration du guide d'entretien .....	20
2.2.2. Recrutement de l'échantillonnage théorique .....	21
2.2.3. Réalisation des entretiens.....	26
2.2.4. Retranscription des entretiens .....	26
<b>3. <u>Résultats</u></b> .....	<b>27</b>
3.1. Déroulement du suivi gynécologique .....	27
3.1.1. Ressenti sur le suivi gynécologique passé .....	27
3.1.2. Pensez-vous qu'il y ait un âge au-delà duquel un suivi gynécologique soit inutile ? .....	28
3.1.3. Quel serait le suivi gynécologique optimal selon vous entre 50 et 65 ans ? .....	29
3.1.4. Le suivi serait-il envisageable avec un autre praticien ? .....	30
3.1.5. Si votre médecin traitant vous proposait le suivi, quelle serait votre position ? .....	30
3.2. Suivi gynécologique et activité sexuelle, peut-on évoquer un lien de causalité ? .....	32
3.3. Moteurs à la consultation .....	34
3.3.1. Fréquence de suivi augmentée par indication du praticien .....	35
3.3.2. La peur de vieillir .....	35

3.3.3.	L'existence d'un nouveau partenaire .....	35
3.3.4.	La peur de méconnaître une pathologie .....	36
3.3.5.	Le fait d'avoir plusieurs partenaires .....	36
3.4.	Freins à la consultation .....	36
3.4.1.	Au vu de leur âge, les femmes ne veulent plus se battre .....	37
3.4.2.	Les délais d'attente pour les prises de rendez-vous ou attente dans les cabinets médicaux .....	37
3.4.3.	Le fait d'être ménopausée.....	38
3.4.4.	Examen gênant et désagréable, notion de pudeur .....	38
3.4.5.	L'aspect financier .....	38
3.4.6.	La peur des résultats .....	39
3.4.7.	Le sexe du gynécologue .....	39
3.4.8.	Le « surbooking » des gynécologues, leur refus de recevoir de nouvelles patientes .....	39
3.4.9.	La vie personnelle .....	39
3.5.	Ressenti sur le dépistage du cancer du col de l'utérus .....	40
3.6.	Ressenti sur le dépistage du cancer du sein .....	41
3.7.	Pistes d'amélioration pour le suivi gynécologique de ces patientes .....	42
3.7.1.	Améliorer les informations données à l'école .....	43
3.7.2.	Consultation dédiée au dépistage et au suivi gynécologique .....	43
3.7.3.	Création d'un planning familial itinérant .....	43
3.7.4.	Déremboursement en l'absence de suivi .....	43
3.7.5.	Expliquer la nécessité de poursuivre le suivi après la ménopause .....	44
3.7.6.	Le sexe du gynécologue .....	44
3.7.7.	Instauration d'un magazine dédié au dépistage et au suivi gynécologique des femmes après 50 ans .....	44
3.7.8.	Obligation émanant de l'état .....	44
3.7.9.	Invitation au suivi par courrier .....	45
3.7.10.	Invitation au suivi par les médias .....	45
3.7.11.	Mise en place d'un pôle santé dédié au suivi des femmes de 50 à 65 ans sur le modèle du pôle Sofia .....	46
3.7.12.	Réalisation d'examens non douloureux .....	46
3.7.13.	Revoir les tarifs de la consultation à la baisse .....	46
3.7.14.	Place du médecin traitant dans le suivi .....	47

4. <u>Discussion</u> .....	48
4.1. De la méthodologie .....	48
4.1.1. Recrutement de la population .....	48
4.1.2. Population étudiée .....	49
4.1.3. Entretiens .....	50
4.2. Discussion des résultats obtenus .....	51
5. <u>Ouverture</u> .....	63
5.1. Ouverture sur les différents projets mis en place sur le plan national pour améliorer le suivi .....	63
5.2. Place du médecin traitant dans ce suivi gynécologique de 50 à 65 ans .....	65
5.3. Ouverture sur ce qui se fait chez nos voisins .....	66
6. <u>Conclusion</u> .....	69
<u>Bibliographie</u> .....	70
<u>Annexe 1</u> : catégories socioprofessionnelles .....	74
<u>Annexe 2</u> : guide d'entretien .....	78
<u>Annexe 3</u> : courrier d'information de la Sécurité Sociale sur le cancer du col de l'utérus .....	81
<u>Tables des matières</u> .....	83
<u>Résumé</u> .....	86
<u>Serment d'Hippocrate</u> .....	87

## **RESUME**

NOM : CARLES    PRENOM : KARINE

Titre de la thèse : Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes.

OBJECTIFS : Déterminer les freins et les moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et définir la place du médecin traitant dans ce suivi, après avoir analysé les différentes pistes d'amélioration du suivi proposées par les femmes interrogées

METHODE : Analyse qualitative de 43 entretiens individuels semi dirigés sur la période du 2 janvier au 2 février 2013, auprès de femmes de 50 à 65 ans résidant dans les Alpes Maritimes.

RESULTATS : Les femmes de notre département sont globalement satisfaites de leur suivi et souhaitent le poursuivre avec leur praticien qui est majoritairement un gynécologue. Celles ne bénéficiant pas d'un suivi, signalent qu'elles n'en éprouvent pas le besoin, devant un état de santé générale satisfaisant. Elles se refusent à découvrir quelque chose par les méthodes de dépistage, et préfèrent ne pas savoir.

Les éléments qui freinent leur suivi est principalement l'examen clinique, ainsi que la peur de connaître les résultats des examens réalisés, potentiellement annonciateurs de pathologies néoplasiques. L'aspect financier est également un des freins évoqués pour 1/7 des patientes. Différentes pistes d'amélioration pour ce suivi ont été proposées : le rôle du médecin traitant prépondérant, puis le rôle des courriers et des médias. La baisse du tarif des consultations pour le dépistage revu à la baisse permettra un accès aux soins facilité pour certaines patientes.

CONCLUSION : Le suivi de ces femmes est marqué par des freins difficiles à surmonter tels que le refus de l'examen gynécologique ou la peur des résultats, mais certains peuvent être dépassés et le médecin traitant possède un rôle central pour améliorer ce suivi, étant l'acteur majeur de la prévention primaire. La piste la plus encourageante dans l'avenir reste la mise en œuvre d'auto-prélèvements à la recherche d'HPV.

## Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

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