



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Rémy PAZZOGNA

Le Vendredi 18 Avril 2014

PERCEPTION DU PROTOCOLE EXPERIMENTAL DEPIST HPV 55

Enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès
de médecins généralistes meusiens

Examineurs :

M. le Professeur Philippe JUDLIN	Président
M. le Professeur Olivier MOREL	Juge
Mme le Docteur Elisabeth STEYER	Juge
Mme le Docteur Véronique RIVIERE-SIMONET	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et Directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle : • « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques » • « DES Spécialité Médecine Générale » • « Gestion DU – DIU »	Professeur Marc DEBOUVERIE Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
 Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
 Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
 Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
 Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
 Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

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

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS Professeure

Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

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

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez bien voulu lui porter.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférences Universitaire en Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, le témoignage de notre plus profond respect.

Soyez remerciée pour votre rigueur et pour vos enseignements au cours du troisième cycle de Médecine générale.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Véronique RIVIERE-SIMONET

Docteur en Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE, JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Maître de Conférences Associé en Médecine Générale

Vous nous avez fait confiance tout au long de l'élaboration de ce travail, nous espérons qu'il sera à la hauteur de vos attentes.

Vous nous avez accompagnés et formés durant nos premiers pas en médecine générale, nous vous en remercions. Votre dynamisme et votre rigueur sont des exemples que nous nous efforcerons de suivre.

Veillez recevoir l'expression de notre plus sincère gratitude.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont permis la réalisation de cette thèse

Notamment les 14 médecins généralistes meusiens qui ont accepté de nous recevoir et de consacrer du temps pour participer à ce travail.

Nos remerciements vont également au Dr RIVIERE-SIMONET pour la communication de ces informations sur le protocole.

A mes parents,

Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir donné la chance de devenir médecin. Profitez bien de votre retraite désormais, vous l'avez bien méritée.

Soyez assurés de tout mon amour à travers cette thèse.

A la mémoire de mes grands-parents,

Je vous dédie cette thèse.

A ma famille,

A la Drannoc Team : Charo, Flo, Lucas, Gravier, Maxou, Steph

De la P2 aux rempla, presque 10 ans passés ensemble et des centaines de souvenirs ! Je voulais vous dire un simple merci, mais du fond du cœur, pour tous les bons moments que l'on a vécu. Le meilleur reste à venir.

« Exilé sur le sol au milieu des huées, ses ailes de géant l'empêchent de marcher »

Aux amis : Adrien, Alice, Alix, Caro, Charles, Charly, Chloé, Dédé, Granne, Guillaume, Julian, Laura, Marie, Nicnic, Romain, Thomas

Merci pour votre présence en ce jour particulier. J'ai hâte de pouvoir vous écrire des courriers !

A toutes celles et ceux que j'ai pu croiser durant mon parcours, aux équipes qui m'ont accueilli

Vous avez contribué à me faire devenir le médecin que je suis. Merci pour vos encouragements, vos enseignements, et votre soutien.

A Anne,

Merci pour ton amour inconditionnel depuis toutes ces années, pour ta patience et ton soutien au jour le jour. T'avoir à mes côtés est une chance inestimable. Sois assurée de tout mon amour.

Au premier jour du reste de notre vie...

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
SERMENT D'HIPPOCRATE	16
TABLE DES MATIERES	17
LISTE DES ABREVIATIONS	19
INTRODUCTION	20
1. Généralités	21
a. Données épidémiologiques	21
b. Physiopathologie	22
2. Le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	23
a. Place du médecin traitant	23
b. Situation en France.....	25
c. Chiffres clés du dépistage	26
d. Mesures nationales	28
e. L'avenir du test HPV	30
3. Le protocole expérimental meusien DEPIST HPV 55	31
a. Objectifs	31
b. Organisation	32
c. Résultats	34
d. Divers.....	35
4. Objectif de l'étude.....	35

MATERIEL et METHODE	36
1. Le choix de la méthode	36
2. Les entretiens semi dirigés.....	36
a. L'échantillonnage	36
b. Le déroulement	37
c. Les données.....	37
RESULTATS.....	39
1. L'échantillon	39
2. Les données des entretiens.....	41
DISCUSSION	53
1. Sur la méthodologie	53
a. Les intérêts de la méthode.....	53
b. Les limites de la méthode	53
2. Sur les résultats	55
a. L'échantillon	55
b. Les entretiens	56
c. Les données.....	57
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	75

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMPM : Association Meusienne pour la Prévention Médicale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ASC-US : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FCU : Frottis Cervico Utérin

FCV : Frottis Cervico Vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

HPV : Human Papilloma Virus (Papilloma Virus Humain)

INCa : Institut National du Cancer

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelles

NEJM : New England Journal of Medicine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROSP : Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique

WHO : World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes)

INTRODUCTION

Au cours de notre cursus et notamment à travers nos stages chez le médecin généraliste, la question du dépistage s'est fréquemment posée à nous. Comment essayer de convaincre les gens de bénéficier d'un examen qui pourrait éventuellement les amener face à la maladie alors que ceux-ci ne se plaignaient de rien ? Comment essayer d'en parler en consultation alors que bien souvent le motif premier en est totalement éloigné ? Comment essayer de combattre certaines fausses croyances ? Des situations d'autant plus difficiles à gérer puisqu'il s'agit ici du dépistage du cancer du col de l'utérus, et, d'une façon plus générale, de gynécologie. Le « fossé » entre gynécologie et médecine générale nous est apparu aussi comme une grande interrogation durant nos études. En une année de stage chez des praticiens de médecine générale, les examens gynécologiques étaient extrêmement rares, alors que durant notre semestre dans un service de gynécologie, l'essentiel des consultations aurait pu être géré par le médecin généraliste. Comment expliquer cette discordance ? La mise en place en Meuse du protocole DEPIST HPV 55 a été l'occasion de répondre à ces questions. En mobilisant l'ensemble des professionnels de santé, ce protocole a pour but d'évaluer les conditions de mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Meuse et du test HPV en dépistage primaire. L'étude que nous proposons a pour objectif d'évaluer le ressenti et l'implication des médecins généralistes meusiens dans ce protocole expérimental.

1. Généralités

a. Données épidémiologiques

Le cancer du col de l'utérus est un problème majeur de santé publique, tant au niveau national que mondial [1].

Preuves de ce phénomène, les données épidémiologiques mondiales de 2012, le plaçant à la fois au 4^{ème} rang des cancers les plus fréquents (plus de 528.000 nouveaux cas estimés) et des plus mortels (plus de 266.000 décès estimés) chez la femme. Les pays les plus touchés étant les pays en voie de développement (environ 95% de la totalité des décès) [2].

En France, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus sont en constante diminution depuis des décennies, grâce notamment à l'amélioration des conditions d'hygiène et au dépistage par frottis cervico-utérin. Mais ce cancer fait encore malheureusement de nombreuses victimes : 3028 nouveaux cas et 1102 décès sont estimés pour 2012 (12^{ème} rang des cancers féminins en termes de fréquence et de mortalité) [3]. L'âge moyen au diagnostic est de 54 ans.

En Lorraine, les données sur la période 2008-2010 rapportent l'apparition d'environ 108 cas annuels soit un taux standardisé monde de 6.2 pour 100.000 personnes années, taux faible vis-à-vis des autres régions [4]. Concernant la mortalité, les données de l'Inserm [5] regroupées dans le tableau 1 nous montrent que celle-ci diminue progressivement depuis une trentaine d'années.

TABLEAU 1. MORTALITE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN LORRAINE. DONNEES INSERM.

Période	Effectifs *	Taux **
1979-1981	45	2.6
1982-1984	43	2.4
1985-1987	36	2.0
1988-1990	30	1.6
1991-1993	31	1.6
1994-1996	31	1.6
1997-1999	35	1.6
2000-2002	26	1.2
2003-2005	25	1.1
2006-2008	29	1.2
2009-2011	24	1.0
* Moyenne annuelle sur la période de 3 ans		
** Taux pour 100,000 personnes standardisé par âge		

b. Physiopathologie

Le développement d'un cancer du col de l'utérus est quasiment indissociable de la présence au niveau du col d'un virus oncogène, le Human Papilloma Virus [6, 7].

Sa persistance de façon chronique associée parfois à des facteurs de risques bien identifiés (rapports sexuels précoces, partenaires multiples, tabagisme, contraception hormonale, co-infections, immunodépression) peut amener au développement du cancer du col de l'utérus [8].

Environ 80% des femmes seront infectées par le HPV au moins une fois dans leur vie, de façon plus importante au début de leur vie sexuelle, mais chez seulement 10% d'entre elles l'infection va persister, et risquer d'induire des lésions précancéreuses, qui elles-mêmes par la suite, pourront soit régresser soit persister et évoluer vers un cancer du col de l'utérus [9, 10].

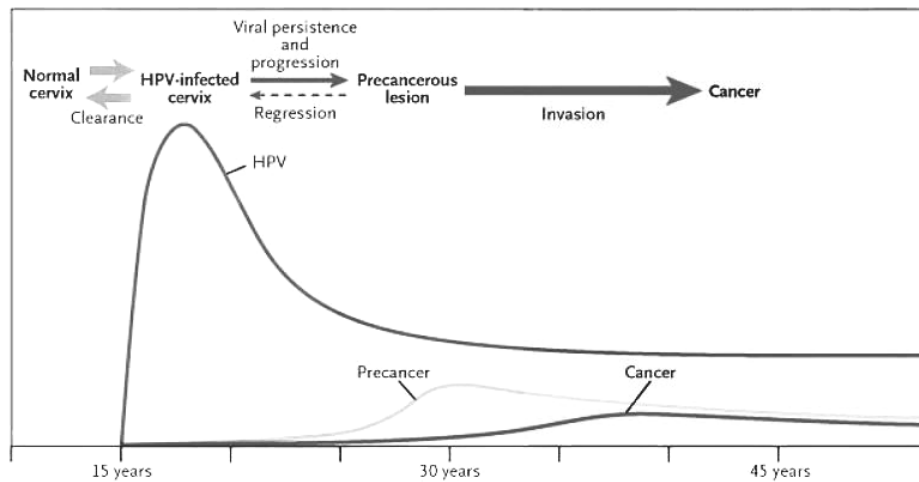


FIGURE 1 . THE NATURAL HISTORY OF HPV INFECTION AND CERVICAL CANCER. SCHIFFMAN AND CASTLE, N ENGL J MED 2005.

2. Le dépistage du cancer du col de l'utérus

a. Place du médecin traitant

Le médecin traitant d'un patient est le plus souvent son médecin généraliste. Celui qui bien souvent le suit depuis son enfance, celui qui a suivi sa famille, celui qui est donc le mieux placé pour avoir une vision globale de ce patient. Il occupe une place de choix au sein du parcours de soin notamment en raison de sa proximité avec le patient.

Dans le cadre complexe du dépistage, l'importance du médecin généraliste a été réaffirmée par plusieurs mesures.

Le Plan Cancer 2009-2013 [11] a permis de conforter son rôle majeur dans la prévention et dans l'incitation au dépistage. Les deux mesures considérées sont la mesure 16 : « *Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire* » et la mesure 18 : « *Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant* ».

Le nouveau Plan Cancer 2014-2019 réaffirme son implication dans le dépistage du cancer du col de l'utérus : « *Action 1.1 : Déployer le dispositif, son suivi et son évaluation en confortant le rôle du médecin généraliste* » ou encore « *Renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage* » [12].

La HAS en 2010 recommande que « *pour chacune de ses patientes, le médecin traitant coordonne le dépistage. Il effectue la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés (dans le respect des obligations déontologiques et légales), incite à la participation au dépistage, prescrit un test de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif* » [13].

La loi HPST a également consacré le médecin traitant dans son rôle de premier recours aux soins, et de pivot du système de santé. On lui a réaffirmé ses missions de « *diagnostic, le traitement, la prévention, le dépistage, mais également l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soins* » [14].

L'importance du médecin traitant est également notifiée dans deux articles de la Convention médicale de 2011 [15] :

- « *Article 12 : Le médecin traitant favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients [...]* ».
- L'article 12.1 établit les missions du médecin traitant : « *il assure le premier niveau de recours aux soins, [...] participe à la prévention, au dépistage [...]* ».

Une reconnaissance également financière en découle, dans le cadre de la rémunération à la performance. La convention fixe un objectif de taux de couverture de 80%, tous modes de dépistage confondus, des patientes du médecin âgées de 25 à 65 ans.

Enfin, preuve de la conscience de leur implication primordiale au sein du système de santé, la synthèse des résultats de l'enquête barométrique de septembre 2010 [16] nous montre

que près de la moitié des généralistes interrogés estime avoir un rôle « indispensable » dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ceux-ci sont également habitués au fonctionnement du dépistage sur un mode organisé grâce au dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein. La simplicité des protocoles, le retour d'information, et l'encadrement semblent être des points essentiels pour permettre une bonne adhésion des professionnels de santé ainsi que des patients.

b. Situation en France

Les données épidémiologiques combinées à l'histoire naturelle particulière du virus HPV, font du cancer du col de l'utérus le candidat idéal à un dépistage. Il répond notamment à tous les facteurs décrits par l'OMS [17] :

- Menace grave pour la santé publique
- Histoire naturelle et évolution de la maladie connues
- Maladie décelable à un stade asymptomatique
- Evolution lente de la maladie
- Moyens de dépistage, de diagnostic et de traitement disponibles et efficaces
- Le test de dépistage est acceptable pour la population concernée
- Coût du dépistage acceptable

Actuellement en France, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [9]. Le dépistage se fait de manière individuelle, opportuniste, selon le schéma suivant : réalisation d'un frottis cervico-utérin chez les femmes de 25 à 65 ans tous les 3 ans, après 2 frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle [18, 19].

Or, depuis plusieurs années, de nombreuses instances recommandent la mise en place d'un dépistage organisé : l'OMS depuis 2002 [20, 21], le conseil de l'union européenne depuis 2003 [22], le centre international de recherche sur le cancer depuis 2005, la DGS depuis 2006 [23], le CNGOF l'a réprécisé en 2007 [24] et depuis 2010, la HAS [13]. En effet, de nombreuses études ont prouvé la supériorité d'un dépistage organisé par rapport à un

dépistage individuel, tant en termes d'efficacité, d'efficience, de coût et aussi d'égalité dans l'accès à la prévention [25, 26].

C'est ainsi qu'en France, des expérimentations de dépistage organisé ont été mises en place dès 1990 dans plusieurs départements [9]. Au nombre de 13 à ce jour, il s'y déroule des actions de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage (invitation par courrier des femmes n'ayant pas fait de frottis depuis 3 ans, relance des femmes ne donnant pas suite à l'annonce d'une anomalie sur leur frottis par exemple).

TABEAU 2. DESCRIPTION DES 5 EXPERIENCES DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN FRANCE

	Isère	Martinique	Bas-Rhin (67) / Haut-Rhin (68)	Doubs
Ancienneté du programme	1991	1991	1994 (67) 2001 (68)	1993
Effectif / pop. Cible (Insee 2003-2005)	142 454	120 182	480 706	Environ 152 000
Tranches d'âge cibles	50-74 ans	20-65 ans	25-65 ans	25-65 ans
Modalité d'invitation	Toutes les femmes tous les 2 ans	Toutes les femmes de 25-65 ans tous les 3 ans	Femmes n'ayant pas réalisé un FCU au cours des 3 dernières années	Femmes ayant déjà réalisé un FCU

Source : INVS, Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. DUPORT N. 2008

c. Chiffres clés du dépistage

Le taux de dépistage par frottis cervico-utérin est connu pour les femmes de 20 à 69 ans jusqu'en 2000, puis pour les femmes de 25 à 65 ans sur une période plus récente [27]. Il est détaillé dans ce tableau :

TABLEAU 3. TAUX DE DEPISTAGE EN FRANCE METROPOLITAINE

Âges	1995-1997	1998-2000	Âges	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	Objectif
20-29 ans	54,9%	59,7%						80%
30-39 ans	56,8%	61,0%	25-34 ans	56,3%	58,0%	58,4%	59,6%	
40-49 ans	56,9%	58,7%	35-44 ans	65,7%	65,3%	66,2%	67,1%	
50-59 ans	47,4%	48,0%	45-54 ans	58,5%	58,9%	59,0%	60,1%	
60-69 ans	25,8%	23,8%	55-65 ans	45,6%	46,0%	46,0%	46,4%	
Total	51,5%	53,6%		57,0%	57,4%	57,7%	58,5%	

Source : CNAMTS. Champ : régime général, France métropolitaine

On observe par ces chiffres que le taux de dépistage global s'améliore dans le temps, mais que malheureusement il chute systématiquement en-dessous de 50% après 55 ans.

Il ressort également dans une étude de la DREES [28] qu'il existe de nombreuses disparités au sein de la population : ce sont les femmes actives, les femmes diplômées et les femmes aisées qui ont le plus souvent recours au FCU, alors que les femmes les plus défavorisées déclarent quant à elles avoir moins fréquemment pratiqué un FCU dans les trois ans.

Cette même étude nous montre que les volumes de FCU réalisés au niveau national correspondraient à une couverture du dépistage de près de 89 % si toutes les femmes concernées ne faisaient qu'un seul FCU de dépistage tous les 3 ans.

La simple lecture de ces quelques données permet de se rendre compte que le dépistage connaît de très fortes inégalités. Ceci est confirmé par la HAS : 50% des femmes ne sont pas ou trop peu dépistées, 40% sont dépistées trop fréquemment, 10% seulement des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé [13].

Une autre étude nous montre toute l'importance du dépistage : celle de J.-C. BOULANGER de 2006 [29]. Sur 524 cas étudiés de cancers invasifs du col de l'utérus :

- 24% des femmes n'avaient jamais fait de frottis.
- 45% avaient eu des frottis de façon irrégulière à un intervalle supérieur à 3 ans.
- 31% avaient un frottis rendu comme normal dans les 3 dernières années.

Le dépistage organisé est donc la voie à suivre pour faire baisser l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus, et limiter les inégalités. Deux autres arguments sont là pour nous le prouver : l'INVS et l'Europe.

Tout d'abord, l'INVS a évalué en 2007 [30] les programmes pilotes de dépistage organisé en France. De nombreux bénéfices ont été mis en avant :

- Le taux de couverture à 3 ans était plus élevé que le pourcentage national (par exemple, 71% dans le Bas-Rhin et 68,5% dans le Haut Rhin).
- Ce taux était maintenu à un niveau plus élevé après 50 ans (62,7% dans le Bas-Rhin, 58,7% dans le Haut-Rhin alors que la moyenne nationale chute après cet âge).

Enfin, nos voisins européens bénéficiant du dépistage organisé réussissent à obtenir des taux de participation très élevés : 78% pour l'Angleterre, 70% pour la Finlande par exemple [31] (avec même pour cette dernière, un taux de frottis effectué tous les 5 ans chez les femmes entre 30 et 60 ans s'élevant à 93% [24]).

d. Mesures nationales

La nécessité d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été renforcée et inscrite dans le Plan Cancer 2009-2013 [11], plus particulièrement grâce à la mesure 16.5 : « *Étudier l'impact des nouvelles technologies de recherche du papillomavirus et de la vaccination sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Définir par des expérimentations, les modalités pratiques, les algorithmes décisionnels en cas de positivité du test et évaluer l'opportunité d'organiser le dépistage en fonction notamment des expériences pilotes ainsi que le rapport coût efficacité* ».

Le nouveau Plan Cancer 2014-2019 [12], s'ouvre tout de suite par le sujet de notre travail : « *Objectif 1 : Favoriser des diagnostics plus précoces ; Paragraphe 1 : Faire reculer les inégalités face au cancer du col utérin et réduire son incidence ; Action 1.1 : Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé* ». La volonté forte d'un dépistage organisé du

cancer du col de l'utérus est désormais inscrite : « *Il s'agit en effet, après ceux du cancer du sein et du cancer colorectal, de mettre en place un troisième programme de dépistage d'envergure nationale* ».

Néanmoins, ce nouveau plan cancer reste assez discret concernant l'utilisation du test HPV en 1^{ère} intention. Il n'en est fait mention que dans l'introduction de l'objectif 1 : « [...] *Pourtant, le cancer du col de l'utérus est le seul cancer pour lequel il existe : un examen de dépistage, le frottis du col de l'utérus (ou à l'avenir une recherche directe du papillomavirus)* ».

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 fixe également un objectif précis (numéro 48) : « [...] *poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV. [...] Les indicateurs seront l'incidence du cancer du col de l'utérus, le taux de couverture du dépistage, le volume des tests HPV.* » [32].

La HAS, dans ces dernières recommandations de 2010, préconise également la mise en œuvre d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en argumentant sur plusieurs points :

- preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel.
- le dépistage organisé peut être évalué et amélioré.
- rationalisation des moyens mis en œuvre : compensation de l'augmentation des coûts liés à l'augmentation de la participation par une diminution des gaspillages (actes et interventions inutiles).
- appui des acteurs traditionnels : gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, anatomo-cytopathologistes et biologistes.
- il vise toutes les femmes de 25 à 65 ans et reste fondé sur 1 FCU tous les 3 ans.
- il prévoit des actions complémentaires afin d'augmenter la participation des femmes (absence d'avance de frais et/ou gratuité des tests de dépistage, repérage systématique des femmes non dépistées, associations de patientes, voire développement de l'autoprélèvement pour les femmes les plus réticentes vis-à-vis du dépistage).

Un article paru dans la revue *Exercer* en 2013 conclut également à « l'urgence » de la mise en place en France d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [33].

e. L'avenir du test HPV

Le test HPV a fait l'objet de nombreuses études sur les 10 dernières années. Les suivantes sont celles que l'on retrouve très fréquemment dans la littérature, avec notamment :

- L'équipe du Dr RONCO, qui a montré que le test HPV était meilleur pour la détection des lésions de haut grade chez les femmes de plus de 30 ans, et permettait d'étendre les intervalles de surveillance à au moins 5 ans [34, 35, 36].
- L'étude du Dr MAYRAND publiée dans le *NEJM* démontre que le test HPV est plus sensible pour la détection des lésions précancéreuses du col que le test cytologique [37].
- L'étude du Dr SHERMAN a montré que le test HPV avait une excellente valeur prédictive négative, ce qui permettait d'éliminer une lésion cervicale et de reporter le prochain FCU normalement à plus de 3 ans [38].
- L'étude du Dr BULKMANS conclut à une détection plus précoce des CIN 3, qui permet ainsi une extension de l'intervalle de dépistage [39].

La supériorité du test HPV sur la cytologie en termes de détection de lésions précancéreuses a donc été prouvée à de maintes reprises :

- Sensibilité supérieure au frottis cytologique et une reproductibilité forte d'où l'amélioration de la qualité du dépistage primaire du cancer du col de l'utérus [40].
- Valeur Prédictive Négative élevée.
- Spécificité inférieure au test cytologique (nécessité d'un triage cytologique en cas de positivité) [41].

Ces caractéristiques impliquent de mettre en place des stratégies bien codifiées pour chaque population cible. En effet, dépister toutes les femmes en utilisant le test HPV impliquerait la découverte d'un grand nombre de résultats positifs, surtout chez les femmes jeunes. Mettre

en évidence des maladies qui auraient probablement disparu spontanément, implique de lourdes conséquences : inquiétudes, réitération des examens, conisations inutiles, grossesses pathologiques...

Actuellement, la recherche du virus HPV n'est recommandée (et remboursée) en France que lors du bilan de lésions ASC-US, découvertes sur un frottis cervico vaginal avec test cytologique « classique ».

Les recommandations de la HAS en 2010 insistent sur le fait que l'utilisation du test HPV en dépistage du cancer du col de l'utérus est prématurée, et ne doit se faire que dans le cadre d'études pilotes.

La revue Prescrire [42] émet également une réserve quant à l'utilisation en dépistage primaire du test HPV. Celle-ci ne devrait se faire que dans certaines conditions : confirmation de la population cible, algorithmes de prise en charge, définition des conditions techniques et des modalités du contrôle de qualité, formation des professionnels et information des patientes, évaluation de l'impact sur les pratiques professionnelles.

Deux études pilotes sont justement en cours pour essayer d'argumenter la nécessité d'un dépistage organisé couplé à l'utilisation du test HPV : une étude menée dans les Ardennes et l'autre en Meuse : c'est le cas du protocole DEPIST HPV 55.

3. Le protocole expérimental meusien DEPIST HPV 55

a. Objectifs

L'INCa, dans le but de respecter les mesures programmées par le plan cancer 2009-2013, a lancé en 2010 un appel à projet sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. C'est le département de la Meuse qui a été retenu grâce au projet **DEPIST HPV 55**, mis en place par l'Association Meusienne de Prévention Médicale (AMPM).

L'organisation du protocole a nécessité l'accord de l'AFSSAPS (début 2012), l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes de Nancy, et la souscription d'une responsabilité civile pour recherche biomédicale. Ce protocole a été financé par plusieurs organismes dont la CPAM de la Meuse, l'INCa, l'ARS Lorraine, l'Antenne Départementale de la Ligue contre le Cancer.

L'objectif principal de ce protocole était de tester les conditions de mise en place en France en population générale du test HPV en dépistage primaire, par le biais de plusieurs critères :

- Suivre l'acceptabilité par les femmes et l'appropriation par les professionnels de santé d'une stratégie de dépistage différenciée selon l'âge des femmes.
- Mesurer l'observance d'un intervalle de temps augmenté entre 2 examens normaux (5 ans pour le test HPV versus 3 ans pour un FCU avec cytologie).
- Tester le meilleur schéma de prise en charge des femmes ayant un test HPV positif : triage cytologique retenu.

Un objectif secondaire mais important : mettre en place dans le département de la Meuse un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans.

b. Organisation

Le protocole s'est organisé en fonction de deux populations cibles :

- Les femmes de 25 à 34 ans :
 - Envoi d'un courrier à domicile par l'AMPM pour invitation à la réalisation d'un FCU avec analyse cytologique classique, si elles étaient éligibles (test intégralement pris en charge, hors dépassement d'honoraires).
 - Le choix restait au professionnel de réaliser le FCU (soit par étalement sur lame ou en milieu liquide) ou non, éventuellement de l'adresser au laboratoire de son choix, par la voie d'acheminement de son choix.

- Les femmes de 35 à 65 ans :

- Envoi d'un courrier à domicile par l'AMPM pour invitation à la réalisation d'un frottis avec le test HPV, si elles étaient éligibles (test intégralement pris en charge, hors dépassement d'honoraires).
- Un seul test : Test Digène Hybrid-Capture 2 (QIAGEN) (validé en 2004 par l'ANAES [18]), permettant de détecter au moins 18 types d'HPV : un mélange de 13 types potentiellement oncogènes ou à haut risque : 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 et un mélange de 5 types non oncogènes ou à bas risque : 6, 11, 42, 43 et 44.
- Un seul laboratoire pour la lecture du test : Laboratoire Pax à Metz.
- Circuit des tests : ramassage hebdomadaire ou bihebdomadaire aux cabinets de gynécologie (envoi postal dans un conditionnement adéquat et préaffranchi pour les généralistes).

Les critères d'exclusion du protocole étaient multiples :

- Antécédents personnels de cancer du col de l'utérus, d'hystérectomie totale.
- Femmes suivies pour une autre pathologie cervicale.
- Antécédents de FCU dans les 3 dernières années (pour les femmes de 25 à 34 ans).

Des coupons réponses pour signaler une non éligibilité ou un refus de participation étaient prévus au bas des lettres d'invitation.

L'envoi des premières invitations a débuté fin avril 2012 avec la possibilité pour les médecins d'inclure directement des patientes dans le protocole. La fin des inclusions s'est faite en octobre 2013.

Chaque courrier d'invitation et de relance (annexes 1, 2, 3, 4) pour les femmes de 35 à 65 ans était accompagné d'une lettre d'information sur le déroulement du programme et sur le test HPV (annexes 5, 6), ainsi que d'un coupon de consentement éclairé figurant au dos du

courrier qui devait impérativement être signé par la patiente pour qu'elle puisse être intégrée dans le protocole.

Pour les femmes non répondantes, un nouveau courrier de relance leur était adressé. Et en cas de non réponse, un troisième et dernier courrier leur était envoyé pour leur proposer de retirer gratuitement en pharmacie un système d'autoprélèvement par lavage vaginal (système Delphi Screener, utilisé aux Pays-Bas et dans le protocole ardennais).

Le protocole DEPIST HPV 55 a fait l'objet d'une réunion d'information pour les médecins généralistes et les gynécologues. Celle-ci a eu lieu en Meuse début 2012 mais devant la faible participation des médecins, une deuxième réunion a été organisée quelques mois plus tard. Les gynécologues frontaliers de la Meuse prenant en charge des patientes meusiennes ont été informés du programme individuellement par le Dr RIVIERE-SIMONET (médecin directeur de l'AMPM).

c. Résultats

Les résultats du protocole étaient envoyés par l'AMPM (voie postale ou APICRYPT) au médecin qui avait effectué le prélèvement et au médecin traitant (si celui-ci était renseigné). Les médecins avaient le devoir de contacter personnellement les femmes présentant un résultat anormal (le courrier de résultat était également accompagné d'un rappel de l'algorithme de suivi retenu dans le cadre du protocole (annexe 7) :

- Pour la population de 25 à 34 ans : la conduite à tenir restait celle recommandée par l'ANAES en 2002 [43] (frottis négatif : nouveau contrôle à 3 ans, frottis positif : prise en charge en fonction de la classification Bethesda).
- Pour la population de 35 à 65 ans, la conduite à tenir était plus particulière :
 - Si le test HPV était négatif : nouveau contrôle HPV à 5 ans.
 - Si le test HPV était positif : un triage cytologique devait être effectué.
 - Soit le triage était positif, alors une colposcopie devait être réalisée.

- Soit le triage était négatif, alors un nouveau prélèvement associant test HPV et cytologie serait réalisé à un an (et si l'un de ces deux tests était positif, alors une colposcopie devait être réalisée).

d. Divers

L'AMPM a également assuré la diffusion de l'information de ce nouveau dépistage avec la réalisation d'affiches grand format pour les cabinets (annexe 8), interview radio et télévisée sur les chaînes locales (Mirabelle TV, Territorial TV, France 3 régional) et par presse [44].

L'invitation d'environ 44.000 femmes était prévue (femmes meusiennes éligibles selon les données fournies par la CPAM : 6.500 pour l'analyse cytologique et 37.440 pour le test HPV). Le nombre de tests HPV réalisés attendu était d'au minimum 12.000. Le taux de réponse attendu était de 40% (et 7% d'HPV positif). Le budget prévisionnel de ce protocole était de 550.000 euros sur 4 ans (dont 350.000 euros revenant au test HPV : achats des tests, location de l'automate de lecture, ramassage et acheminement des tests, prestations payées au laboratoire).

4. Objectif de l'étude

L'objectif de notre travail était d'évaluer le ressenti et l'implication des médecins généralistes meusiens dans un protocole de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Les objectifs secondaires étaient d'esquisser leur ressenti vis-à-vis du test HPV et de mettre en évidence les éventuels freins à leur implication.

MATERIEL et METHODE

1. Le choix de la méthode

Nous avons décidé pour cette thèse de réaliser une étude qualitative car cela nous paraissait la méthode la plus appropriée pour faire ressortir des thèmes, des idées venant des pratiques quotidiennes des médecins [45]. Comme précisé dans l'étude de MUKAMURERA [46] : « *la visée de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes* ». L'étude qualitative était donc la plus à même de répondre à nos objectifs.

Le choix du recueil de données s'est arrêté sur les entretiens semi dirigés car nous voulions que les personnes interrogées confient leur opinion personnelle sur le sujet, s'expriment facilement et ne sentent pas influencées [47].

2. Les entretiens semi dirigés

a. L'échantillonnage

L'échantillon de cette étude est composé de médecins généralistes exclusivement meusiens, sélectionnés volontairement pour « *permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude* » [47]. Nous avons donc essayé de garder une certaine hétérogénéité dans le choix des participants (en termes de sexe, d'âge, de zone d'installation ou de mode d'exercice) pour que notre échantillon soit le plus varié possible.

b. Le déroulement

Le recrutement de l'échantillon s'est fait par téléphone. Les médecins ont été sollicités pour obtenir une rencontre dans le cadre d'un travail de thèse. Le sujet de la thèse ne leur était pas présenté pour éviter d'éventuel refus.

Les entretiens se sont déroulés sur deux périodes, en février 2013 puis en novembre 2013. Ils ont tous été enregistrés au cabinet même du médecin généraliste pour assurer un maximum de proximité, une concentration des interlocuteurs plus importante que par téléphone, et également pour ne pas trop perturber l'organisation de ces médecins et ainsi permettre une meilleure adhésion.

c. Les données

Le recueil de données s'est fait par l'intermédiaire d'un guide d'entretien (annexe 9). Celui-ci a été réalisé avec des questions ouvertes regroupant les différents thèmes de l'étude. Seulement cinq questions ont été conservées pour permettre un dialogue fluide, neutre et aussi libre que possible :

- Quelle est votre implication dans le cadre du dépistage organisé des cancers (cancer colorectal et cancer du sein) ?
- Quelle est votre implication en gynécologie ?
- Que pensez-vous du protocole DEPIST HPV 55 ?
- Que faites-vous lorsqu'une patiente vous consulte pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ?
- Que souhaiteriez-vous pour améliorer ce protocole ?

Une fois anonymisés, la retranscription des entretiens s'est faite mot à mot, en précisant les attitudes non verbales. L'analyse des données a consisté en un travail d'encodage, qui a permis de faire apparaître les idées développées, regroupées en thèmes, codes, définitions et verbatim correspondants (annexes 10, 11). Enfin, une triangulation entre thésard et

directeur de thèse a été réalisée permettant une objectivité de l'enquêteur acceptable [48]. Puis, une fois la saturation des données atteintes, et vérifiée par l'ajout d'une ou deux rencontres supplémentaires, les entretiens se sont arrêtés.

RESULTATS

1. L'échantillon

L'échantillon final retrouve 14 médecins interrogés. La population était composée de 4 femmes et de 10 hommes. 2 médecins étaient des jeunes, installés récemment (moins de 35 ans, installation depuis 1 an), 4 médecins avaient entre 35 et 50 ans, et enfin 8 médecins avaient plus de 50 ans.

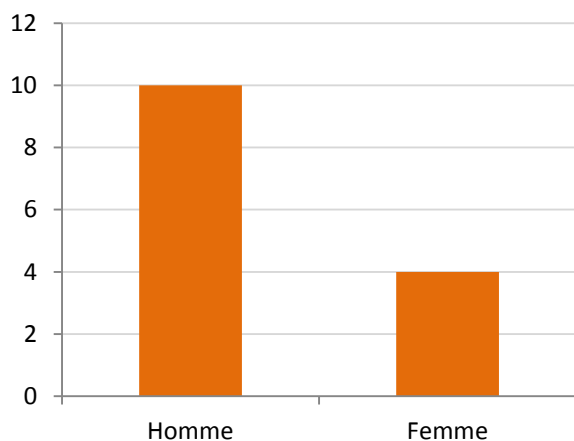
Les modes d'exercice étaient répartis comme ceci : 6 médecins exerçaient de façon isolée, 8 en maison médicale. Sur ces 14 médecins, 7 exerçaient en secteur rural et 7 autres en secteur semi-rural. Aucuns médecins n'exerçaient en zone urbaine.

La durée des entretiens s'étendait de 5 min 05 à 20 min 32. La durée moyenne a été de 8 minutes 53 secondes.

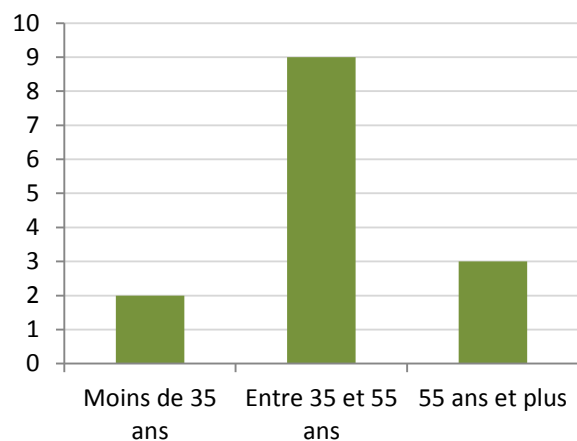
Pour plus de lisibilité, les données sont disponibles dans le tableau ci-dessous (aussi en annexe 11) et reprises dans les graphiques suivants.

ENTRETIEN	SEXE	AGE	ZONE	ACTIVITE	INSTALLATION DEPUIS	DUREE (min)
1	Homme	45 ans	Rurale	Isolée	11 ans	5:05
2	Femme	46 ans	Semi RURale	Isolée	13 ans	12:15
3	Femme	32 ans	Rurale	Maison médicale	1 an	20:32
4	Homme	48 ans	Semi RURale	Maison médicale	14 ans	12:30
5	Homme	51 ans	Rurale	Maison médicale	20 ans	7:36
6	Homme	58 ans	Rurale	Isolée	22 ans	7:33
7	Homme	56 ans	Rurale	Isolée	21 ans	7:12
8	Homme	52 ans	Semi RURale	Maison médicale	15 ans	5:53
9	Femme	51 ans	Semi RURale	Maison médicale	10 ans	3:35
10	Homme	50 ans	Semi RURale	Maison médicale	18 ans	6:47
11	Homme	65 ans	Semi RURale	Maison médicale	32 ans	6:43
12	Homme	42 ans	Semi RURale	Isolée	8 ans	9:11
13	Femme	31 ans	Rurale	Maison médicale	1 an	7:53
14	Homme	53 ans	Rurale	Isolée	15 ans	11:50

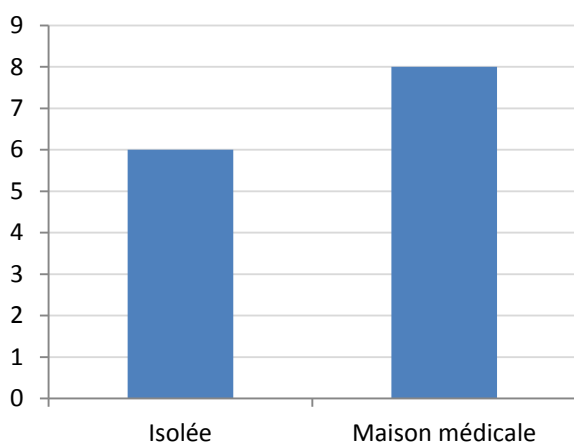
Répartition des sexes



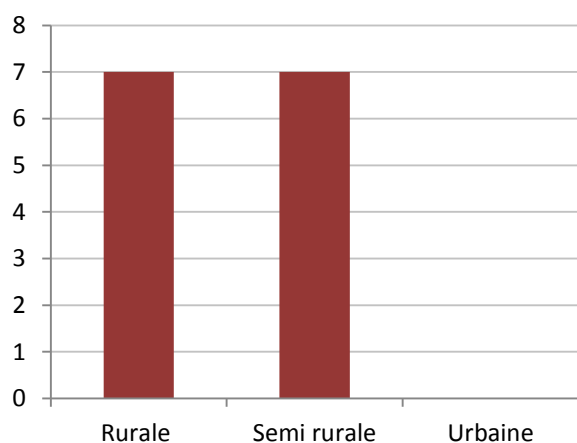
Répartition des âges



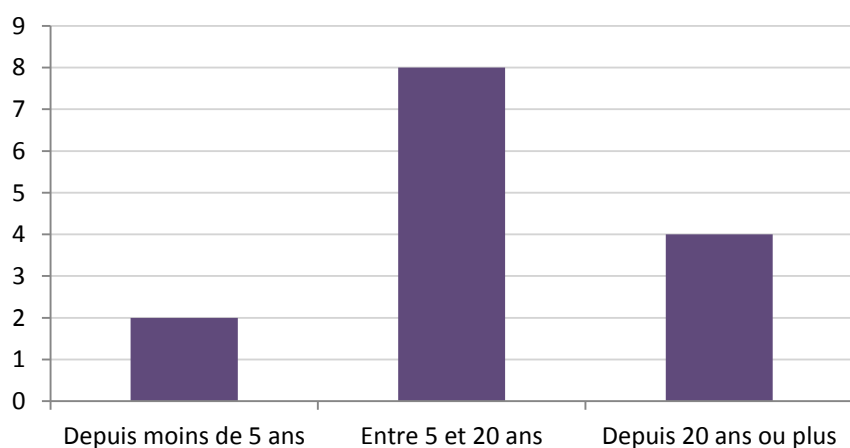
Répartition de l'activité



Répartition des zones



Ancienneté de l'installation



2. Les données des entretiens

Le codage des entretiens a permis de faire ressortir 5 thèmes principaux présentés sous forme de tableaux, avec leur verbatim correspondant (*les références vers les entretiens sont notées comme dans cet exemple : E7L8-9 signifie Entretien 7 lignes 8 à 9*).

1. Le dépistage au cabinet de médecine générale est dépendant de la pratique du médecin généraliste et de l'organisation de son travail :

CODES	DEFINITIONS
Organisation importante du cabinet	Post-it dans le dossier médical
	Travail des secrétaires de mise à jour des dossiers
	Listing CPAM
Apport majeur de l'informatique	Alertes informatiques dans le logiciel
	Rappels automatiques
Une pensée permanente	Penser à en parler, à sensibiliser
	Penser à aller voir dans le dossier médical
	Jamais de consultation dédiée uniquement au dépistage
	Relance ponctuelle

- L'organisation du cabinet est nécessaire : « *donc avec la secrétaire on essaie de mettre un post-it dans le dossier médical* » (E2L8-9)
- Les listings de la CPAM sont une aide : « *on a le nom des patients pour lesquels il n'y a pas eu de dépistage ce qui permet de relancer de temps en temps le dialogue à ce propos* » (E1L5-6)
- Apport important de l'informatique : « *j'utilise aussi des fois des alertes sur le logiciel informatique* » (E1L6-7)
- Il faut sans cesse essayer d'y penser : « *oui j'essaie d'en parler, quand j'y pense* » (E9L4) ; « *elles ne viennent pas exprès pour ça, c'est toujours toujours pour autre chose* » (E5L37-38)

2. La pratique gynécologique au cabinet de médecine générale a évolué sous l'influence de nombreux facteurs :

CODES	DEFINITIONS
La disparition du suivi gynécologique en médecine générale	Diminution très importante de l'activité gynécologique depuis plusieurs années
	Accès direct au gynécologue
	Transfert de compétences en gynécologie
	Switch entre médecin généraliste et gynécologue
	Suivi classique réservé au gynécologue désormais
	Pas de suivi gynécologique chez le médecin généraliste
Un rôle limité du médecin généraliste en gynécologie	Consultations pour des pathologies gynécologiques aiguës
	Peu de frottis réalisés en médecine générale
	Activité supérieure si médecin femme mais reste très modérée
	Poses d'implants contraceptifs fréquentes
Accentuation du rôle des sages-femmes	Orientation vers les sages-femmes
	Activité des sages-femmes en augmentation
	Bonne coordination entre médecins généralistes et sages-femmes
Des freins essentiellement comportementaux	Barrière entre médecin de famille et examen gynécologique
	Réticence des patientes à franchir le pas
	Evolution des mœurs
	Evolution de la société
	Changement de mentalité
La déontologie au cœur de la relation médecin généraliste-gynécologue	Non-respect des protocoles de dépistage par certains gynécologues
	Suivi global "de médecine générale" réalisé par certains gynécologues
	Le médecin généraliste passe la main au spécialiste si besoin
	Médecins généralistes biaisés par les gynécologues

- Les médecins généralistes ont vu une quasi disparition de l'activité de suivi gynécologique en médecine générale :
 - Diminution de l'activité gynécologique : « *puis petit à petit les femmes sont allées voir les gynécos* » (E7L5-6)
 - Accès direct au gynécologue : « *c'est vrai que c'est quelque chose où elles ont accès* » (E2L89)

- le transfert de compétences en gynécologie : « *il y a eu un transfert de compétences qui s'est fait* » (E14L32) ; « *Le problème c'est que les patientes elles vont plutôt chez le gynéco* » (E10L18)
 - Plus de suivi gynécologique par le médecin : « *Je ne suis pas dans un suivi gynéco* » (E4L22-23) ; « *On n'est plus dans l'air du temps où le médecin généraliste était le gynécologue de famille* » (E14L28-29)
- Le rôle du médecin généraliste en gynécologie est désormais limité :
- Prise en charge des pathologies aiguës : « *on gère tout ce qui n'est pas rendez-vous gynéco standard* » (E2L90)
 - Quantité des frottis réalisés très faible : « *Pas de frottis, je n'en fais plus du tout* » (E12L10-11)
 - Activité plus importante si le médecin est une femme : « *je dois sûrement en faire un peu plus que mes confrères car je suis une femme mais ça reste quand même limité* » (E9L6-7)
 - Poses d'implants contraceptifs assez fréquentes : « *la pose d'implant je le fais* » (E4L17) ; « *Des implants par contre ça oui j'en fais* » (E8L8)
- Le rôle des sages-femmes prend de l'ampleur :
- Orientation des patients : « *Grand bien lui fasse elle a besoin de boulot, moi ça m'arrange. Tout le monde s'y retrouve c'est magique* » (E5L30-31)
 - Augmentation de leur activité : « *les sages-femmes auront une part plus importante à prendre* » (E14L34)
 - Bonne coordination entre médecin généraliste et sage-femme : « *la sage-femme elle met un double et je l'ai donc non pas de soucis* » (E5L54-55)

- De nombreux freins existent :
 - Discordance entre la proximité du médecin de famille et l'examen gynécologique : *« je vois toujours qu'il y a une barrière qui n'est pas toujours facile à franchir donc je ne la franchis pas. Elles sont mal à l'aise et je pense être aussi mal à l'aise qu'elles donc si je peux éviter je ne fais pas » (E5L25-26-27) ; « il y a toujours une certaine réticence à franchir le pas de la part de la patiente » (E11L30)*
 - Evolution de la société : *« c'est dans l'ère du temps » (E6L40) ; « je crois que c'est une évolution de société » (E14L33)*
- Le respect du code déontologie entre médecin généraliste et gynécologue :
 - Certains médecins ont noté le non-respect des protocoles de dépistage par les gynécologues : *« On a le problème avec les mammographies, ils leur font des ordonnances, ils shuntent le dépistage » (E3L121-122)*
 - Suivi global de médecine générale effectué par certains : *« Il y a des gynécos qui prescrivent tout » (E3L118)*

3. Le protocole possède beaucoup de qualités :

CODES	DEFINITIONS
Un protocole bien accueilli	Bien
	Super idée
	Intéressant
	Très bon test
	Bonne initiative
	Facile d'utilisation
	Bien ficelé
Des patientes demandeuses	Questions
	Explications
	Manque d'information
	Pas de compréhension du protocole

Confirmation et valorisation du rôle du médecin généraliste	Vérification des réceptions des demandes
	Explication aux patientes
	Orientation des patientes
	Motivation
	Coordonnateur des actions, référent
	Rôle de suivi
	Prévention
	Négociation
	Respect de l'avis du patient
	Stimulation médicale supplémentaire
	Augmentation de l'implication du médecin dans la prise en charge
Des atouts importants	Existence d'une association gérant les dépistages
	Dépistage permet de mieux suivre et de rattraper certains patients
	Pas de modification des pratiques habituelles
	Pas de surcharge de travail

- Il est bien accueilli par les médecins généralistes : « *c'était une super idée* » (E2L46) ; « *Après le protocole il est facile à réaliser, il est simple* » (E13L28)

- Les patientes sont intéressées et se posent des questions, demandent des explications : « *elles nous demandent : " Tiens, j'ai reçu ça, faut le faire ?, faut pas le faire ?, comment on fait ? "* » (E1L24-25) ; « *Après elles mélangent tout* » (E9L18)

- Le rôle du médecin généraliste est réaffirmé et valorisé :
 - Motivation : « *le seul boulot c'est de les motiver* » (E2L4) ; « *je leur secoue la frite* » (E7L11) ; « *notre rôle à nous c'est de stimuler les troupes* » (E4L51)
 - Coordination, médecin référent : « *ils se réfèrent facilement à leur médecin traitant* » (E12L18-19)
 - Rôle de suivi : « *je suis là pour le suivi* » (E12L30)
 - Prévention : « *ça fait partie de la sensibilisation aux patients, et de la prévention* » (E2L57)

- Tout en respectant la volonté du patient : « *je ne suis pas là pour leur imposer quoi que ce soit* » (E6L31)
 - Le médecin généraliste se sent plus impliqué : « *on est plus impliqué dans le dépistage* » (E12L27)
- Le protocole a des atouts importants :
- Importance de l'association gérant ce protocole : « *c'est une très bonne chose qu'il y ait une association qui s'occupe de ça* » (E12L38)
 - Des habitudes conservées : « *ça ne change rien pour moi* » (E8L18)

4. Il existe de nombreuses limites à ce protocole :

CODES	DEFINITIONS
Le test HPV : un accueil mitigé	Pas d'opinion sur la validité du test
	Avantage de disposer d'un tel test
	Pas de modifications des pratiques avec le test HPV
Une demande faible	Peu de demandes
	Recrutement des patientes pas assez important
	Dépistage pas encore ancré dans la pratique
Des points négatifs	Courrier doublon de la CPAM sur le dépistage par frottis
	1 cas de double recherche d'HPV
	Pas de listes de patientes n'ayant pas participé au protocole
	Pas de retour d'information de la part des gynécologues
	Pas de compte rendu des consultations gynécologiques, ni des résultats des laboratoires
Des populations échappant au dépistage	Difficulté de suivi de la population limitrophe
	Difficile d'accès pour les populations précaires, ou handicapées
	Population assez jeune, donc ne consulte pas
Des patients perdus	Surcharge d'information : 3 tests dès 50 ans
	Patients "saoulés", noyés parmi les informations
	Lassitude, démotivation des patients
Des patients non acteurs de leur santé	Confort médical
	Le français est bougon
	Léthargie ambiante
	Motivation des gens mauvaise

(Des patients non acteurs de leur santé)	Banalisation de la médecine
	Compliance de la patientèle
	Pas de modification du comportement des gens (les patientes qui étaient suivies restent suivies, celles non suivies ne se font pas plus suivre)
Une organisation difficile au cabinet	Débordés par leur patientèle habituelle
	Manque de temps
	Pas de plages horaires gynécologiques possibles
	Manque d'équipements dans certaines structures
	Secrétaires débordées
	Implication des médecins en fonction de leur charge de travail
	Trop de travail pour rajouter un dépistage
	Contrainte de temps pour réaliser le frottis
Démotivation des médecins généralistes	Démotivation des médecins généralistes
	Colère de médecins généralistes assimilés à des distributeurs de contraception
	Réunions d'information : toujours les mêmes médecins présents
	Résignation des médecins
	Manque d'envie
	Manque d'écoute

- L'accueil mitigé du test HPV :
 - Avantage pour le département : « *c'est clair que le test HPV c'est un avantage* » (E3L16)
 - Une méconnaissance du test : « *je n'arrive pas à me faire vraiment une opinion, scientifique, sur la validité à long terme* » (E6L52-53) ; « *il n'y a pas la distinction entre le dépistage et l'HPV* » (E9L20)
 - Pas de modification des pratiques : « *je dirai que la pratique du frottis HPV n'a pas clairement changé la donne* » (E11L34-35)
- La participation des patientes est faible : « *moi je n'ai quasiment pas fait d'inclusions* » (E13L22) ; « *c'est beaucoup moins ancré dans la pratique* » (E9L12)

- Quelques points négatifs :
 - Courrier doublon : « [...] la CPAM ait fait en même temps un courrier » (E2L50) ; « Ce sont des gens qui échappent au dépistage » (E3L132) ; « donc l'HPV a été payé 2 fois » (E3L51)
 - Pas de listing pour suivre les patientes : « on reçoit une liste des gens qui n'ont pas participé donc ça nous permet de les rappeler, et là on ne reçoit pas » (E3L73-74)
 - Pas de transfert d'informations de la part des gynécologues : « on n'a pas le double des gynécos » (E3L20) ; « c'est que j'ai très peu de retour » (E7L37) ; « Mais comme je n'ai pas de retour, je ne sais pas du tout où ça en est, c'est le vague complet » (E9L9)
- Une partie de la population échappe au dépistage :
 - C'est le cas de la population jeune : « c'est une population de 35-50 ans qu'on ne voit pas » (E3L77)
 - Aussi pour la population limitrophe : « quand c'est du 54 des fois je file directement le kit » (E2L42-43)
 - Et pour les populations précaires : « Mais tu en as plein qui échappent » (E3L133)
- Les patients sont perdus :
 - Il y a trop de tests : « Puis bon à 50 ans c'est 3 tests quoi, ça commence à faire un peu beaucoup » (E3L56)
 - Demandes et relances pressantes : « il faut qu'ils arrêtent de saouler les gens » (E3L62)

- Les patients ne prennent pas leur santé en main :
 - Confort médical : « *les gens sont dans un confort* » (E4L62) ; « *le français est assez bougon, et récalcitrant à tout ce qu'on lui impose* » (E4L97) ; « *les gens je trouve, sont assez léthargiques* » (E4L67-68) ; « *c'est sûr certains passent à la trappe* » (E11L4-5)
 - Comportement non modifié : « *celles qui n'ont pas de suivi, à part une ou deux comme ça je pense ponctuellement, elles n'ont pas amélioré leur suivi* » (E13L40-41)

- L'organisation au cabinet est difficile :
 - Surcharge habituelle de travail : « *nous on est déjà débordé* » (E13L42)
 - Le temps est un facteur redondant : « *question de temps* » (E6L8) ; « *j'ai des problèmes de temps* » (E6L17)
 - La mise en pratique est délicate : « *essayer de les mettre les uns à la suite des autres* » (E3L81) ; « *ça dépend du boulot* » (E2L105) ; « *on a une secrétaire qui est déjà débordée* » (E13L5)

- Une démotivation réelle des médecins généralistes :
 - Certains sont résignés : « *moi je ne perds pas mon temps à discuter* » (E6L23) ; « *maintenant on s'en fout quoi* » (E7L49) ; « *je m'en fous, comme quoi, on se démotive* » (E7L56) ; « *au début je râlais je disais "ben attendez je ne suis pas qu'un... je ne suis pas là pour faire un papier je fais de la médecine aussi " puis maintenant je m'en fous... on devient philosophe, mais c'est vrai que bon, puis en fin de carrière, on en a un peu... hein ! C'est ça le truc !* » (E7L60)
 - Les réunions comportent toujours les mêmes médecins : « *c'est toujours les mêmes médecins, tu vois toujours les mêmes* » (E3L98-99) ; « *par manque de temps surtout... et peut-être d'envie aussi* » (E6L23)

5. Plusieurs axes d'évolution pourraient améliorer ce protocole :

CODES	DEFINITIONS
Voies d'amélioration	Augmenter, enrichir l'information des patients, des médecins
	Donner aux patientes une liste de médecins réalisant les frottis
	Effectuer des campagnes grand public
	Implication des MSP et pôles de santé dans les formations
	Meilleure coordination entre CPAM et dépistage
Perspectives d'évolution de la société	Rôle majeur de la scolarité (prévention, discours sur les cancers...)
	Changement des mentalités
Perspectives d'évolution des pratiques	Intéressement financier, rémunération supplémentaire
	Intérêt de la ROSP
	Réinvestissement des médecins généralistes dans l'activité gynécologique
	Relance de "l'offre" gynécologique en médecine générale

○ Les améliorations peuvent être d'ordre pratique :

- Enrichir l'information : « *Il faudrait privilégier l'information surtout, aux patients comme aux médecins* » (E9L21-22)
- Informer encore plus le grand public : « *des séances grand public ?* » (E2L100)
- Impliquer les MSP et pôles de santé dans les formations : « *sensibiliser la population* » (E2L103)
- Améliorer la coordination entre CPAM et association : « *Mais c'est les caisses qui n'ont pas joué le jeu* » (E3L65)

○ La société pourrait évoluer pour améliorer les choses :

- Rôle majeur de la scolarité : « *je pense que le côté scolaire pourrait avoir un impact plus important* » (E4L83)
- Changement des mentalités : « *c'est l'évolution des mentalités* » (E14L26-27)

- Une évolution des pratiques médicales pourrait changer la donne :
 - Intérêt de la ROSP : « *l'intéressement, enfin c'est discutable* » (E4L107-108)
 - Intéressement financier, rémunération supplémentaire : « *Aujourd'hui on a une carotte* » (E4L107); « *on vous donnera des sous supplémentaires, on vous donnera une prime d'intéressement, c'est discutable mais, ça marche !* » (E4L110-111)
 - Réinvestissement des médecins généralistes dans la gynécologie : « *ça nous a incité à en reparler parce qu'on ne faisait plus forcément attention à leur suivi gynéco* » (E2L49)
 - Question de la relance de « l'offre gynécologique » en médecine générale : « *Alors bon, est ce qu'il faudrait relancer l'offre ?* » (E14L50)

SYNTHESE

- Le dépistage au cabinet de médecine générale est dépendant de la pratique du médecin généraliste et de l'organisation de son travail. Il s'appuie notamment sur l'aide de secrétaires médicales et de l'informatique.
- La pratique gynécologique au cabinet de médecine générale est désormais limitée. L'implication croissante des sages-femmes, le transfert de compétences du médecin généraliste vers le gynécologue, et l'évolution de la société en sont les principales raisons.
- Le protocole DEPIST HPV 55 est de qualité selon les médecins généralistes interrogés mais son déploiement se heurte à de multiples freins, venant notamment :
 - De la population : démotivation des patients, demandes faibles, difficultés de suivis des populations précaires.
 - Des médecins : mauvaise organisation de travail, démotivation et désinvestissement de certains médecins, difficultés relationnelles entre médecins généralistes et gynécologues.
 - Du protocole lui-même : communication et information trop faibles, absence de listing de patientes non dépistées.
- Des nombreuses pistes d'évolution sont mises en avant par les médecins pour essayer d'améliorer le recours à ce protocole, comme une meilleure coordination entre les acteurs du dépistage (AMPM, CPAM, médecins et patientes), une incitation financière concrète, un réinvestissement des médecins généralistes dans la gynécologie, et enfin, une évolution des mentalités.

DISCUSSION

1. Sur la méthodologie

a. Les intérêts de la méthode

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la perception par les médecins généralistes du protocole expérimental meusien de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. L'utilisation de la recherche qualitative par entretiens semi-dirigés était bien adaptée à cette étude car elle permettait aux interrogés de s'exprimer le plus librement possible, avec franchise et sincérité, sans craintes d'être jugé, ou de faire du tort à quiconque. L'anonymisation des entretiens a permis bien évidemment de renforcer cette liberté de parole.

b. Les limites de la méthode

- **Les biais internes**

Ce sont les biais liés au chercheur et aux participants. Les biais liés aux participants se composent tout d'abord du choix de ceux-ci. Dans cette étude, le choix volontaire des médecins pourrait s'apparenter au désir d'obtenir des résultats « prévus », or cette sélection a été faite en essayant de garder la plus grande hétérogénéité possible de l'échantillon, pour récolter un maximum de points de vue différents. De par ce biais, les données obtenues ne sont bien évidemment pas généralisables à l'ensemble des médecins généralistes. Il serait par contre intéressant de réaliser une étude à l'échelle départementale pour vérifier si les résultats seraient identiques.

Il y a également pu avoir des erreurs de compréhension lors des entretiens, cependant peu de reformulations ont été nécessaires, nous laissant espérer que le discours était majoritairement clair.

Un des biais lié aux participants concerne bien entendu l'interrogé lui-même, son implication dans l'entretien, sa facilité à exprimer des idées, à discuter sur un thème précis. La participation à l'enquête peut être un reflet de sa motivation personnelle mais ne préjuge pas nécessairement d'une grande qualité (et quantité) dans les réponses apportées.

Le sujet de la thèse n'a pas non plus été décrit au cours de la conversation téléphonique pour la prise de rendez-vous. Nous avons cherché par ce moyen à éviter d'éventuels refus qui nous auraient fait perdre des données potentielles.

Enfin, les entretiens se sont déroulés sur deux périodes assez éloignées, du fait de contraintes organisationnelles liées à notre statut d'interne de médecine générale en stage. Entre ces 2 périodes, les médecins ont pu voir leur avis, leur ressenti sur le protocole, évoluer, s'affiner, voire s'inverser peut être. Malgré tout, la comparaison des deux groupes ne montre sensiblement pas de différence.

Un des biais liés au chercheur correspond ici à la présence d'un seul enquêteur, de plus, interne de médecine générale, ce qui a pu influencer les réponses des médecins interrogés en octroyant un sentiment de confraternité.

Enfin, cette étude est la première réalisée par nos soins et peut donc comporter certains biais de méthodologie inhérents à notre inexpérience dans ce domaine.

- **Les biais externes**

Ils sont caractérisés par l'environnement du chercheur et des participants. Les rencontres au sein même du cabinet de chaque médecin peuvent en faire partie mais nous pensons ici qu'il s'agit plutôt d'un gage d'une meilleure adhésion du participant à l'étude, en lui permettant de rester dans son environnement, de choisir la date et l'heure de la rencontre qui lui conviendra le mieux. De plus, le fait d'être dans un entretien « intime » avec le participant

permet, comme mentionné au début de cette discussion, d'éviter d'autres biais externes comme la peur de gêner autrui par exemple.

- **Les biais d'investigation**

Ils interviennent lorsque la formulation des remarques et des interrogations du chercheur peut influencer la réponse des participants. La réalisation du guide d'entretien et la préparation des rencontres a eu pour but d'en limiter les risques.

- **Les biais d'interprétation**

Une triangulation a été effectuée entre le thésard et son directeur de thèse. De ce fait, ce biais a été limité et l'objectivité dans cette analyse nous a paru acceptable.

2. Sur les résultats

a. L'échantillon

Les médecins interrogés ont presque tous répondu favorablement à notre demande d'entretien. Ceux-ci nous ont paru spontanément intéressés par la démarche, même sans en connaître le sujet. La liberté de choix dans le lieu et la date de la rencontre ont probablement participé à leur adhésion au projet. Un seul refus nous a été fait dû à une contrainte de temps.

L'échantillon obtenu, malgré son faible effectif, est sensiblement comparable aux données régionales de la démographie médicale des médecins généralistes meusiens libéraux [49] : un âge moyen de 48 ans, un taux de femmes médecins d'environ 29%, 15% de médecins de moins de 40 ans (en Meuse : 52 ans en moyenne, 31% de femmes, 16% moins de 40 ans).

Il est également important de noter que l'évaluation de la ruralité de la patientèle s'est faite selon le ressenti de chaque médecin généraliste et non selon des critères démographiques relatifs à la zone d'implantation du cabinet en question. Nous ne disposons d'ailleurs pas dans cet échantillon de médecins exerçant en zone urbaine. Du fait de l'implantation en ville quasi exclusive des gynécologues meusiens, les médecins généralistes urbains n'ont volontairement pas été contactés de peur de voir une absence totale de pratique gynécologique.

b. Les entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés de façon agréable, et ont permis de faire ressortir beaucoup d'idées. Quelques entretiens ont été assez courts, du fait de participants verbalisant leurs idées assez brièvement, malgré nos relances. De même, la durée des entretiens était limitée car réalisés souvent entre 2 consultations, ou au début d'une demi-journée de consultation. Nous n'avons néanmoins pas ressenti d'attitude « pressante » des médecins lors des rencontres.

La retranscription des données mot à mot par ordinateur a nécessité entre 1 heure et 1 heure 30 par entretien soit un total d'environ 20 heures. Cela représente 41 pages (exemple d'un entretien disponible en annexe 10, l'intégralité des entretiens est disponible sur CD-Rom en annexe 12).

Un tableau d'encodage a été réalisé reprenant l'intégralité des items développés pendant les entretiens semi-dirigés. Il s'est organisé en plusieurs colonnes : les thèmes, les codes, les définitions des codes et le verbatim correspondant, comme il en a été fait mention dans la méthodologie. Sa réalisation a suivi la méthodologie décrite par MUKAMURERA dans sa démarche d'analyse en quatre temps [46].

Une triangulation a été effectuée avec notre directeur de thèse, nous montrant que les résultats étaient concordants.

La saturation des données a été obtenue aux environs du 11^{ème} entretien, confirmée par la réalisation de trois nouvelles rencontres pour éviter de perdre d'éventuelles informations intéressantes.

c. Les données

- **La pratique gynécologique au cabinet de médecine générale**

- Une diminution de l'activité gynécologique

Le médecin généraliste a vu depuis plusieurs années une diminution très nette de sa pratique gynécologique. Auparavant considéré comme « le gynécologue de famille », celui-ci est vu désormais comme un distributeur de contraception, n'ayant pas les compétences requises pour pratiquer la gynécologie selon certaines patientes. C'est le triste constat que font les médecins généralistes interrogés dans cette étude. Ils déclarent avoir une activité pouvant se résumer globalement en deux points : les urgences et la contraception. Le renouvellement de la contraception qui lui n'est bien souvent vu par les patientes que comme une simple rédaction d'ordonnance, ne nécessitant ni examen, ni l'intégralité d'une consultation médicale, et ni a fortiori de compétences gynécologiques particulières. Les suivis de grossesses ont disparu et les réalisations de FCU sont également très rares. Cet état actuel des choses est la conséquence de plusieurs évolutions.

Tout d'abord, les généralistes ont vu se produire un transfert de compétences du médecin généraliste vers le gynécologue, considéré désormais comme le plus à même de répondre aux questions des patientes, alors que le médecin de famille occupait cette place auparavant. De plus, la possibilité de l'accès direct au gynécologue a probablement accéléré ce transfert. L'évolution de la société et la modification des comportements des patientes, les ont également poussées à « shunter » le médecin généraliste. En effet, la proximité du médecin de famille associée à l'intimité de l'examen gynécologique est une barrière qui est devenue de plus en plus difficile à franchir, autant pour la patiente que pour le médecin. Et

c'est aussi à cause de cette proximité que ces comportements seront très difficiles à faire évoluer.

- Le rôle essentiel de la formation

On peut aussi se demander si la gynécologie fait toujours partie des compétences du médecin généraliste à force de ne plus la pratiquer ? Si celui-ci devait faire face à un afflux de demandes à visée gynécologique, serait-il capable de gérer ces consultations ou devrait-il réorienter les patientes à cause d'un manque de formation, d'un manque de pratique ? C'est dans ce sens que les généralistes actuels doivent réaliser un effort en optimisant leur formation médicale continue. L'obligation de respect du DPC (développement professionnel continu), est l'un des axes de ces améliorations. L'élaboration de stages pratiques de gynécologie (avec réalisation de frottis, pose d'implants contraceptifs par exemple), la participation à des audits de pratiques, à des encadrements de travaux de thèses, permettent continuellement de se remettre en question et d'essayer d'améliorer sa pratique. Enfin, nous ne pouvons qu'encourager l'accueil d'étudiants en médecine de 2^{ème} et 3^{ème} cycle dans les cabinets de médecine générale, qui est une source de motivation essentielle pour se réinvestir dans une pratique délaissée.

La formation initiale des médecins est également à repenser. Au cours de leur cursus, les internes de médecine générale doivent effectuer un semestre réservé au couple « gynécologie-pédiatrie ». Or, beaucoup d'internes ne pourront pas bénéficier d'un stage où ils découvriront ces 2 disciplines, par manque de places essentiellement. L'offre de stage en gynécologie devrait donc se diversifier en aménageant des terrains de stages : par exemple, en service de PMI, en consultations externes à l'hôpital, dans les centres de planification ou d'éducation familiale, ou encore en stage ambulatoire dans des cabinets de gynécologues libéraux. L'idéal serait de créer des stages associant des journées chez des médecins généralistes ayant une forte activité gynécologique (et pédiatrique également) et des journées chez les autres professionnels de santé (pédiatre, gynécologue, sages-femmes, PMI...). Si les internes observent, pratiquent la gynécologie au cours de leurs études, ceux-ci pourraient être plus à même de proposer leurs soins aux patientes, et non pas transférer toutes les demandes vers les sages-femmes, vers les gynécologues, ou même vers les

laboratoires médicaux. C'est une refonte en profondeur du système d'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales qui est nécessaire devant l'afflux de nouvelles promotions de plus en plus grandes, ne permettant pas à tous les étudiants de bénéficier d'une formation solide en gynécologie.

- Une communication difficile entre gynécologues et médecins généralistes

Un autre point important est ressorti de ces résultats : le transfert d'informations médicales entre gynécologues et médecins généralistes est quasi inexistant malgré son inscription à la fois dans le code de déontologie [50] : « Article 45 : A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins » ; « Article 68 : Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. [...] Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux les informations utiles à leur intervention » et dans la mesure 18.3 du Plan cancer 2009-2013 [11] : « Partager les données médicales entre professionnels de santé. Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en particulier le médecin généraliste, [...] sont des facteurs d'amélioration de la qualité en participant à une meilleure coordination du parcours de soins des malades ». Il est primordial que le médecin généraliste soit au courant des informations médicales concernant sa patiente pour lui faire bénéficier d'un suivi optimal.

Mais quelles sont les raisons de cette mauvaise communication ? Nous savons que le partage d'information est possible avec les autres spécialistes, par exemple les résultats d'analyse d'une biopsie quelconque faite par l'hépto-gastro-entérologue, sont directement transmis au médecin traitant par l'anatomopathologiste. Pourquoi n'en est-il pas de même avec le frottis cervico-utérin ? Il est réellement important de faire respecter ce point du code de déontologie dans l'avenir pour permettre une meilleure prise en charge des patientes.

L'amélioration de la communication entre gynécologue et médecin généraliste sera peut-être le résultat de la mise en place de la ROSP depuis janvier 2012. Le médecin généraliste a

effectivement besoin de ces informations s'il veut atteindre ses objectifs (date et résultat du FCU pour 80% des patientes de 25 à 65 ans l'ayant déclaré comme médecin traitant). S'il ne dispose ni des données des FCU réalisés par les gynécologues, ni de ceux faits à l'hôpital, il ne pourra jamais atteindre ses objectifs de santé publique lors de sa synthèse annuelle. Il faut ainsi que les gynécologues s'efforcent de mentionner le nom du médecin traitant de la patiente prélevée pour permettre un juste retour des résultats d'analyses vers le médecin généraliste.

- Les modifications de la démographie médicale

Dans l'avenir, l'évolution de la démographie médicale va entraîner de nombreux bouleversements. Devant la baisse du nombre de gynécologues, il est possible que les patientes se réorientent petit à petit vers leurs médecins généralistes, ce qui les obligera à pratiquer de plus en plus de gynécologie. L'attrait des patientes ne pourra être que renforcé devant la féminisation de la profession, d'autant plus que beaucoup de médecins effectuent des formations complémentaires en gynécologie (tel que le diplôme interuniversitaire de gynécologie). Les sages-femmes vont probablement être aussi des nouveaux acteurs de santé primordiaux dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. De plus en plus nombreuses à s'installer en libéral (nombre d'installations en hausse de 7 % par an entre 2000 et 2010), elles participeront probablement à une croissance du taux de femmes dépistées. Leur intégration au sein même des structures pluridisciplinaires est un axe d'amélioration également, permettant aux patientes de bénéficier d'un suivi gynécologique au plus proche de leur médecin généraliste, qui lui, pourra avoir un retour d'information total et rapide de la part de sa collègue.

- **Le protocole DEPIST HPV 55**

- La faible implication des médecins généralistes

Les médecins généralistes meusiens sont habitués aux protocoles de dépistage organisé depuis plusieurs années déjà : le dépistage organisé du cancer du sein est en place dans le

département depuis 2003, suivi en 2007 par celui du cancer colorectal. L'utilisation de ce nouveau protocole pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus n'a donc pas semblé perturber leurs pratiques. Malgré tout, les résultats de l'AMPM traduisent un manque d'engouement pour la réalisation des frottis car leur nombre est quasiment insignifiant.

Effectivement, les médecins généralistes interrogés se sentent impliqués dans cette expérience, tout comme l'a montré l'article de FAYOLLE E. [51], mais d'une façon plutôt « abstraite » : ils sont toujours aussi présents pour stimuler la population, inciter les patientes à se faire suivre sur le plan gynécologique, ils sont même en accord avec les recommandations de la HAS en 2010 [13] : « *Dans le dépistage du cancer du col de l'utérus [...] sa place s'oriente, d'une pratique gynécologique habituelle, vers un rôle plus centré sur la coordination entre professionnels de santé et à visée préventive* ». Mais, ceux-ci ne réalisent quasiment plus de frottis de dépistage.

Cette faible implication peut être le reflet de deux phénomènes : une diminution de la demande d'une part, et une diminution de l'offre d'autre part.

- Des généralistes peu sollicités

Les premiers résultats du protocole montrent que la participation des patientes a été faible : pour le test HPV, 8670 tests ont été lus sur environ 40 000 personnes invitées soit une participation corrigée de près de 24%. Pour les frottis classiques, 1529 tests ont été lus pour 9175 patientes invitées soit une participation corrigée de près de 30%. Les taux de couverture sont respectivement de 42 et 56% pour les populations de 25-34 ans et de 35-65 ans. Ces taux sont plus faibles que les résultats obtenus dans l'étude de DUPORT N. [30] (entre 60 et 71% de taux de couverture dans les départements de l'Isère, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin). Les médecins généralistes ont effectivement été très rarement sollicités par les patientes pour la réalisation des frottis. Plusieurs causes ont déjà été exprimées dans ce travail et identifiées par la HAS [13] : il existe des freins liés à la patiente (notamment freins sociodémographiques, freins liés à l'information), ceux liés à l'accès aux soins (démographie médicale, coût, accessibilité physique), et ceux liés à l'examen même de dépistage.

On peut tout d'abord se demander pourquoi la participation des patientes a été si faible ? Est-ce que l'information a été correctement effectuée ? Peut-être aurait-il fallu organiser une importante campagne grand public, avec par exemple des réunions dans les mairies, des affiches, des tracts pour chaque patiente meusienne. Une telle organisation impose évidemment une logistique et un coût assez lourd. Les patientes ont-elles bien compris l'enjeu de ce protocole ? Ont-elles pris conscience de l'importance du dépistage par frottis ? Savent-elles que leur médecin généraliste peut réaliser un frottis ? Il serait intéressant de mener une nouvelle étude qui pourrait mettre en évidence l'impact de ce nouveau protocole chez les femmes meusiennes, en s'attachant à leur compréhension du protocole, du test HPV, et par exemple leurs craintes en cas de résultats positifs.

Les patientes en situation précaire sollicitent également peu le médecin généraliste alors qu'elles représentent l'une des populations les plus à risques de cancer du col de l'utérus, et malheureusement l'une où le taux de participation au dépistage est le plus faible. Il faut donc, dans le cadre de ce protocole, et dans l'avenir avec la mise en place du dépistage organisé au niveau national, trouver à tout prix les moyens d'inciter cette population à se faire dépister. Des actions diverses peuvent se mettre en place comme par exemple la constitution d'un maillage local entre infirmières libérales, sages-femmes libérales, centres de PMI, centre de planification et d'éducation familiale, assistantes sociales, qui pourraient ensemble stimuler ces populations au dépistage du cancer du col de l'utérus, les inciter à consulter, à se faire suivre. Ce réseau, au plus proche de la population, serait le mieux placé pour identifier quelles personnes ne participent pas au dépistage et pourrait lui remettre éventuellement un kit d'autoprélèvement. Le frein économique pourrait également être levé en mettant en place une prise en charge à 100% de la consultation liée au dépistage, en plus de la prise en charge du frottis.

- Des généralistes peu motivés

Les entretiens ont révélé que lorsqu'une patiente consultait le médecin généraliste au sujet du protocole DEPIST HPV 55, celui-ci la réorientait très fréquemment vers celui qui réalisait habituellement les frottis, donc très souvent son gynécologue. Aucuns médecins ne proposaient spontanément la réalisation du frottis. Beaucoup de raisons ont été mises en

avant comme par exemple la charge de travail quotidienne du médecin généraliste. Exerçant dans des zones rurales, ou semi rurales, l'abondance de travail, des consultations surchargées peuvent malheureusement faire passer la question du dépistage au second plan.

Il va de soi également que lorsque le médecin a été écarté par la patiente, de façon volontaire ou non, pour son suivi gynécologique, celui-ci n'a plus envie de s'y réinvestir. C'est ainsi que la participation au dépistage passera tout d'abord par une nouvelle motivation à la pratique de la gynécologie en cabinet de médecine générale, grâce à des pistes citées précédemment.

Aussi, peu de médecins étaient présents aux réunions d'informations sur l'organisation de ce protocole. Deux réunions ont même été nécessaires pour espérer rassembler plus de médecins. Beaucoup ne se sentent pas concernés par ces réunions pour diverses raisons, car ils ne font plus de gynécologie, car ils ne verront de toute façon pas ces patientes. Mais, de leur participation dépend néanmoins l'efficacité du dépistage. Il faut impérativement trouver des pistes pour essayer de les remotiver : ceci peut passer par une éventuelle rémunération sur la participation aux réunions, sur l'organisation de soirées d'informations du protocole couplées avec un programme de formation dans le cadre du DPC par exemple. A contrario, tous ont mis en avant les avantages d'avoir en Meuse une structure de gestion des dépistages organisés avec qui la communication est simple et rapide. Il faut donc encourager les médecins à participer à ces réunions pour espérer une prise de conscience de leur place prépondérante dans le protocole et aussi apporter une preuve de soutien au travail conséquent effectué par la structure de gestion.

Mais la motivation des médecins faiblit malheureusement. Nombre d'entre eux nous ont paru lassés de devoir sans cesse répéter le même discours pour si peu de résultats. Les demandes croissantes de la population, l'exigence des patients, imposent une implication très, voire trop importante des médecins généralistes. Certains finissent par paraître résignés, démotivés, lassés de leur exercice, et peuvent même risquer le « burn out », tant d'actualité dans cette profession.

Aux multiples pistes pour essayer de relancer l'offre gynécologique s'ajoute l'axe financier. Il pourrait effectivement permettre un surcroît d'engagement du médecin généraliste, par exemple, en offrant la possibilité de coter la réalisation d'un FCU de dépistage à taux plein et non plus à 50%. De plus, l'affichage en salle d'attente des principaux tarifs pratiqués, comme par exemple celui de la réalisation du FCU, peut informer certaines patientes de la compétence de leur médecin généraliste et ainsi les amener à consulter. Il serait intéressant d'étudier l'évolution de la pratique gynécologique des médecins généralistes depuis la mise en place de la ROSP, pour évaluer l'impact de l'incitation financière sur les pratiques médicales.

- Les limites du protocole

De nombreuses limites ont été mises en évidence par les médecins généralistes et plusieurs pistes ont été proposées pour essayer d'améliorer la participation à ce dépistage. Tout d'abord, les médecins généralistes auraient souhaité avoir un listing des patientes qui n'avaient pas été dépistées. Cela leur aurait permis de pouvoir aborder la question du dépistage au cours d'une consultation, et probablement de rattraper quelques personnes. Il faudrait que ces listings soient fournis au médecin, tout comme les listes pour le dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal. Un site internet regroupant ces informations pour la patientèle de chaque médecin pourrait être efficace car facile et rapide d'accès.

Il y a également un travail à poursuivre avec les instances départementales et régionales. En effet, l'efficacité du dépistage organisé ne dépend pas que des médecins ou gynécologues mais également des efforts et de la bonne coordination entre structure de gestion, CPAM, ARS, structures de santé (maisons médicales, maisons de santé pluriprofessionnelles, pôles de santé) et aussi Conseil Général. En effet, des actions diverses et variées peuvent être mises en œuvre pour essayer de stimuler un maximum la population : réunions d'informations à l'échelon local sur le cancer du col de l'utérus, prise en charge à 100% de la consultation dédiée à la réalisation du frottis par exemple. Dans une autre mesure, l'information scolaire pourrait certainement avoir un impact à long terme sur le dépistage : des actions de prévention dans les collèges et lycées pourraient être couplées à des informations sur la vaccination anti-HPV et l'importance d'un suivi gynécologique par frottis.

Ce protocole inclue également l'utilisation du test HPV en dépistage primaire chez les femmes de 35 à 65 ans. L'objectif de notre étude n'était pas principalement porté sur ce test mais les médecins nous ont paru assez peu concernés par son utilisation. Etait-ce dû à un manque de connaissances, ou à une réticence envers son emploi ? Il serait intéressant de voir quelles sont les connaissances des généralistes sur le test HPV, en réalisant une enquête qualitative auprès de cette population. Nous avons aussi noté dans cette étude que la mention de la vaccination anti-HPV n'a été faite qu'une seule fois : « *on voit quand même des sacrés trucs, je pense qu'on en verra moins depuis la vaccination* » (E5L35). Quelles en sont les raisons ? Les entretiens n'ont jamais abordé la question de la vaccination, alors que les médecins généralistes, selon la thèse du Dr CHEVALIER [52], « *ont un rôle privilégié dans la diffusion de l'information sur la vaccination contre l'HPV* ». Egalement un autre point important relevé dans cette thèse : il est mis en avant qu'une « *position favorable du praticien envers cette vaccination entraîne implicitement une information plus large des patientes* », on peut facilement extrapoler cette idée au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Egalement, comme l'a souligné l'ANAES [18], il serait important d'étudier « *l'impact psychologique sur la qualité de vie de la mise en œuvre d'un test de dépistage reposant sur un test qui révèle une infection sexuellement transmissible et potentiellement à risque de cancer* ». Une étude auprès de la population féminine pourrait évaluer cet impact psychologique, les réactions de ces patientes et leur prise en charge.

Une des voies d'amélioration déjà concrétisées par l'AMPM est l'utilisation des kits d'autoprélèvement. Ils ont permis de recevoir plus de 500 nouveaux tests HPV dans ce protocole. Leur intérêt a déjà été démontré dans l'étude de PIANA [53] : leur utilisation chez les femmes de plus de 35 ans permet d'augmenter la couverture de dépistage de la population en levant le frein lié à l'examen gynécologique. Leur disponibilité devrait être étendue à plusieurs lieux : dans les centres de PMI, dans les cabinets de gynécologues, chez les médecins généralistes, qui pourraient ainsi les distribuer aux femmes non dépistées figurant sur les listings.

- **Vers un dépistage national organisé**

Le nouveau plan Cancer 2014-2019 [12] s'inscrit comme un message d'avenir pour le dépistage du cancer du col de l'utérus : la mise en place d'un dépistage organisé va enfin voir le jour au niveau national, en s'appuyant de nouveau sur la participation du médecin généraliste : « *Renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage* ». Conformément aux résultats de nombreuses études, le taux de couverture du dépistage devrait augmenter et l'incidence de ce cancer devrait diminuer. Nous pouvons aussi espérer que les médecins s'engagent à respecter les recommandations fixées par les hautes instances et ainsi diminuer le surnombre de frottis réalisés. Egalement, l'absence de signature d'un consentement éclairé sera peut-être un facteur d'amélioration de participation au dépistage.

Il serait intéressant aussi de voir l'impact de la mise en place d'une consultation uniquement dédiée au dépistage, qui pourrait regrouper à la fois de l'information, de la prévention, la réalisation d'un examen clinique précis (par exemple, examen mammaire, digestif, interrogation sur des signes de lésions prostatiques...) et possiblement la réalisation du FCU. Cette consultation pourrait être prise en charge à 100% par les CPAM.

Malgré les quelques limites de ce protocole DEPIST HPV 55, les médecins généralistes auront eu l'avantage de pouvoir tester le dépistage organisé du cancer de l'utérus avant sa mise en place au niveau national. Même si leur investissement réel n'a été que de diffuser des messages de prévention, d'incitation au dépistage, ils sont bien conscients du bénéfice apporté par ce protocole pour leur patientèle. Il se peut que cette expérience les oblige à évoluer, et ainsi, améliorer dans l'avenir leur implication en gynécologie. Les changements de pratiques, d'habitudes, sont très difficiles à obtenir mais il est nécessaire de toujours se remettre en question pour espérer offrir les meilleurs soins possibles à ses patients.

CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus est une maladie qui touche encore trop de femmes en France et dans le monde. Alors que nous connaissons depuis plus de 20 ans des moyens efficaces pour lutter contre ce fléau, ceux-ci ne sont malheureusement toujours pas mis en place dans notre pays. C'est le cas du dépistage organisé, qui a montré sa supériorité dans de multiples essais, et qui n'est testé chez nous que dans des départements pilotes. C'est également le cas du test HPV, utilisé en France dans le bilan secondaire de certaines lésions alors que de nombreuses études ont montré l'intérêt de devoir l'utiliser comme premier examen de dépistage du cancer du col de l'utérus chez une population ciblée. Le protocole DEPIST HPV 55 permet de réunir ces deux avancées fortes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, et permet aux médecins généralistes meusiens de prendre conscience de la place primordiale qu'ils occupent au sein du dépistage en général. Ils sont conscients de pouvoir faire bénéficier à leurs patientes de moyens exceptionnels pour contribuer à leur santé et s'efforcent de transmettre ce message tous les jours. En s'appropriant ce nouveau dispositif, ils démontrent la possibilité de la mise en place sur le territoire national d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et l'utilisation de nouvelles techniques, points forts du nouveau plan cancer 2014-2019. Les nombreuses perspectives d'amélioration soulevées dans ce travail permettront peut-être d'atteindre l'objectif fixé par la loi de santé publique de 80% de femmes dépistées.

Le vaste sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus fait et fera encore l'objet de nombreuses recherches, notamment lorsque son organisation sur le territoire national sera effective. Dans le cadre du projet DEPIST HPV 55, d'autres études sont bien évidemment nécessaires pour pouvoir évaluer totalement ce protocole expérimental. Elles pourraient s'attacher à étudier les avis des patientes sur ce nouveau protocole, leurs attentes, leurs craintes, ou encore évaluer le ressenti d'autres professionnels de santé impliqués tels que les gynécologues ou les sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2008.
- [2]. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [En ligne]. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx . Consulté le 27 janvier 2014.
- [3]. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS et Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 : Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013.
- [4]. Institut National du Cancer. Données régionales d'incidence (nombre annuel de cas, taux bruts, taux standardisés monde) du cancer du col de l'utérus chez la femme 2008-2010. [En ligne]. <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/92-donnees-regionales-incidence-cancers/202-donnees-regionales-incidence-cancer-col-uterus-2008-2010.html#ind2>. Consulté le 27 janvier 2014.
- [5]. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [En ligne]. <http://www.cepidc.inserm.fr>. Consulté le 28 janvier 2014.
- [6]. Bosch F, Lorincz A, Munoz N, Meijer C and Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J. Clin. Pathol. 2002; 55(4):244-265.
- [7]. Walboomers J, Jacobs M, Manos M, Bosch F, Kummer J, Shah K, Snijders P, Peto J, Meijer C and Muñoz N. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J. Pathol. 1999; 189:12-19.
- [8]. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention - Référentiel pratique. Paris: HAS; 2013.

- [9]. Institut National du Cancer. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010. Boulogne-Billancourt: INCa; 2010.
- [10]. Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Boulogne-Billancourt: INCa; 2007.
- [11]. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan cancer 2009-2013. Paris: 2009.
- [12]. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan cancer 2014-2019. Paris: 2014.
- [13]. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Paris: HAS; 2010.
- [14]. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française du 22 juillet 2009.
- [15]. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Journal Officiel de la République Française du 25 septembre 2011.
- [16]. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Collection enquêtes et sondages : Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. Boulogne-Billancourt: INCa; Septembre 2010.
- [17]. Wilson JMG and Jungner G. Principes et pratique du dépistage des maladies. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1970.
- [18]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Paris: ANAES; 2004.
- [19]. Renaud R. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin. J. Gynecol. Obstet. Reprod. 1990; 19:7-16.

- [20]. World Health Organization. Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires : résumé d'orientation. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2002.
- [21]. Organisation Mondiale de la Santé. Lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles. Genève: OMS; 2007.
- [22]. Recommandation du conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer. Journal Officiel de l'Union Européenne du 16 décembre 2003.
- [23]. Vacher-Lavenu M. Rapport du groupe technique sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.
- [24]. Boulanger J.C. Prévention du cancer du col de l'utérus. Dans : Troisième partie - Recommandations pour la pratique clinique. Paris: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; 2007. p. 393-396.
- [25]. Nieminen P, Kallio M, Anttila A and Hakama M. Organized versus spontaneous pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. Int. J. Cancer. 1999; 83:55-58.
- [26]. Kok IMCM, Van Rosmalen J, Dillner J, Arbyn M, Sasieni P, Iftner T and Van Ballegooijen M. Primary screening for human papillomavirus compared with cytology screening for cervical cancer in European settings: cost effectiveness analysis based on a Dutch microsimulation model. BMJ. 2012; 344:e670.
- [27]. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2014. Annexe 1 : Programme de qualité et d'efficience maladie, Partie II : Objectifs et résultats, Objectif 2 : Développer la prévention, Sous indicateur n°2-3-2.
- [28]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011.

- [29]. Boulanger J, Fauvet R, Urrutiaguer S, Drean Y, Sevestre H, Ganry O, Bergeron C et Gondry J. Histoire cytologique des cancers du col utérin diagnostiqués en France en 2006. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2007; 35(9):764-771.
- [30]. Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R et Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes". Saint Maurice: INVS; 2007.
- [31]. Anttila A, Von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, Nicula F, Vass L, Valerianova Z, Voti L, Sauvaget C and Ronco G. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *European Journal of Cancer*. 2009; 45(15):2649-58.
- [32]. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel de la République Française* du 11 août 2004.
- [33]. Ruelle Y, Hurtaud A, Lob A, Cadwallader JS et Vaillant Roussel H. Comment optimiser le dépistage du cancer du col de l'utérus ? *Revue narrative de la littérature. Exercer*. 2013; 107:132-41.
- [34]. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, Ghiringhello B, Girlando S, Gillio-Tos A, De Marco L, Naldoni C, Pierotti P, Rizzolo R, Schincaglia P, Zorzi M, Zappa M, Segnan N and Cuzick J. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia : a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2010; 11(3):249-57.
- [35]. Ronco G, Dillner J, Elfström K, Tunesi S, Snijders P, Arbyn M, Kitchener H, Segnan N, Gilham C, Giorgi-Rossi P, Berkhof J, Peto J and Meijer C. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer : Follow-up of four European randomized, controlled trials. *The Lancet*. 2013; 383(9916):524-32.

- [36]. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, Gillio-Tos A, Minucci D, Naldoni C, Rizzolo R, Schincaglia P, Volante R, Zappa M, Zorzi M, Cuzick J and Segnan N. Results at Recruitment From a Randomized Controlled Trial Comparing Human Papillomavirus Testing Alone With Conventional Cytology as the Primary Cervical Cancer Screening Test. *J Natl Cancer Inst.* 2008; 100(7):492-501.
- [37]. Mayrand M, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter S, Hanley J, Ferenczy A, Ratnam S, Coutlée F and Franco E. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 2007; 357:1579-88.
- [38]. Sherman M, Lorincz A, Scott D, Wacholder S, Castle P, Glass A, Mielzynska-Lohnas I, Rush B and Schiffman M. Baseline Cytology, Human Papillomavirus Testing, and Risk for Cervical Neoplasia : A 10-Year Cohort Analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2003; 95(1):46-52.
- [39]. Bulkmand N, Berkhof J, Rozendaal L, van Kemenade FJ, Boeke AJ, Bulk S, Voorhorst FJ, Verheijen RH, van Groningen K, Boon ME, Ruitinga W, van Ballegooijen M, Snijders PJ and Meijer CJ. Human papillomavirus DNA testing for the detection of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and cancer : 5-year follow-up of a randomized controlled implementation trial. *The Lancet.* 2007; 370(9601):1764-72.
- [40]. Anttila A, Kotaniemi-Talonen L, Leinonen M, Hakama M, Laurila P, Tarkkanen J, Malila N and Nieminen P. Rate of cervical cancer, severe intraepithelial neoplasia, and adenocarcinoma in situ in primary HPV DNA screening with cytology triage : randomised study within organised screening program. *BMJ.* 2010; 340:c1804.
- [41]. Cuzick J, Clavel C, Petry K, Meijer C, Hoyer H, Ratnam S, Szarewski A, Birembaut P, Kulasingam S, Sasieni P and Iftner T. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer.* 2006; 119(5):1095-101.
- [42]. La rédaction PRESCRIRE. Dépister les cancers du col de l'utérus - Organiser le dépistage pour éviter des conisations inutiles. *Prescrire.* 2010; 30(317):193-202.

- [43]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Paris: ANAES; 2002.
- [44]. Territorial TV. Dépistage du cancer du col de l'utérus. [En ligne]. <http://www.territorialtv.fr/video.php?key=CWsiP30W0W>. Consulté le 24 janvier 2014.
- [45]. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P et Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 84:142-5.
- [46]. Mukamurera J, Lacourse F et Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives. 2006; 26(1):110-138.
- [47]. Côté L et Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002; 3:81-90.
- [48]. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Edition 2011.
- [49]. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Lorraine : Situation en 2013. Ordre National des Médecins. 2013.
- [50]. Ordre National des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Novembre 2012.
- [51]. Fayolle E et Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer. 2013; 107:114-20.
- [52]. Chevalier S. Vaccination contre les infections à papillomavirus humain : enquête auprès de parents d'adolescentes scolarisées dans les collèges (classe de troisième) et lycées meusiens sur les motifs de recours et de non recours à la vaccination, et identification des facteurs intervenant dans ce choix. 134p. Th : Méd. : Nancy I : 2013.

- [53]. Piana L, Leandri FX, Le Retraite L, Heid P, Tamalet C et Sancho-Garnier H. L'autoprélèvement vaginal à domicile pour recherche de Papilloma virus à haut risque. Campagne expérimentale du département des Bouches-du-Rhône. Bull Cancer 2011 ; 98:723-731.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'invitation envoyée aux femmes de 25 à 34 ans (recto)



Association Meusienne
de Prévention Médicale
31, rue du Four
55 000 BAR-LE-DUC

Campagne de Dépistage du cancer du col de l'utérus : lettre d'invitation

Mademoiselle, Madame,



Une campagne pilote de Dépistage du Cancer du Col Utérin est organisée dans le département de la Meuse pour les femmes de 25 à 65 ans, répondant aux critères d'éligibilité (** voir coupon réponse ci-dessous). Le dépistage proposé consiste en la réalisation d'un **frottis cervico-utérin**, lors d'une consultation chez votre médecin traitant ou le gynécologue de votre choix : pour les femmes de **25 à 34 ans** ce frottis sera analysé **par test cytologique**.

Lors de la consultation qui sera prise en charge aux conditions habituelles :

- Présentez ce courrier qui comporte les étiquettes pour identification du test et la fiche de liaison pour le laboratoire (au dos du courrier).
- Le médecin pratiquera si nécessaire l'examen (ou vous le prescrira) : le frottis réalisé sera **totaleme nt pris en charge** (hors dépassements des tarifs conventionnels).

Les **résultats** seront envoyés à votre médecin traitant et/ou votre gynécologue.

Si vous ne réalisez pas ce dépistage (non éligibilité**, choix personnel), merci de nous retourner le coupon réponse ci-dessous complété, pour éviter une relance inutile.

Pour en savoir plus, nous vous invitons à lire le **dépliant joint** et à **en parler avec votre médecin**. **Notre équipe reste à votre disposition au 03.29.46.46.00.**

Veuillez croire, Mademoiselle, Madame, à l'expression de nos salutations les meilleures.

Dr Véronique RIVIERE-SIMONET
Médecin Directeur

**** Vérifiez votre éligibilité en complétant le questionnaire ci-dessous : si vous cochez une des cases, vous n'êtes pas éligible au dépistage proposé. Dans ce cas, veuillez retourner ce coupon détachable daté et signé, dans une enveloppe sans l'affranchir adressée au :**
Dr V. RIVIERE-SIMONET - AMPM, LIBRE REPONSE 65476, 55019 BAR-LE-DUC CEDEX

- ☐ J'ai été traitée pour un cancer du col de l'utérus, date : / /
- ☐ Je suis suivie pour lésions du col de l'utérus
- ☐ J'ai fait un frottis depuis moins de 3 ans, date: / /, effectué par
- ☐ Je n'ai plus d'utérus depuis l'année :, le médecin m'a confirmé que je n'avais plus besoin de faire de frottis

Médecin responsable du suivi gynécologique :

☐ Je ne souhaite pas participer à la campagne

Date : Signature :

Conformément à la loi n°78-17 du 06.01.1978 CHL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier.

Annexe 2 : Lettre d'invitation envoyée aux femmes de 25 à 34 ans (verso)

<u>Identification patiente :</u>	Frottis de dépistage AMPM <Nom> <Prénom> <Nom de jeune fille> <Date de Naissance>	 <Code Barre> <Num ref>
<u>Numéro de téléphone :</u> -- / -- / -- / -- / -- (à remplir par vous-même)		
<u>FICHE DE LIAISON POUR LE LABORATOIRE</u> (à remplir par votre médecin)		
<u>Cachet du Médecin Préleveur :</u> <u>Date du prélèvement :</u> ____ / ____ / ____ <u>Renseignements cliniques :</u> Antécédents de traitement du col ☐ Non ☐ Oui - merci de préciser : ☐ Laser ☐ Conisation ☐ Hystérectomie sub-totale ☐ Autre : Vaccination HPV ☐ Non ☐ Oui - merci de préciser : - le type de vaccin : ☐ Gardasil (HPV16,18,6,11) ☐ Cervarix (HPV16,18) ☐ Ne sait pas - le nombre d'injections reçues : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 <u>Type de frottis réalisé :</u> ☐ Lame ☐ Phase liquide <u>Autre médecin destinataire du résultat (le cas échéant) :</u> _____ <u>Signature :</u>		
<u>FICHE DESTINÉE AU LABORATOIRE</u> (à remplir par le laboratoire)		
<u>Nom ou Cachet du Laboratoire :</u> <u>Date d'interprétation du frottis :</u> ____ / ____ / ____ <u>Signature :</u>		

Annexe 3 : Lettre d'invitation envoyée aux femmes de 35 à 65 ans (recto)



Association Meusienne
de Prévention Médicale
31, rue du Four
55 000 BAR-LE-DUC

Dépistage Organisé du cancer du col de l'utérus :
Protocole DEPIST-HPV 55 : Lettre d'Invitation

Mademoiselle, Madame,



Le Dépistage Organisé du Cancer du Col Utérin pour les femmes de 25 à 65 ans est mis en place département de la Meuse. Il consiste en la réalisation d'un **frottis cervico-utérin**, lors d'une consultation chez votre médecin traitant ou le gynécologue de votre choix. Pour les femmes de **35 à 65 ans**, un **nouveau protocole de dépistage est proposé qui repose sur l'analyse du frottis par un nouveau test appelé Test HPV**.

➤ Pour participer à ce protocole il est nécessaire :

- que vous répondiez aux **critères d'éligibilité** définis : voir questionnaire ci-dessous **



- que vous soyez **volontaire** et que vous donniez votre **consentement de participation par écrit** (au dos de ce document)



- que vous présentiez ce courrier qui comporte les étiquettes pour identification du test, la fiche de liaison pour le laboratoire et le formulaire de consentement (au dos du courrier).

- Le médecin pratiquera si nécessaire l'examen (ou vous le prescrira) : le frottis avec test HPV sera **intégralement pris en charge**.

Les **résultats** seront envoyés à votre médecin traitant et/ou votre gynécologue.



Nous vous invitons à **lire et à conserver la notice d'information jointe**, relative à la campagne pilote et au **test HPV**. N'hésitez pas à **en parler avec votre médecin** ou à **nous contacter** au 03.29.46.46.00. Si vous ne participez pas à ce dépistage (non éligibilité**, choix personnel), merci de nous retourner le coupon réponse ci-dessous complété, pour éviter une relance inutile.

Veuillez croire, Mademoiselle, Madame, à l'expression de nos salutations les meilleures.

Dr Véronique RIVIERE-SIMONET
Médecin Directeur

** Vérifiez votre éligibilité en complétant le questionnaire ci-dessous : si vous cochez une des cases, vous n'êtes pas éligible au dépistage proposé. Dans ce cas, veuillez retourner ce coupon **détachable daté et signé**, dans une enveloppe **sans l'affranchir** adressée au :

Dr V. RIVIERE-SIMONET - AMPM, LIBRE REPONSE 65476, 55019 BAR-LE-DUC CEDEX

☐ J'ai été traitée pour un cancer du col de l'utérus, date / /

☐ Je suis suivie pour des lésions du col utérin :

☐ Je n'ai plus d'utérus depuis l'année :, le médecin m'a confirmé que je n'avais plus besoin de faire de frottis

Médecin responsable du suivi gynécologique :

☐ Je ne souhaite pas participer au protocole.

Date : Signature :

Annexe 4 : Lettre d'invitation envoyée aux femmes de 35 à 65 ans (verso)

<u>Identification patiente :</u>	Participation / Test HPV <Nom> <Prénom> <Nom de jeune fille> <Date de Naissance>	 <Code Barre> <Num ref>
Numéro de téléphone : __ / __ / __ / __ / __ (à remplir par vous-même)		
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION (à remplir par vous-même)		
J'ai été invitée à participer à la campagne pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus DEPIST-HPV55. J'ai pris connaissance de la lettre d'information qui m'a été adressée et qui précise le déroulement de cette campagne pilote de dépistage ainsi que les personnes à contacter en cas de question. Je suis informée que je pourrai à tout moment retirer mon consentement et donc cesser ma participation sans avoir à me justifier et sans conséquences quant à la qualité des soins qui me sont prodigués. Je suis informée que je dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant, sur simple demande adressée au médecin coordonnateur de l'AMPM, selon la Loi informatique et liberté du 4 mars 2002. ☐ J'accepte ☐ Je refuse (et je renvoie le présent document à l'AMPM) de participer au programme pilote de dépistage DEPIST-HPV55 dans les conditions établies par la loi et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise. Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____		
FICHE DE LIAISON POUR LE LABORATOIRE (à remplir par votre médecin)		
Eligibilité : ☐ Oui ☐ Non <u>Cachet du Médecin Préleveur :</u> Renseignements cliniques : Antécédents de traitement du col ☐ Non ☐ Oui - merci de préciser : ☐ Laser ☐ Conisation ☐ Hystérectomie sub-totale ☐ Autre : _____ Vaccination HPV ☐ Non ☐ Oui - merci de préciser : - le type de vaccin : ☐ Gardasil (HPV16,18,6,11) ☐ Cervarix (HPV16,18) ☐ Ne sait pas - le nombre d'injections reçues : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Dispositif de prélèvement utilisé : ☐ DNAPAP Cervical SamplerTM pour test HPV ☐ Prélèvement impossible Autre destinataire du résultat (le cas échéant) : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____		

Législation et confidentialité

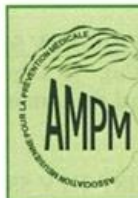
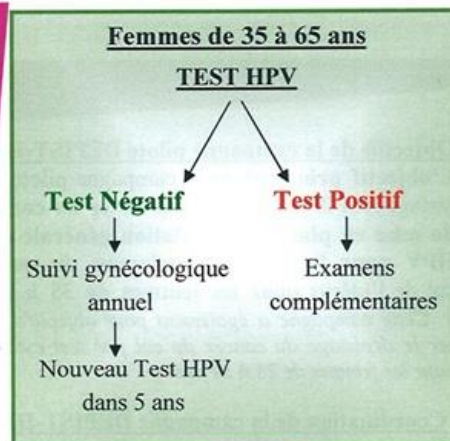
La campagne pilote de dépistage DEPIST-HPV55 a fait l'objet d'un avis favorable du Comité de Protection des Personnes de Nancy le xx/xx/xxxx et d'une autorisation de l'Autorité Compétente le xx/xx/xxxx, sous la référence ID-RCB 2011-A01525-36, conformément à la législation en vigueur.

Vous êtes libre de participer ou non à cette campagne pilote de dépistage. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement et donc cesser votre participation sans avoir à vous justifier et sans conséquences quant à la qualité des soins qui vous sont prodigués.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives vous concernant, sur simple demande adressée au médecin coordonnateur de l'AMPM, selon la loi informatique et liberté du 4 mars 2002.

Toute information recueillie dans le cadre de cette campagne pilote de dépistage sera traitée de façon confidentielle et analysée de façon anonyme.

Les résultats globaux de cette campagne pilote de dépistage seront diffusés par l'AMPM à l'issue de l'étude.



**Association Meusienne
de
Prévention Médicale**

Président : Dr Alain FRANÇOIS
Médecin Directeur : Dr V. RIVIÈRE-SIMONET
Responsable Scientifique : Dr P. MERLIN

AMPM

31 Rue du Four
55000 BAR LE DUC

Téléphone : 03.29.46.46.00

Télécopie : 03.29.46.46.54

Messagerie : ampm55@wanadoo.fr

Notice d'information à lire avec attention

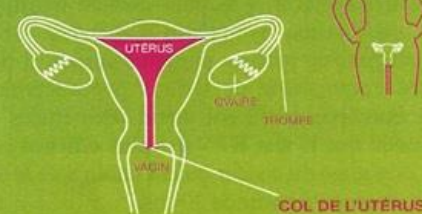
Dépistage du cancer du Col de l'Utérus dans la Meuse : DEPIST-HPV 55

**Le frottis, est un geste simple qui peut
sauver des vies.**

Qu'est ce que le cancer du Col de l'Utérus ?

Le cancer du col de l'utérus est principalement causé par des virus très répandus appelés Papillomavirus Humains (HPV). La contamination se fait le plus souvent à l'occasion des premiers rapports sexuels.

où se situe le col de l'utérus ?



Contexte

Le cancer du col utérin représente 3 000 nouveaux cas par an en France. Plus de 90% de ces cas pourraient être évités grâce à un **dépistage régulier**. En effet, le dépistage permet soit de découvrir **des lésions précancéreuses** qui peuvent être traitées efficacement, soit de découvrir **un cancer à un stade précoce** auquel il peut être curable. Le dépistage est actuellement recommandé **tous les 3 ans** pour toutes les femmes **de 25 à 65 ans**. Cependant, plus de 40% des femmes concernées en France ne suivent pas ces recommandations.

Ce dépistage repose actuellement sur la réalisation d'un **frottis**, qui consiste à prélever les cellules qui sont à la surface du col de l'utérus avec une petite brosse. Le frottis est habituellement analysé par **test cytologique**, qui recherche des anomalies cellulaires visibles au microscope. Un nouveau test, appelé **test HPV**, permet de détecter la présence d'un virus appelé Papillomavirus humains (HPV), qui est contracté le plus souvent à l'occasion des premiers rapports sexuels. Cette infection virale est très fréquente et le plus souvent transitoire et sans aucun symptôme. Cependant, si ce virus persiste pendant plusieurs années, il **peut être responsable de lésions précancéreuses et cancéreuses** du col utérin. Des études ont montré que **le test HPV est plus efficace** pour le dépistage du cancer du col utérin **que le test cytologique** à partir de 30 ans.

Objectifs de la campagne pilote DEPIST-HPV 55

L'objectif principal de la campagne pilote de dépistage DEPIST-HPV55 est de **tester les conditions de mise en place en population générale du test HPV pour le dépistage primaire** du cancer du col de l'utérus **pour les femmes de 35 à 65 ans**.
« Cette campagne a également pour objectif d'organiser le dépistage du cancer du col par test cytologique pour les femmes de 25 à 34 ans. »

Coordination de la campagne DEPIST-HPV 55

Cette campagne pilote est organisée par l'AMPM, en collaboration avec le Laboratoire Espace-Bio de Metz, à la demande de l'INCa (Institut National du Cancer). Les investigateurs coordonnateurs en sont le Docteur Véronique RIVIERE-SIMONET, Médecin Directeur de l'AMPM et Monsieur Richard WASELS, Biologiste à Metz.

Financement de la campagne DEPIST-HPV 55

Institut National du Cancer (INCa), la Ligue contre le Cancer, le Conseil Régional de Lorraine (?) et l'ARS de Lorraine.

Durée de la campagne pilote DEPIST-HPV 55

La participation de **17 000 femmes meusiennes** est attendue pendant la phase d'invitation qui durera 16 mois. La durée de participation pour chaque sujet sera au maximum de 14 mois, en cas de tests complémentaires.

Réalisation des tests de dépistage

Votre frottis sera analysé par test HPV au Laboratoire Espace-Bio de Metz ou par test cytologique dans un cabinet d'anatomie pathologique.

Bénéfices attendus, contraintes et risques prévisibles

Le dépistage permet de **détecter de façon précoce les lésions précancéreuses et cancéreuses** du col de l'utérus, qui la plupart du temps ne se manifestent par aucun symptôme et qui peuvent être traitées très efficacement.

Le frottis est un geste simple et non douloureux, qui se fait en position gynécologique. Il peut occasionner un léger saignement. Ce geste ne présente pas d'autre risque particulier.

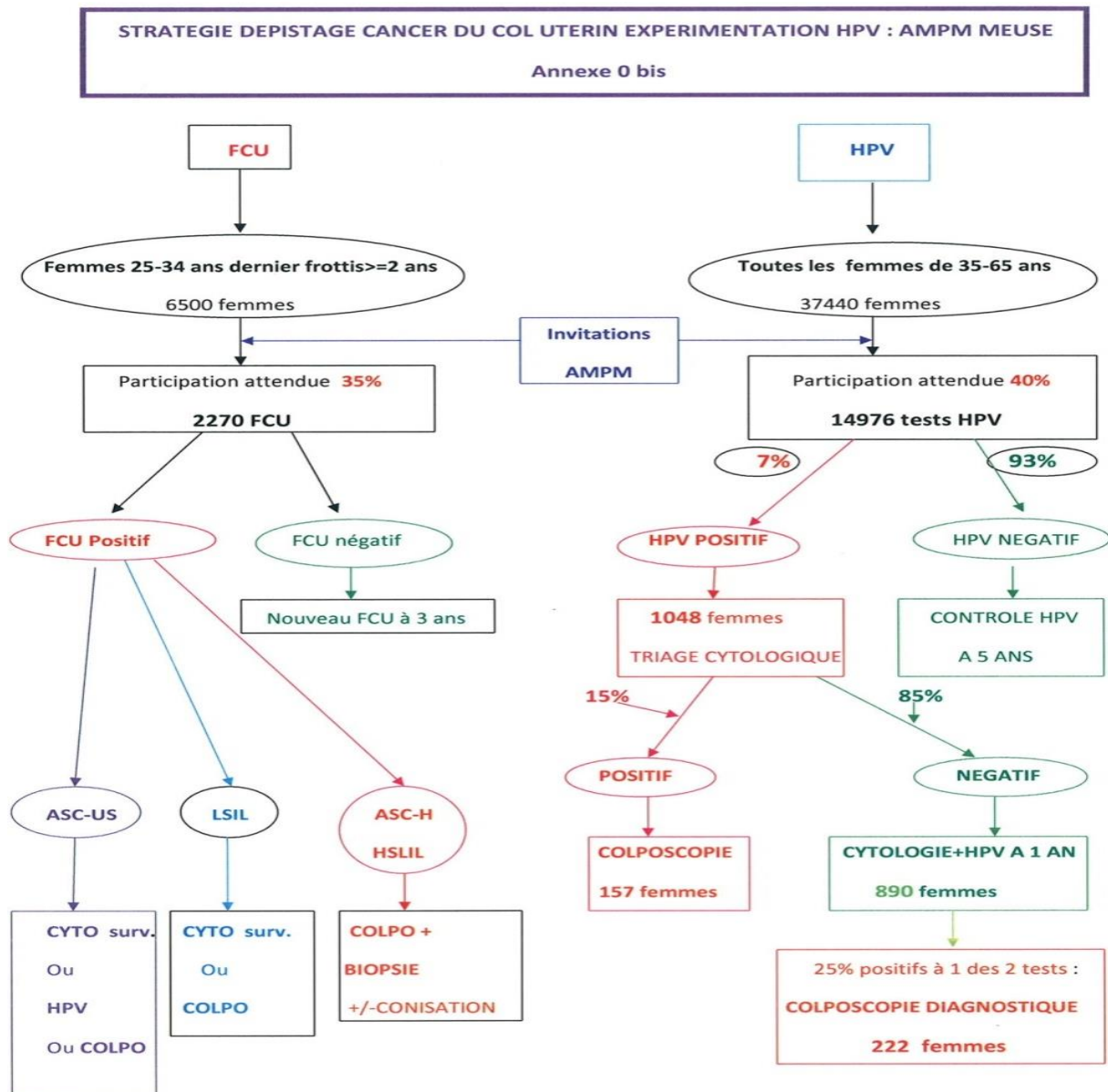
Résultats des tests de dépistage

Les résultats seront envoyés à votre gynécologue et/ou à votre médecin généraliste qui vous recontactera en **cas d'anomalie**.

Si le test HPV est **négatif**, la réalisation d'un nouveau test HPV est préconisée **5 ans** plus tard.

Dans l'intervalle, un suivi gynécologique **annuel** est vivement **recommandé** (même au-delà de 65 ans) et tout symptôme inhabituel nécessite une consultation médicale.

Annexe 7 : Algorithme de prise en charge dans le protocole DEPIST HPV 55



Dépistage du cancer du Col de l'Utérus dans la Meuse

Programme pilote : DEPIST-HPV 55

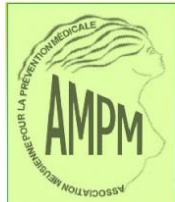


De 25 à 65 ans,
vaccinée ou non,
votre examen de
dépistage,
totalement pris
en charge.

- De 25 à 34 ans : par frottis
avec analyse cytologique.
- De 35 à 65 ans : par test
HPV



Votre médecin participe à ce programme



AMPM

31 Rue du Four
55000 BAR LE DUC
Téléphone : 03.29.46.46.00
Télécopie : 03.29.46.46.54
Messagerie : ampm55@wanadoo.fr

GUIDE D'ENTRETIEN

1/ PROFIL MEDECIN

- Nom
- Prénom
- Sexe
- Age
- Activité : rurale, semi rurale, urbaine
- Mode d'exercice : isolé, cabinet de groupe, maison de santé
- Implication dans la formation : accueil externes, internes, saspas, maitre de stage...?
- Formation continue : participation régulière à des FMC, abonnement à des revues, participations à des audits, à des thèses...

2/ ENTRETIEN

Question 1 : Quelle est votre implication dans le cadre du dépistage organisé des cancers (cancer colorectal et cancer du sein) ?

Question 2 : Quelle est votre implication en gynécologie ?

Question 3 : Que pensez-vous du protocole DEPIST HPV 55 ?

Question 4 : Que faites-vous lorsqu'une patiente vous consulte pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Question 5 : Que souhaiteriez-vous pour améliorer ce protocole ?

ENTRETIEN 4

1 **Quelle est votre implication dans le cadre du dépistage organisé des cancers (cancer**
2 **colorectal et cancer du sein) ?**

3 Disons qu'à partir du moment où il y a une campagne, c'est vrai que ça encadre bien , moi je
4 suis partant il n'y a pas de soucis, côté campagne, cancer du sein, ça fait partie de la
5 stimulation des femmes, même si on les voit pour autre chose et puis j'ai une femme pour le
6 HPV aussi, alors là c'est rentré dans les mœurs maintenant, d'autant plus qu'ici, on a un
7 gynéco qui vient une fois tous les 15 jours, et qui a pris le relais, pour des consultations
8 avancées de gynécologie ici.

9 **Quelle est votre implication en gynécologie ?**

10 Ici, donc, par rapport à l'évolution de mon exercice effectivement je faisais plus de gynéco et
11 de dépistage lorsque j'ai commencé et que j'étais tout seul en 1987, donc après ça s'est un
12 peu étioilé, d'une part l'activité vraiment médecine générale classique a pris le dessus, moi je
13 me suis aussi impliqué dans de l'ostéo donc ça m'a donné une autre orientation, donc bon,
14 tout en en parlant dans le discours, je ne l'ai plus trop pratiqué au cabinet. Et puis du côté
15 patiente, c'est surtout l'habitude aussi d'avoir entre guillemet son gynéco et voilà.

16 **Que faites-vous désormais en gynécologie ?**

17 Alors pour commencer, la pose d'implants je le fais car c'est un côté technique et
18 apparemment ça n'intéresse pas trop les gynécos, les retirer ça les intéresse encore moins,
19 ils ont peur que ce soit vraiment de la chirurgie, ils ont peur de perdre du temps, ça je suis
20 impliqué je fais, soit sur la prescription, soit sur le relais parce qu'on me le demande. Côté
21 frottis non, c'est surtout examen gynéco ponctuel parce que il n'y a pas de place chez le
22 gynéco mais le dépistage, je n'ai pas... non... c'est vraiment très ponctuel. Je ne suis pas dans
23 un suivi gynéco. Je suis plutôt là sur la place stimulation « bon voilà, renouvellement de
24 pilule, vous n'avez pas vu le gynéco depuis tant de temps, le frottis ça reste important.
25 Voilà ».

26 **Que pensez-vous du protocole DEPIST HPV 55 ?**

27 Je pense que c'est une stimulation supplémentaire pour les femmes, bon maintenant, c'est
28 toujours le problème des gens, il y a des gens qui répondront, d'autre qui ne répondront pas,
29 de toute façon globalement on a toujours un avantage à gratter pour faire venir les gens,
30 faire un suivi, enfin les femmes en particulier. Le problème c'est qu'il y a une banalisation à
31 travers la contraception, il y a une banalisation de prendre un médicament et le suivi
32 gynécologique, on commence à voir aujourd'hui des jeunes filles qui arrivent et disent « moi
33 je veux une pilule mais je ne veux pas d'examen », « oui mais bon, t'es bien gentille » donc
34 c'est tout ce contexte la qui est à travailler. Bon, on a quand même des bons contacts, je dis
35 on parce qu'on est dans le même esprit avec mon collègue, avec nos patientes, on répète le
36 message. Bon maintenant on ne peut pas les prendre chez elle et les amener. Donc la
37 dimension du dépistage, à mon avis, le fait de relancer, comme on le fait pour le colon etc,
38 de relancer de stimuler d'informer, bon ça reste positif. Moi, dès qu'on peut, moi je suis, il
39 n'y a pas de problèmes les campagnes de dépistage. Je suis POUR !

40 **Ressentez-vous des éléments négatifs dans ce protocole ?**

41 Pour moi ça ne m'a pas amené une surcharge de travail. D'autant plus avec la facilité qu'on a
42 d'avoir un gynéco sur place, bon, qui, voilà, les femmes qui viennent, elles sont volontaires,
43 elles viennent, j'en ai encore une ce matin qui m'a présenté, « ben voilà j'ai reçu le papier »,
44 je lui ai dit ben voilà « faut le faire », mais bon voilà, il n'y a pas de problème elle a accepté
45 de voir le gynéco, je lui ai donné le rendez-vous dans la foulée.

46 Après, on a peut-être moins le résultat systématique que quand les gens font leur dépistage
47 par Hemocult, mais on les a.... (*Hésitation*), ça ne m'a pas frappé, car j'ai vu rentrer des
48 trucs, pour moi ça a été intégré dans les dossiers et autre donc non ça ne m'a pas... Enfin je
49 pense qu'on ne doit pas toujours partir du principe qu'on doit nous retourner... ; on a notre
50 boulot bon, je veux dire, on le fait ou on le fait pas, si on le fait c'est que ça a été fait, si on le
51 fait et qu'on délègue, ben voilà quoi, notre rôle à nous c'est de stimuler les troupes mais
52 exiger un résultat, après il y a l'idée de la responsabilité de la patiente. Si elle n'a pas bien
53 compris le message, c'est qu'on ne l'a pas bien passé. C'est sûr qu'on ne peut pas être
54 derrière tout le temps, surtout au niveau gynécologique.

55 **Quelles seraient les voies d'amélioration de ce protocole ?**

56 Peut-être les formations, à la limite oui... j'avais quand même été à la formation initiale, être
57 au courant des nouveaux moyens. Là j'ai été à une réunion il n'y a pas tellement longtemps
58 qui était organisé par Mme X, justement dans le cadre de l'HPV, alors c'était pour donner un
59 peu les statistiques et montrer comment ils allaient relancer un peu les gens parce
60 qu'apparemment les retours sont un peu difficiles et ce système de poire qui permet de faire
61 le prélèvement directement, d'auto prélèvement, oui bon maintenant c'est pareil, les gens
62 sont dans un confort aujourd'hui médical, c'est-à-dire quand ils ont quelque chose ils
63 viennent on les soigne, si on les soigne pas, les conséquences, quand ils vont commencer à
64 en avoir marre ils vont quand même venir mais trop tard entre guillemet, mais on va les
65 prendre en charge. Il y a ceux qui sont acteurs et ceux qui sont pas acteurs quoi , et pour
66 toucher les non acteurs bon..., je crois que c'est valable aussi dans d'autres domaines que la
67 médecine, aujourd'hui c'est les associations, c'est tout ça c'est... les gens je trouve, sont
68 assez léthargiques par rapport à plein de choses, on doit leur amener mais ils n'auront rien à
69 faire, ils ne prennent pas de... ils se laissent bercer, même quand on leur propose un
70 dépistage, pour eux ça reste du dépistage ce n'est pas important donc bon... Je ne sais pas
71 comment ça va évoluer.

72 **C'est probablement l'évolution de la société qui veut...**

73 ... oui c'est sûr que la médecine a évolué, nous de plus en plus on dit aux gens « ben voilà
74 c'est comme ça c'est comme ça, c'est à vous de prendre la décision » les chirurgiens font
75 comme ça aussi : « moi je vous propose ça, ça , ça ; maintenant vous me retéléphonez quand
76 vous êtes prêts à faire », mais ils ne disent plus « ben voilà il faut vous opérer de la hanche,
77 vous rentrez demain je vous opère demain » on laisse vraiment plus de choix. Y'en a qui
78 viennent d'ailleurs, pas en pleurant mais inquiets, « je n'ai pas toutes les informations, je ne
79 suis pas capable de juger si j'ai besoin ou pas besoin ».

80 Dans tout le domaine de la prévention c'est là qu'à mon avis est l'enjeu des années à venir,
81 parce qu'on a plein de belles choses à proposer aux gens, dans le domaine de la prévention
82 mais s'ils ne participent pas, on n'avancera pas. Les voies pour sortir de là je ne sais pas, je
83 pense que, je pense que le côté scolaire pourrait avoir un impact plus important. Il ne s'agit

84 pas de transférer sur ce que les parents doivent faire en scolaire, y compris la politesse etc.
85 On ne va pas partir sur des grands thèmes, la politesse, l'hygiène... A l'école, entre guillemet
86 dans le temps, je veux dire, on avait des leçons pour les filles de couture, d'autre d'hygiène,
87 on se mettait devant la fenêtre on respirait l'air frais, on apprenait à aérer les maisons, on
88 apprenait les choses comme ça, on faisait de la gymnastique minimale, vertébrale et autre,
89 pour rester bien droit, là on voit des gamins comme ça (*mimique dos rond*), non je pense que
90 le côté scolaire pourrait avoir son impact mais maintenant on leur en demande tellement
91 que côté enseignant, je ne suis pas sûr qu'ils soient prêts à montrer l'exemple. On pourrait
92 avoir un discours sur les cancers globalement à l'école primaire globalement, comme on
93 pourrait avoir aussi, une prévention par rapport au massage cardiaque, au bouche à bouche
94 et à l'utilisation du DSA, dès le primaire quoi. Je pense que de ce côté-là on est quand même
95 frileux en France, les pays nordiques sont un peu, plus costauds que nous, ils savent faire,
96 mais je pense qu'il n'y a pas seulement que le savoir-faire, il y a aussi un tempérament, le
97 français est assez bougon, et récalcitrant à tout ce qu'on lui impose. Il n'y a guère que dans
98 le domaine scolaire qu'on peut lui imposer encore à peu près quelque chose, dans
99 l'enseignement, il doit rester des traces. Mais bon. On pourra toujours envoyer des emails...
100 la motivation aujourd'hui, les gens c'est l'intéressement, les gens faut qu'ils soient intéressés
101 par quelque chose.

102 Regardez dans les votes comment ça se passe, les gens ne votent plus, on est dans la même
103 dynamique alors il y a des villes qui ont trouvé le truc, si vous venez voter on vous donne un
104 bon pour aller faire un tour sur un bateau mouche, ça s'est fait, pour les dernières élections
105 en France, et ça a un peu marché quand même, donc, c'est donnant donnant, la carotte, les
106 médecins, on peut en parler de la carotte !

107 Aujourd'hui on a une carotte, on n'a pas un bâton on a une carotte, l'intéressement, enfin
108 c'est discutable ce qu'il se passe avec la nouvelle convention, mais aujourd'hui on a plutôt
109 une carotte qu'un bâton, on vous dit « si vous remplissez telle consigne avec vos petites
110 statistiques bien faites, on vous donnera des sous supplémentaires, on vous donnera une
111 prime d'intéressement », c'est discutable mais, ça marche ! Mais bon voilà après, quels
112 moyens on peut y mettre ? Bonne question.

Annexe 11 : Tableau de répartition de la population étudiée

ENTRETIEN	SEXE	AGE	ZONE	ACTIVITE	INSTALLE(E) DEPUIS	DUREE (min)
1	Homme	45 ans	Rurale	Isolée	11 ans	5:05
2	Femme	46 ans	Semi RURale	Isolée	13 ans	12:15
3	Femme	32 ans	Rurale	Maison médicale	1 an	20:32
4	Homme	48 ans	Semi RURale	Maison médicale	14 ans	12:30
5	Homme	51 ans	Rurale	Maison médicale	20 ans	7:36
6	Homme	58 ans	Rurale	Isolée	22 ans	7:33
7	Homme	56 ans	Rurale	Isolée	21 ans	7:12
8	Homme	52 ans	Semi RURale	Maison médicale	15 ans	5:53
9	Femme	51 ans	Semi RURale	Maison médicale	10 ans	3:35
10	Homme	50 ans	Semi RURale	Maison médicale	18 ans	6:47
11	Homme	65 ans	Semi RURale	Maison médicale	32 ans	6:43
12	Homme	42 ans	Semi RURale	Isolée	8 ans	9:11
13	Femme	31 ans	Rurale	Maison médicale	1 an	7:53
14	Homme	53 ans	Rurale	Isolée	15 ans	11:50

Annexe 12 : CD-Rom contenant l'intégralité des retranscriptions des entretiens



VU

NANCY, le **27 février 2014**

Le Président de Thèse

Professeur P. JUDLIN

NANCY, le **5 mars 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE /6464

NANCY, le 07/03/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Par délégation

Monsieur M. DELIGNON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Le cancer du col de l'utérus constitue une question importante de santé publique car les lésions précancéreuses et cancéreuses sont encore trop nombreuses en France. De plus, outre la vaccination prophylactique, des moyens de dépistage adaptés qui ont fait la preuve de leur efficacité sont disponibles : le dépistage organisé et l'utilisation du test HPV. Le protocole expérimental DEPIST HPV 55 met en œuvre ces deux paramètres sur le territoire meusien. L'objectif de notre étude est d'évaluer la perception de ce protocole par les médecins généralistes meusiens.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une enquête qualitative, fondée sur l'interrogatoire de quatorze médecins généralistes sous la forme d'entretiens semi dirigés. Les thèmes abordés grâce au guide d'entretien sont variés : dépistage, pratique gynécologique, ressenti du protocole DEPIST HPV, améliorations éventuelles. L'analyse a été effectuée à partir de la retranscription des enregistrements.

Résultats : Les médecins généralistes perçoivent ce protocole comme un avantage et se sentent impliqués. Pourtant, leur pratique gynécologique et leur réalisation de frottis cervico-utérins demeurent faibles. Le test HPV reçoit un accueil mitigé et la communication entre professionnels de santé pose problème.

Discussion : La future organisation nationale du dépistage du cancer du col de l'utérus devrait permettre de faire diminuer l'incidence et la mortalité de cette maladie. Mais une remise en cause des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues, ainsi qu'une évolution de la société seront nécessaires pour atteindre ces objectifs.

TITRE EN ANGLAIS : Perception of the experimental protocol DEPIST HPV 55 : Qualitative survey by conversations semi managed with meusiens general practitioners

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : Cancer du col de l'utérus, dépistage organisé, médecine générale, DEPIST HPV 55, Meuse, étude qualitative, Human Papilloma Virus

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
