

Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans

Family physicians' barriers to cervical cancer screening in women aged from 50 to 65 years

Badet-Phan A¹, Moreau A², Colin C³, Canoui-Poitrine F⁴, Schott-Pethelaz AM⁵, Flori M⁶

Résumé

Objectif : Le taux de couverture par frottis est estimé à 57 %, loin de l'objectif de santé publique de 80 %. Il serait même inférieur à 50 % chez les plus de 55 ans. Cette étude avait pour objectif de déterminer les obstacles au dépistage du cancer du col chez les femmes de 50-65 ans en médecine générale, étape indispensable avant l'élaboration de mesures correctrices.

Méthodes : Des groupes de pairs de médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes ont été interrogés grâce à la méthode des *focus groups* jusqu'à la saturation des données. Les médecins ont été sélectionnés de façon à former un échantillon hétérogène en termes de caractéristiques démographiques et de pratique gynécologique.

Résultats : Quatre *focus groups* ont permis d'interroger cinq femmes et dix-sept hommes âgés de 36 à 63 ans. De nombreux obstacles au dépistage ont été soulevés : ils étaient liés à la patiente (méconnaissance du dépistage, peur, freins économiques ou sociaux), au médecin lui-même (doute sur le bénéfice, méconnaissance de l'âge d'arrêt, difficultés techniques, faible motivation pour les frottis, oubli) ou à la relation médecin-patient (pudeur, manque de disponibilité, alliance thérapeutique fragile). L'organisation du système de santé, et notamment le mode de rémunération, pouvaient également intervenir.

Conclusion : Au-delà des freins au dépistage, cette étude qualitative permet de dégager des pistes intéressantes pour améliorer le taux de couverture par frottis : organisation du dépistage, meilleure information des patientes et des médecins, revalorisation des actions de prévention et implication d'autres professionnels de santé.

Prat Organ Soins. 2012;43(4):261-268

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus ; frottis cervico-vaginal ; dépistage systématique ; attitude envers la santé ; médecins généralistes ; obstacles au dépistage.

Summary

Aim: The Pap-test coverage rate for cervical cancer screening is estimated at 57%, far below the public health target of 80%. This may even be less than 50% in women over 55 years. This study aimed to identify barriers to cervical cancer screening in women aged 50 to 65 years in general practice, a necessary step before the development of corrective actions.

Methods: Peer support groups of GPs working in Rhone-Alpes were interviewed using the method of focus groups until data saturation was reached. GPs were selected to form a heterogeneous sample in terms of demographic characteristics and gynecological practice.

Results: Four focus groups allowed to interview five women and seventeen men aged 36 to 63 years. Many barriers to screening were raised : they were related to the patient (ignorance, fear, economic or social brakes), to the doctor himself (doubt about the benefit, ignorance of the age of stop, technical difficulties, lack of interest for pap smears, omission) or to doctor-patient relationship (embarrassment, lack of availability or weak therapeutic alliance). Health system organization, including method of remuneration, also played a role.

Conclusion: Beyond barriers to screening, this qualitative study helps to identify ways for improving the Pap smear screening coverage: organization of screening, better information for patients and physicians, enhanced value given to preventive actions and involvement of other health professionals.

Prat Organ Soins. 2012;43(4):261-268

Keywords: Uterine cervical neoplasms; vaginal smears; mass screening; attitude to health; physicians, family; screening barriers.

¹ Médecin généraliste, Lyon, France.

² Professeur, Département de médecine générale, Université Lyon 1, Lyon, France.

³ Professeur, Pôle information médicale évaluation recherche, Hospices civils de Lyon, Université Lyon 1, Lyon, France.

⁴ MCU-PH, Pôle recherche clinique santé publique, Hôpital Henri-Mondor, APHP & Laboratoire d'investigation clinique EA 4393, Université Paris Est, Créteil, France.

⁵ Professeur, Pôle information médicale évaluation recherche, Hospices civils de Lyon, Université Lyon 1, Lyon, France.

⁶ Maître de conférences associé, Département de médecine générale, Université Lyon 1, Lyon, France.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez les femmes en France en terme d'incidence avec 3 068 nouveaux cas en 2005 [1]. Selon les projections réalisées en 2010, le nombre de nouveaux cas attendus pour 2011 était de 2 810 et le nombre de décès de 998 [2]. L'incidence de ce cancer est maximale à l'âge de 40 ans (21 cas pour 100 000 personnes-années en 2005) et se stabilise après 50 ans autour de 12 cas pour 100 000 personnes-années [1]. Il est dû principalement à une infection persistante par un virus HPV (papillomavirus humain) à caractère oncogène et il faut en moyenne 15 ans pour que se développe un cancer invasif du col. Les lésions histologiques précancéreuses sont curables et détectables par un frottis cervical. Depuis 2006, une vaccination contre les HPV 16 et 18 est disponible mais ne dispense pas du dépistage par frottis [3].

La Haute Autorité de santé (HAS) préconise un dépistage par frottis tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes âgées de 25 à 65 ans [4]. Depuis le 25 mars 2012, si le frottis est réalisé selon ce rythme, les médecins généralistes reçoivent, en plus des honoraires de consultation (C), 50 % de la valeur de l'acte correspondant au prélèvement cervico-vaginal (JKHD001). Ils peuvent également recevoir une rémunération forfaitaire annuelle si plus de 80 % de leurs patientes âgées de 25 à 65 ans ont bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années : c'est le système de « rémunération à la performance sur objectifs de santé publique » [5]. Ces rémunérations n'existaient pas au moment de l'étude.

En juillet 2010, la HAS a recommandé l'organisation du dépistage du cancer du col [4]. Pour l'instant, en France, il est individuel sauf dans certains départements pilotes. En région Rhône-Alpes, l'Isère est le seul département à avoir organisé le dépistage, depuis 1991 [4].

Sur la période 2006-2008, le taux de couverture par frottis chez les femmes âgées de 25 à 65 ans était de 56,6 % en France (66,2 % en Isère) [4]. Il était donc loin des 80 % visés par la loi de santé publique. Chez les plus de 55 ans, il serait même inférieur à 50 % [4]. En 2003, 35,7 % des généralistes déclaraient que leur dernière patiente âgée de 50 à 60 ans n'avait pas eu de frottis au cours des trois dernières années [6].

Le médecin généraliste, en première ligne dans le parcours de soins, apparaît comme un acteur majeur du dépistage de ce cancer. Pour améliorer le dépistage, il est important de connaître les obstacles qu'il peut rencontrer. Les obstacles mis en évidence jusqu'à présent

en France sont le plus souvent issus d'études par questionnaires téléphoniques ou postaux [4]. Peu d'études qualitatives ont été réalisées en face-à-face avec des médecins généralistes pour explorer en profondeur les freins au dépistage [7]. Une étude qualitative par *focus groups* a donc été menée auprès de médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes. L'objectif était d'explorer leur ressenti et leurs difficultés vis-à-vis du dépistage par frottis chez les femmes de 50 à 65 ans.

MÉTHODES

1. Constitution des *focus groups*

Les *focus groups* ont été préférés aux entretiens individuels en raison de la dynamique des discours liée à l'interaction de groupe [8]. Compte tenu des difficultés à réunir des médecins généralistes pour les seuls besoins de l'étude, les entretiens ont été menés auprès de groupes de pairs déjà constitués.

Les médecins ont été recrutés de façon à former un ensemble aussi hétérogène que possible concernant :

- leurs caractéristiques démographiques : âge, sexe, lieu d'exercice (zone urbaine ou rurale, présence ou absence d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus), type de cabinet (individuel ou de groupe), enseignement de la médecine générale ;
- leur pratique gynécologique (médecins réalisant régulièrement ou rarement des frottis).

Pour cela, les médecins du répertoire de l'Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes ont été divisés en trois groupes :

- le premier groupe correspondait aux médecins de l'Isère ;
- le deuxième groupe correspondait aux médecins exerçant en zone urbaine, c'est-à-dire dans les zones 1 à 3 du zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ;
- le troisième groupe correspondait aux médecins exerçant en zone rurale, c'est-à-dire dans les zones 4 à 6 du ZAUER.

Un médecin a été tiré au sort au sein de chaque groupe (fonction Aleas dans Excel) puis contacté par téléphone. S'il appartenait à un groupe de pairs, il lui était demandé s'il était possible de remplacer la prochaine réunion par un débat sur la prise en charge gynécologique des femmes de plus de 50 ans. S'il refusait ou s'il n'appartenait pas à un groupe de pairs, un autre médecin du groupe était tiré au sort. Le thème du débat était volontairement vaste pour garantir la spontanéité des discours.

Tableau I
Canevas d'entretien des *focus groups* (Rhône-Alpes, 2009).

Questions posées
1. Pouvez-vous vous présenter, présenter votre activité et votre patientèle ?
2. Concernant le suivi gynécologique des patientes de plus de 50 ans, que faites-vous ?
3. Quand proposez-vous un frottis à vos patientes de plus de 50 ans ?
4. Pensez-vous que le frottis est un acte de médecine générale ?
5. Quels sont les facteurs facilitant le dépistage par frottis : – de votre point de vue ? – du point de vue des patientes ?
6. Quels sont les facteurs limitant le dépistage par frottis : – de votre point de vue ? – du point de vue des patientes ?
7. Que pensez-vous de votre formation en matière de dépistage par frottis ?
8. Comment pourrait-on améliorer le dépistage du cancer du col ?

La constitution des *focus groups* était achevée lorsque les deux conditions suivantes étaient réunies :

- l'échantillon de médecins était hétérogène en termes de caractéristiques démographiques et de pratique des frottis ;
- l'analyse faisait apparaître une saturation des données, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle idée n'émergeait au cours des entretiens.

2. Technique de recueil des données

Les *focus groups* ont été animés par un médecin généraliste enseignant formé aux techniques d'entretien qualitatif. Pour guider la discussion, ce médecin disposait d'un canevas élaboré avec un docteur en sociologie et en anthropologie de l'Université Lyon 1 (tableau I). Le canevas avait été testé auprès d'un médecin généraliste enseignant. Il pouvait être enrichi d'autres questions en fonction des concepts émergeant en cours d'entretien. Des relances neutres permettaient de vérifier la bonne compréhension du discours. Un interne de médecine générale a observé et noté la communication non verbale. Tous les *focus groups* ont été enregistrés avec l'accord des participants puis retranscrits de manière intégrale et anonyme sur support informatique.

3. Analyse des données

Une analyse inductive du contenu thématique des entretiens [9, 10] a été réalisée avec l'aide du logiciel N'Vivo 8[®] :

- les textes ont d'abord été importés dans N'Vivo 8[®] pour former les *sources* ;
- puis ils ont été lus à plusieurs reprises pour identifier les idées émergentes en rapport avec l'objectif. Pour chaque idée émergente, un dossier ou *nœud* a été créé

dans N'Vivo 8[®]. Le texte s'y rapportant a été sélectionné et copié (ou *encodé*) à l'intérieur du nœud (étape de codification). Les nœuds se rapportant à un même thème ont été regroupés dans un nouveau nœud placé hiérarchiquement au-dessus (étape de catégorisation).

Un second médecin a relu l'ensemble des données et a discuté avec le premier tout point de désaccord dans l'analyse, jusqu'à obtention d'un consensus.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Parmi les médecins contactés pour les *focus groups*, deux n'ont pas été en mesure de participer car ils n'appartenaient pas à un groupe de pairs (un dans le groupe Isère, un dans le groupe zone rurale). Les autres médecins contactés ont tous accepté de remplacer leur groupe de pairs par un entretien semi-dirigé ou d'organiser une réunion supplémentaire.

Quatre *focus groups* de quatre à sept médecins ont été nécessaires pour obtenir une hétérogénéité des participants et la saturation des données. Ils se sont déroulés de mars à avril 2009. Ils ont permis d'interroger cinq femmes et dix-sept hommes âgés de 36 à 63 ans et exerçant en région Rhône-Alpes.

Dans chaque *focus group*, il y avait à la fois des médecins exerçant en cabinet individuel et des médecins exerçant en cabinet de groupe, et un à deux enseignants. Le quatrième *focus group* a réuni uniquement des hommes exerçant dans un pôle urbain et réalisant très peu de frottis. Les autres *focus groups* ont réuni à la fois des hommes et des femmes installés en zone urbaine (premier *focus group*), rurale (troisième *focus group*) et en Isère (deuxième *focus group*).

2. Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus

La place centrale du médecin généraliste en matière de prévention a été soulignée : le frottis, même délégué, était indiscutablement du ressort du médecin généraliste. Certains pensaient même que la surveillance gynécologique habituelle leur revenait plus qu'aux gynécologues.

En revanche, les patientes ne seraient pas toutes de cet avis, même en Isère où le dépistage organisé les invite à consulter leur médecin traitant ou leur gynécologue. Cette attitude serait en partie liée aux messages véhiculés par les médias. Elle correspondrait également à un héritage culturel, certaines femmes continuant à consulter leur gynécologue par habitude.

Concernant les femmes de plus de 50 ans, les opinions étaient contrastées. Certains pensaient qu'elles consultaient plutôt le gynécologue, d'autres pensaient le contraire. Mais beaucoup ont fait remarquer qu'elles adhéraient nettement moins au suivi gynécologique que les femmes en période d'activité génitale.

3. Obstacles au dépistage par frottis des femmes de 50-65 ans en médecine générale

a) Obstacles liés aux patientes

Méconnaissance de l'existence et de l'intérêt du dépistage

Certaines patientes de niveau socioculturel inférieur ne seraient pas suffisamment informées de l'existence du dépistage du cancer du col et douteraient de son intérêt en l'absence de relations sexuelles.

La faible demande de dépistage pourrait être plus généralement liée à une culture de prévention insuffisante : pour beaucoup, on ne consulte un médecin que quand on est malade.

L'influence des médias sur le comportement des patients a été très souvent soulignée.

Peur vis-à-vis de l'examen ou de son résultat

Le frottis pouvait être refusé par peur, peur de la douleur liée à l'atrophie génitale après 50 ans mais aussi peur du résultat.

Obstacles économiques et sociaux

Les médecins interrogés ont soulevé d'autres obstacles aux actions de prévention en général comme la précarité, la barrière linguistique ou encore la présence d'une pathologie grave qui prend le dessus sur le dépistage.

b) Obstacles liés aux médecins

Bénéfice du frottis perçu comme faible

Certains médecins ont confié ne pas être convaincus de l'intérêt du frottis après la ménopause ou en l'absence de relations sexuelles depuis plusieurs années. De même, l'âge d'arrêt des frottis était sujet à controverses et il s'étendait de 55 à 75 ans, voire à l'absence d'arrêt.

Difficultés techniques et logistiques

Les difficultés techniques ont été évoquées par tous les *focus groups* mais elles semblaient mineures. Elles étaient de trois ordres : l'absence de formation initiale pour de nombreux médecins qui ont appris la technique

sur le tas, l'atrophie de la muqueuse vaginale, et enfin la nécessité d'acheminer le frottis au laboratoire, ce qui pouvait parfois être un frein à sa réalisation.

Faible motivation du médecin pour la pratique des frottis

Les médecins hommes déclaraient réaliser moins de frottis que leurs consœurs. Certains préféraient les déléguer à leurs consœurs généralistes, aux gynécologues, ou plus rarement aux laboratoires, mais les patientes ne consultaient pas toujours le correspondant.

Oubli

Parfois, le médecin oubliait tout simplement de proposer un frottis à sa patiente. Les médecins femmes, concernées elles-mêmes par le dépistage, y penseraient davantage.

Certains motifs de consultation jouaient le rôle de rappels. Il s'agissait par exemple du dépistage du cancer du sein par mammographie chez les patientes de 50 à 74 ans ou des symptômes liés à la ménopause.

c) Obstacles liés à la relation médecin-patient

Pudeur

La pudeur existe pour la femme, car le frottis touche à l'intime, mais elle existe aussi pour le médecin qui craint de briser la relation de confiance. Ce sentiment de pudeur semblait plus prégnant encore chez certaines femmes immigrées.

Ces éléments expliquaient que certaines patientes préférèrent s'adresser à une femme ou à un gynécologue, perçu comme un simple technicien dont l'intervention ne remettra pas en cause une relation de confiance de long terme.

Manque de disponibilité spécifique

Le frottis était perçu comme un acte prenant du temps car il nécessite, outre l'approche psychologique, la mise en place de matériel. Il nécessite également que la patiente soit prête, en particulier qu'elle ait fait sa toilette. Or il se rajoute souvent à d'autres motifs de consultation, les médecins n'ont donc pas toujours le temps d'en parler ou de le faire, que la patiente l'ait demandé ou non.

Faible fréquence de consultation et alliance thérapeutique fragile

Plusieurs médecins ont dit ne pas parler du frottis aux patientes qui consultent rarement. Cette attitude était

Tableau II
Obstacles au dépistage par frottis
des femmes de 50 à 65 ans (Rhône-Alpes, 2009).

<i>Obstacles liés aux patientes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance de l'existence et de l'intérêt du dépistage • Peur de l'examen ou de son résultat • Obstacles économiques et sociaux
<i>Obstacles liés aux médecins</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Bénéfices du frottis perçu comme faible • Méconnaissance de l'âge d'arrêt du dépistage • Difficultés techniques et logistiques • Faible motivation pour la pratique des frottis • Oubli
<i>Obstacles liés à la relation médecin-patient</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Pudeur • Manque de disponibilité spécifique • Faible fréquence de consultation et alliance thérapeutique fragile
<i>Obstacles liés à l'organisation du système de santé</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Mode de rémunération • Absence d'organisation du dépistage

multifactorielle : pudeur, manque de temps, oubli, mais aussi alliance thérapeutique fragile dans laquelle le généraliste se sentait considéré comme un simple prestataire de services.

d) Obstacles liés à l'organisation du système de santé

Deux lacunes ont été relevées par les médecins : l'absence de rémunération spécifique et l'absence d'organisation du dépistage du cancer du col, qui pourrait améliorer l'adhésion des patientes mais aussi celle des médecins.

L'ensemble des obstacles au dépistage du cancer du col est résumé dans le tableau II.

DISCUSSION

Cette enquête par *focus groups* de médecins généralistes a permis d'explorer leur rôle ressenti dans le dépistage par frottis et les obstacles qu'ils peuvent rencontrer. Que les médecins réalisent ou non les frottis eux-mêmes, tous considèrent que le dépistage fait partie intégrante de leurs missions. La place du médecin généraliste serait en revanche moins évidente pour les patientes.

Plusieurs obstacles au dépistage ont pu être mis en évidence. Ils étaient liés à la patiente (méconnaissance du dépistage, peur, freins économiques ou sociaux), au

médecin lui-même (doute sur le bénéfice, méconnaissance de l'âge d'arrêt, difficultés techniques, faible motivation pour les frottis, oubli) ou à la relation médecin-patient (pudeur, manque de disponibilité, alliance thérapeutique fragile). L'organisation du système de santé, et notamment l'absence de rémunération spécifique des frottis, pouvaient également intervenir.

La diversité des médecins interrogés, et notamment leur hétérogénéité en termes de caractéristiques démographiques et de pratique gynécologique, a favorisé l'exhaustivité des données. La méthode utilisée présente certaines limites. D'une part, la technique d'entretien choisie (*focus groups*) a pu entraîner l'omission de certains obstacles parce qu'ils étaient difficiles à évoquer en groupe. Néanmoins, les médecins des *focus groups* se connaissaient, ce qui a probablement facilité la parole.

D'autre part, pour des raisons de faisabilité, seuls des médecins appartenant à des groupes de pairs ont été interrogés. La transférabilité de l'ensemble des résultats de l'étude à une autre population de médecins est donc incertaine. Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales [11], 46 % des généralistes libéraux appartiendraient à des groupes de qualité, de pairs ou d'analyse des pratiques. Les médecins des groupes de pairs se réunissent régulièrement (au moins huit fois par an) pour confronter leur pratique avec celle des autres et avec les données actuelles de la science. Les séances, d'une durée approximative de 2 h 30, se déroulent généralement en trois temps : l'étude de cas cliniques choisis aléatoirement, une discussion sur les moyens d'améliorer la coordination des soins et un temps libre [12]. Les médecins des groupes de pairs pourraient rencontrer moins d'obstacles au dépistage par frottis que leurs confrères, parce qu'ils se forment peut-être davantage et parce qu'ils ont peut-être davantage de contacts. Dans la littérature, on retrouve par exemple comme freins au dépistage la nécessité de posséder un matériel spécifique [7] et le doute sur la sensibilité et la spécificité du frottis [13]. Ces obstacles n'ont pas été retrouvés lors des entretiens.

Enfin, le type d'étude choisi, qualitatif, ne permettait pas de hiérarchiser les obstacles au dépistage entre eux ou de mettre en évidence un lien entre pratique gynécologique habituelle et obstacles rencontrés. L'approche qualitative a néanmoins permis d'explorer les obstacles au dépistage en profondeur et de souligner l'importance de la relation médecin-patient.

Dans la littérature, la pudeur a souvent été considérée comme un obstacle lié aux patientes [4, 14-17] alors qu'elle concerne également les médecins : ils peuvent craindre de briser la relation de confiance qui les unit à leurs patientes.

Certains types de relations médecin-patiente seraient plus propices au dépistage que d'autres : d'après les médecins de cette étude, une alliance thérapeutique forte favoriserait la réalisation d'un frottis. En 1994, Weil et Schaffer notaient, eux, une incompatibilité ressentie entre relation centrée sur l'écoute et acte technique [7].

Le sexe du médecin est un facteur qui a souvent été évoqué au cours des entretiens et qui est largement retrouvé dans la littérature. Plusieurs études montrent que le taux de couverture par frottis des patientes ayant pour médecin traitant des femmes est supérieur à celui des patientes ayant pour médecin traitant des hommes [18-22]. Cet écart peut résulter d'une différence entre les patientes mais il est aussi sûrement lié au fait que les médecins femmes proposent plus souvent des frottis [23]. C'est ce que suggère une étude canadienne [18] dans laquelle les médecins femmes rapportaient des taux supérieurs d'actes préventifs spécifiques aux femmes (frottis, examens des seins et mammographies). Plusieurs études montrent également que les femmes pratiquent plus souvent les frottis elles-mêmes, tandis que les hommes adressent volontiers leurs patientes à un gynécologue [13, 19]. Deux éléments interviendraient : la réticence des patientes à être examinées par un homme [13, 17] et le moindre intérêt des médecins hommes pour le dépistage par frottis.

Le manque de disponibilité est une autre contrainte souvent soulevée. Dans une étude menée en Picardie, 71 % des médecins généralistes interrogés déclaraient rencontrer des difficultés dans leurs actions de prévention par manque de temps [24].

Les obstacles économiques, linguistiques, la peur, la méconnaissance du dépistage ont aussi été mis en évidence dans plusieurs études qualitatives auprès des patientes [13-15, 17, 25-27]. Les freins liés aux patientes ont été vus à travers le regard des médecins généralistes et ont donc été appréhendés de manière partielle. Parmi ceux non cités par les médecins, on peut ajouter le sentiment d'être en bonne santé en l'absence de symptômes [13, 15, 27], qui est un obstacle majeur à toute action de prévention en général.

En 1994, Weil et Schaffer [7] notaient chez les médecins généralistes un sentiment de mise à l'écart du champ gynécologique devant l'augmentation du nombre de spécialistes. Cette notion n'a pas été retrouvée : parmi les médecins interrogés, plusieurs s'étaient remis à faire des frottis après une période d'arrêt. Ceci s'explique probablement par la diminution de la densité des gynécologues médicaux et obstétriciens libéraux en France : ils étaient 8,81 pour 100 000 habitants en 2008 contre 10,14 pour 100 000 habitants en 1994 (statistiques du système national inter-régimes, <http://www.ecosante.fr/>).

Cette étude permet de proposer plusieurs axes pour l'amélioration du taux de couverture par frottis.

1. Organisation du dépistage et campagnes d'information auprès des patientes

Dans la mesure où la prévention représente une action d'anticipation en amont des soins ou en amont d'éventuelles complications, l'accès à la prévention est un accélérateur d'inégalités sanitaires au détriment de ceux qui n'ont pas conscience de pouvoir agir pour leur santé ou qui n'en ont pas les moyens. Le médecin traitant, à l'entrée du système de soins, joue donc un rôle fondamental et il est important de l'aider dans cette tâche. Des campagnes d'information auprès du public et l'invitation individuelle des femmes non dépistées permettraient probablement d'améliorer le taux de couverture par frottis. Dans les départements où le dépistage est organisé, le taux de couverture par frottis des patientes de 50-65 ans est supérieur à la moyenne nationale malgré un faible taux de participation au dépistage organisé [28] : ceci est probablement lié à un effet « rappel » du courrier d'invitation. On note également que le taux de couverture par mammographie est supérieur au taux de couverture par frottis après 50 ans [29].

L'intégration obligatoire d'alarmes dans les logiciels médicaux et la possibilité de visualiser rapidement le statut de la patiente vis-à-vis du dépistage permettraient également d'améliorer la situation.

2. Revalorisation des actions de prévention

Le paiement à la performance et la revalorisation récente des consultations comportant un frottis inciteront-ils les médecins généralistes à en faire davantage ? Favoriseront-ils la réalisation du frottis au cours d'un rendez-vous pour un autre motif et, ainsi, l'observance des patientes ? Ce deuxième effet sera sans doute limité car les médecins généralistes, dont les consultations durent en moyenne 16 minutes [30], sont déjà sollicités pour 1,6 à 1,9 motif par consultation [31].

L'instauration de consultations de prévention pourrait être une autre solution pour améliorer le taux de couverture par frottis. Elles favoriseraient probablement le développement d'une culture de prévention chez les patients. Le concept de consultation de prévention existait dans la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004. Cependant, en mars 2009, le Haut Conseil de la santé publique a considéré que les missions de prévention du médecin généraliste devaient plutôt être réalisées au cours des consultations habituelles que lors de consultations dédiées à la prévention car peu de preuves de leur intérêt existent [32].

3. Formation des médecins

L'optimisation de la formation initiale et continue des médecins généralistes permettrait probablement d'augmenter le taux de couverture par frottis. Dans certaines facultés, les internes de médecine générale bénéficient de trois formations en rapport avec le dépistage du cancer du col : une formation à la relation médecin-patient permettant d'aborder plus facilement ce type de question, une formation à la prévention (en général et de manière thématique) et une formation pratique en gynécologie. Un module d'*e-learning* destiné aux médecins généralistes et aux sages-femmes a été mis en ligne fin 2011 sur le site de l'Institut national du cancer (<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus>). Il a pour objectif de renforcer le dépistage du cancer du col de l'utérus par la réalisation de frottis. Son impact sur l'activité des médecins généralistes reste à mesurer.

4. Implication d'autres professionnels de santé

Face au manque de disponibilité des médecins et à l'évolution attendue de la démographie médicale, l'implication forte d'autres professionnels de santé pourrait être envisagée. Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, les sages-femmes, professionnels de santé de premier recours, sont habilitées à réaliser le suivi gynécologique en l'absence de pathologies et à pratiquer des actes de prévention comme les frottis. Une information des médecins généralistes et du public sur le champ de compétences des sages-femmes semble indispensable. Des protocoles de coopération, rendus possibles par l'article 51 de la loi hôpital-patients-santé-territoires du 21 juillet 2009 [33], peuvent également permettre, dans certains cas, une délégation de tâches de médecins à des infirmières, par exemple. Des examens périodiques de prévention, fruits de la coopération entre plusieurs professionnels de santé (infirmière, psychologue, diététicien, etc.), devraient également voir le jour [32].

Quelles que soient les mesures envisagées pour améliorer le dépistage, elles devront tenir compte des réticences des patientes car leur adhésion est indispensable. Une étude qualitative auprès des femmes de 50-65 ans serait donc utile pour connaître avec plus de précision les freins liés aux patientes. Il serait également intéressant de réaliser une étude quantitative par questionnaires auprès des médecins et auprès des patientes pour évaluer l'importance des différents obstacles mis en évidence.

Aucun conflit d'intérêt signalé.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des médecins répondants, l'Union régionale des médecins libéraux

de Rhône-Alpes, le Collège lyonnais des généralistes enseignants, le Docteur Évelyne Lasserre, maître de conférences en anthropologie à l'Université Lyon 1, pour son aide lors de l'élaboration du canevas d'entretien, et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour son allocation de recherche master 2.

RÉFÉRENCES

1. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008. Maladies chroniques et traumatismes. Saint-Maurice (France) : Institut de veille sanitaire ; 2008.
2. Institut de veille sanitaire. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice (France) : Institut de veille sanitaire ; 2011.
3. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Avis relatif au vaccin Gardasil® et à la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus. Paris : HCSP ; 2011.
4. Haute Autorité de santé (HAS). État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Saint-Denis la Plaine (France) : HAS ; 2010.
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. La convention médecins - assurance maladie : un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins. Dossier de presse. 26 juillet 2011. Paris : CNAMTS ; 2011. [Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Convention_medicale_2011_vdef.pdf (page consultée le 07/06/2012)].
6. Gautier A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis (France) : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2005.
7. Weil O, Schaffer P. Obstacles et réticences au dépistage du cancer du col de l'utérus par le médecin généraliste. Bull Cancer. 1994;81(4):326-30.
8. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L. Méthode de recherche : s'appropriation la méthode du focus group. Rev Prat (Médecine Générale). 2004;18(645):382-4.
9. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches qualitatives. 2006;26(2):1-18.
10. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002;3(2):81-90.
11. Bras P-L, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2008.
12. La rédaction. Les groupes de pairs de la SFMG. Rev Prat (Médecine Générale). 2005;692/693:584-6.

13. Weber A, Lemery B, Millot I. *Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Dijon (France) : Observatoire régional de la santé de Bourgogne ; 2004.*
14. Nathoo V. *Investigation of non-responders at a cervical cancer screening clinic in Manchester. BMJ. 1988;296(6628):1041-2.*
15. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG. "I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...", why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expect. 2008;11(1):26-34.*
16. Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. *Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. Obstet Gynecol. 2004;104(6):1355-61.*
17. Leach CR, Schoenberg NE. *The vicious cycle of inadequate early detection: a complementary study on barriers to cervical cancer screening among middle-aged and older women. Prev Chronic Dis. 2007;4(4):A95.*
18. Woodward CA, Hutchison BG, Abelson J, Norman G. *Do female primary care physicians practise preventive care differently from their male colleagues? Can Fam Physician. 1996;42:2370-9.*
19. Ahmad F, Stewart DE, Cameron JI, Hyman I. *Rural physicians' perspectives on cervical and breast cancer screening: a gender-based analysis. J Womens Health Gend Based Med. 2001;10(2):201-8.*
20. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. *Preventive care for women. Does the sex of the physician matter? N Engl J Med. 1993;329(7):478-82.*
21. Franks P, Clancy CM. *Physician gender bias in clinical decisionmaking: screening for cancer in primary care. Med Care. 1993;31(3):213-8.*
22. Kreuter MW, Strecher VJ, Harris R, Kobrin SC, Skinner CS. *Are patients of women physicians screened more aggressively? A prospective study of physician gender and screening. J Gen Intern Med. 1995;10(3):119-25.*
23. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. *Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? J Gen Intern Med. 1997;12(1):34-43.*
24. Ganry O, Boche T. *Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. Bull Cancer. 2004;91(10):785-91.*
25. Smith M, French L, Barry HC. *Periodic abstinence from Pap (PAP) smear study: women's perceptions of Pap smear screening. Ann Fam Med. 2003;1(4):203-8.*
26. Naish J, Brown J, Denton B. *Intercultural consultations: investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. BMJ. 1994;309(6962):1126-8.*
27. Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, Sox CH, et al. *Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. J Natl Med Assoc. 2005;97(2):162-70.*
28. Dupont N, Haguenoer K, Ancelle Park R, Bloch J. *Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Évaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes ». Maladies chroniques et traumatismes. Saint-Maurice (France) : Institut de veille sanitaire ; 2007.*
29. Banet S, Haury B. *L'état de santé de la population en France : rapport 2008. Paris : Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques et La Documentation française ; 2009.*
30. Breuil-Genier P, Goffette C. *La durée des séances des médecins généralistes. Études et Résultats. 2006(481):1-8.*
31. Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, De Pourvouville G. *Étude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. Prat Organ Soins. 2008(1):43-51.*
32. Baudier F. *Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Paris : Haut Conseil de la santé publique ; 2009.*
33. Haute Autorité de santé (HAS). *Coopération entre professionnels de santé. Élaboration d'un protocole de coopération. Article 51 de la loi HPST. Tome 2. Guide méthodologique. Saint-Denis la Plaine (France) : HAS ; 2010.*