UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012 **n° _____**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : ATTAL épouse BEHAR Prénoms : Julie

Date et Lieu de naissance : 18 septembre 1982 à Paris 75020

_____

Présentée et soutenue publiquement le : _____26 juillet 2012_____

_____

Stratégie Préventive du Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus en Médecine Général

Président de thèse : **Professeur** Dominique LUTHON

Directeur de thèse : Docteur Jean-Pierre AUBERT

DES de Médecine Général

TABLE DES MATIÈRES

I. TABLE DES ABREVIATIONS
II. INTRODUCTION 6

III. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS 8

A. Epidémiologie 8

1. Du cancer du col de l'utérus 8

2. Epidémiologies des néoplasies intraépithéliales 9

B. Etiologie, facteur de risque et transmission 10

IV. IV/ PAPILLOMAVIRUS 12

A. Généralités 12

B. Transmission 13

C. Lésions bénignes 14

D. Lésions Malignes 14

V. PREVENTION PRIMAIRE 15

A. Vaccination contre HPV 15

1. Généralités 15

2. Les recommandations 20

B. Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles..... 20

VI. VI/ PREVENTION SECONDAIRE : LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL..... 25

A. Méthode 25

B. Recommandations 26

VII. MATERIEL ET METHODE..... 31

A. Position du problème..... 31

B. OBJECTIFS 32

C. CHOIX DE LA METHODE : étude qualitative..... 32

D. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN 33

E. FIXATION DU CADRE D'ENTRETIEN 34

F. INCLUSION DES MEDECINS GENERALISTES 34

VIII. Résultats et Analyse..... 34

A. Echantillon des médecins interrogés..... 34

B. Présence de correspondants en gynécologie 35

IX. DISCUSSION 42

A. Limites et forces de l'étude..... 42

1. Les difficultés de sélection 42

B. Correspondant en gynécologie 43

C. La pratique de la gynécologie en médecine générale..... 45

1. UNE ACTIVITE NON RENTABLE 46

2. LE MANQUE DE TEMPS 47

3. LE MANQUE DE FORMATION 47

D. La vaccination anti-HPV 48

E. La prévention MST 50

F. Le suivi de frottis 51

G. Le dépistage de masse 52

X. CONCLUSION 54

XI. Bibliographie 56

TABLES DES ABRÉVIATIONS

HPV: Human Papilloma Virus

FCV: Frottis Cervico-Vaginal

MST: Maladie Sexuellement Transmissible

CIN: Néoplasie Intraépithéliale Cervicale

CIRC: Centre International de Recherche sur le Cancer

ASC-US: Atypie Malpighienne de Signification Indéterminée

ASC-H: Atypie Malpighienne ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale de haut grade

AGCUS : Atypie Glandulaire de Signification Indéterminée

LSIL: Lésion Intraépithéliale de Bas Grade

HSIL: Lésion Intraépithélial de Haut Grade

HAS: Haute Autorité de Santé

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

HCSP: Haut Conseil de la Santé Public

DREES: Direction de la Recherche des Etudes et des Evaluations Statistiques

I. INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie grave. A l'heure actuelle, il représente la 11ème cause de cancer féminin, avec 3000 nouveaux cas chaque année et 1000 décès par an en France. Il faut savoir que dans ces 3000 nouveaux cas, 70 % sont dus au Papillomavirus et que la vaccination anti-HPV (Human Papilloma Virus) prévient 95% des dysplasies du col et du vagin de haut grade et des condylomes acuminés si la jeune fille n'est pas infecté avant la première injection**[1]** . Le vaccin ne peut prévenir les 30% de cancers liés à d'autre type d'HPV. Dans le monde, ce cancer fait encore 300 000 morts par an.

Outre l'infection par le HPV, d'autres facteurs semblent accroitre le risque de développer un cancer du col de l'utérus : le tabagisme, la précocité des premiers rapports, le nombre de partenaires sexuels, l'affaiblissement du système immunitaire, la prise de contraceptifs oraux pendant une période prolongée, avoir eu beaucoup d'enfants. **[2]**

Il est possible de diminuer son incidence, voire de prévenir la maladie. La vaccination anti-HPV et la prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) réduisent l'exposition aux facteurs favorisants.

Le dépistage par frottis cervico-vaginal permet de prendre en charge des lésions au stade précancéreuses et permet donc de faire diminuer la gravité, voire la mortalité de cette pathologie.

Le plan cancer 2009-2013 **[3]** a lancé une nouvelle campagne qui insiste sur plusieurs points(2) :

- Diffuser une information publique et validée sur la vaccination anti-HPV destinée aux jeunes filles et à leurs parents

- Conforter l'organisation du dépistage.
- Augmenter l'implication du médecin traitant dans le rôle de dépistage des cancers.

Le taux global de couverture de dépistage selon les recommandations est estimé à 60%. Dans les 40% restants, un tiers de ces personnes ne s'est pas fait dépister depuis plus de 6 ans. Ce dépistage est fortement marqué par les inégalités socio-économiques et les difficultés d'accès aux soins dans certaines régions **[4]**

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un dépistage individuel, dans quelques départements, un dépistage organisé est en cours d'évaluation.

Le Médecin Généraliste est le pivot du parcours de soins. Son rôle s'étend de la prévention d'une maladie jusqu'à son dépistage, ainsi qu'à l'assurance d'une bonne coordination des soins. Il a donc une place naturelle dans le dépistage de ce cancer.

Actuellement, la densité des gynécologues médicaux en France est de 7,6 gynécologues pour 100 000 femmes de plus de 15 ans. Le dispositif de l'ECN permet la formation de 20 internes dans toute la France et par an. Les effectifs de gynécologues médicaux sont en baisse de l'ordre de 3,4% entre 2006 et 2010 et la pente de régression de leur nombre va prochainement s'accentuer avec le départ des derniers à la retraite. **[5]**

Les effectifs actuels ne permettent qu'à un quart des femmes d'avoir accès à un gynécologue médical.

Face à cette situation préoccupante pour la santé des femmes françaises j'ai choisi d'évaluer les difficultés rencontrées par les Médecins Généralistes dans l'application de la stratégie préventive du cancer du col de l'utérus par une approche qualitative. J'entends par stratégie préventive l'ensemble de la chaîne de comportements de prévention et de dépistage : la prévention MST, la vaccination anti-HPV, la pratique du frottis cervico-vaginal (FCV), l'interprétation des frottis, la prise en charge des patientes présentant un frottis anormal.

II. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie d'évolution lente. Les lésions de bas grade persistent suffisamment longtemps pour que la stratégie de dépistage vise ce type de lésions.

A. EPIDÉMIOLOGIE

1. Du cancer du col de l'utérus

Ce cancer est fréquent. Il se place au 2ème rang des cancers dans les pays en voie de développement et concerne dans le monde plus d'un demi-million de femme par an **[6]**

En France, en 2008, il y a eu plus de 3000 nouveaux cas avec 1000 femmes décédées. Il représente donc le 11cancer féminin par sa fréquence.

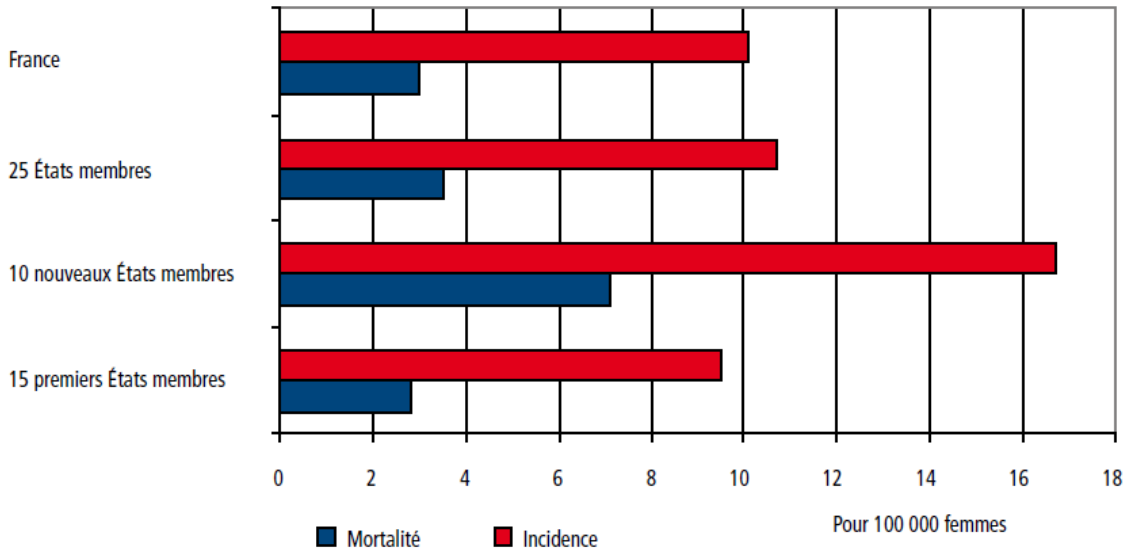
Le taux d'incidence de ce cancer n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005, avec un taux de décroissance de 2,9% par an. Dans le même temps le taux de mortalité a diminué en moyenne de 4% par an. Toutefois cette décroissance a tendance à se ralentir.

Il faut savoir que l'incidence de la maladie varie en fonction de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle : l'incidence augmente jusqu'à 40 ans, puis diminue et le risque de mortalité augmente jusqu'à 50 ans pour diminuer ensuite. En moyenne, l'âge au diagnostic est 51 ans.

Le dépistage est recommandé pour toutes les femmes entre 25 et 65 ans avec un intervalle de 3 ans entre chaque FCV, si tous les FVC étaient normaux**.** En France seulement 10 % des

femmes concernées bénéficient d'un FCV (Frottis Cervico-Vaginal) dans l'intervalle recommandé et 50 % des femmes sont peu ou pas du tout dépistées.

FIGURE 1 TAUX D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (CANCER INVASIF ET MICRO-INVASIF) – EUROPE (STANDARDISATION SUR LA POPULATION MONDIALE) [14]



2. *Epidémiologies des néoplasies intraépithéliales*

La prévalence des Néoplasies intra épithéliales cervicales (CIN) varie de 0,6% à 30% selon les études. En France, le taux de CIN détectées sur frottis sur une population de femme bénéficiant du dépistage cervico-vaginal est d'environ 1 à 3%.

La fréquence des lésions de bas grade est beaucoup plus élevée que celle des lésions de haut grade et les lésions de bas grade sont plus nombreuses chez les femmes jeunes.

Les CIN de bas grade représentent plus de 50% des lésions détectées chez les femmes de 20 à 25 ans et seulement 12% chez les femmes de 60 à 70 ans.

Le CIN présente des caractéristiques épidémiologiques d'une Maladie Sexuellement Transmissible (MST)**,** c'est-à-dire qu'il survient après :

- des rapports sexuels non protégés,
- Le risque augmente avec le nombre de partenaires
- Il s'agit d'une infection dont le vecteur est un virus, le papillomavirus **[7].**

B. ETIOLOGIE, FACTEUR DE RISQUE ET TRANSMISSION

Le cancer du col de l'utérus est fortement corrélé avec l'infection par HPV et on estime que dans 70 % des cas l'infection par le HPV représente le facteur de risque principal. Il existe deux cofacteurs favorisant l'infection à HPV, le jeune âge, l'immunodépression et la prise de pilule oestroprogestative**. [7]**

Une relation a également été mise en évidence dans plusieurs études entre le tabac et la persistance de l'infection par HPV au niveau du col utérin. La clairance virale de l'HPV est diminuée chez les fumeuses (étude prospective de cohorte GULIANO, 2002 états Unis). Le tabac a un rôle sur la progression de l'infection vers un cancer cervical. [40]

Dans une grande partie des cas, il existe une régression spontanée de l'infection. Ce phénomène s'appelle la clairance virale. Dans l'HPV 70% des personnes atteintes élimine l'infection en 12 mois et 90% en 24 mois.

Cette infection virale entre dans le cadre des MST. Seul le contact sexuel avec un partenaire déjà atteint par HPV peut entrainer une contamination. Le préservatif ne protège pas à 100% contre cette MST. La contamination est probablement due pour une part au coït, mais la présence du virus sur la peau n'est sans doute pas limitée aux zones sexuelles. Une contamination liée aux doigts ou aux contacts oro-génitaux n'est pas exclue, la prévention est

donc difficile. . Les autres facteurs de risque d'origine sexuelle sont **les autres MST et le nombre de partenaires.**

D'autres facteurs de risque indépendants du comportement sexuel ont été mis en évidence :

- Le tabac : Le risque de développer un CIN est en moyenne 2 fois supérieur chez les femmes fumeuses
- La prise prolongée d'oestroprogestatifs
- des facteurs nutritionnels : carence en Vitamine A, Vitamine C et Acide folique**. [7]**

III/ Le système de Bethesda

Le système de Bethesda, actualisé en 2001, est recommandé pour la formulation cytologique du frottis cervico-vaginal.

Il doit préciser :

- Le type de prélèvement (frottis conventionnel ou en milieu liquide)
- La qualité du prélèvement (satisfaisant, non satisfaisant, échantillon rejeté non techniqué, échantillon techniqué et interprété mais insuffisant.)
- La présence de cellules endocervicales et exo cervicales
- Interprétation et résultat

Dans l'interprétation des résultats, nous pouvons retrouver :

- Une absence de lésions intraépithéliales ou de malignité. S'il y a lieu on peut préciser la présence d'un micro-organisme (trichomonas vaginalis, éléments mycéliens, anomalies de la flore vaginale…), la présence d'autres modifications non néoplasiques (inflammation, irradiation, atrophie).
- Des anomalies des cellules malpighiennes :

- ✓ Atypies des cellules épithéliales (ASC) de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésions épithéliales de haut grade (ASC-H).
- ✓ Les lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL) regroupant les lésions autrefois dénommées lésions à HPV, condylomes, dysplasie légère, CIN1.
- ✓ Les lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL) regroupant les lésions dénommées dysplasies modérées et sévères, CIN2, CIN3, CIS (Cancer In Situ).
- ✓ Le carcinome malpighien

- Des anomalies des cellules glandulaires

- ✓ Atypies des cellules glandulaires (AGC) endocervicales ou endométriales
- ✓ Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie endocervicale ou sans autre précision
- ✓ Adénocarcinome endocervical in situ (AIS)
- ✓ Adénocarcinome endométrial ou endocervical ou extra-utérin.

Après l'interprétation et les résultats, il doit être précisé sur la feuille de résultat les techniques complémentaires utilisées, et la réalisation de l'examen. C'est-à-dire si il a été automatisé ou pas. Le biologiste peut faire des recommandations mais elles ont optionnelle [8]

Le diagnostic final est histologique. Il se fait donc par colposcopie et biopsie des lésions.

III. PAPILLOMAVIRUS

A. GÉNÉRALITÉS

Les papillomavirus sont des virus nus à capside icosaédrique mesurant 45 à 55 mm de diamètre. Ils constituent à eux seuls la famille des papillomaviridae qui regroupe environ 200 génotypes différent et 118 sont totalement séquencés.

Leur génome est fait d'un brin circulaire bi caténaire d'ADN comptant environ 8000 paires de bases. Un seul brin est codant pour la totalité des protéines virales produites.

Le papillomavirus est spécifique et ubiquitaire des épithéliums cutanéomuqueux. Le virus infecte les cellules basales à la faveur d'une brèche dans l'épithélium.

Les infections multiples sont fréquentes, surtout chez les personnes immunodéprimées. Il est reconnu qu'une infection par un génotype favorise les co-infections par d'autres types.

La majorité des infections est transitoire et régresse au bout de 12 mois. Le virus est progressivement éliminé par l'épithélium (phénomène de clairance virale). **[9]**

La clairance est dépendante du terrain immunitaire et du génotype du virus. Elle est plus rapide si le génotype est à bas risque et si le patient est immunocompétent.

Papillomavirus dits à	Génotypes
Bas risque	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81
Potentiellement haut risque	26, 53, 66
Haut risque	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82
Risque indéterminé	34, 55, 57, 83

B. TRANSMISSION

Ce virus se transmet essentiellement par contact sexuel, mais aussi oro-génital et cutané (c'est pourquoi le préservatif n'a qu'une efficacité partielle). La contagiosité est très élevée, elle atteint 70% et fait de l'HPV la première cause virale de MST devant l'HSV2 (Herpès Simplex Virus)

L'infection survient précocement, souvent dès les premiers rapports sexuels. La prévalence est maximale pour la tranche d'âge 20-25 ans. La prévalence diminue avec l'âge mais n'épargne aucune tranche d'âge.

En fonction des génotypes, nous pouvons différencier des lésions malignes et bénignes.

C. LÉSIONS BÉNIGNES

Elles sont dues essentiellement aux génotypes 6 et 11 pour 83% des cas et entraînent des verrues génitales et anales appelées aussi « condylomes ». Elles évoluent en augmentant en taille et en nombre. La régression est rare et la récidive est fréquente de l'ordre de 30%

D. LÉSIONS MALIGNES

Les papillomavirus à haut risque sont responsables de lésions précancéreuses et cancéreuses et sont proportionnellement plus fréquents que les génotypes à bas risque. Ils sont responsables de 40% des cancers de la vulve, du vagin, du pénis et 90% des cancers du canal anal. Le papillomavirus est donc la première cause de cancer ano-génital.

Les génotypes 16 et 18 sont à eux seuls responsables de 70% des cancers du col de l'utérus **[10].**

Comme montre la figure ci-dessus, l'histoire naturelle de l'infection par HPV est caractérisée par le faible taux de lésions induites par cette infection, par la capacité de l'organisme humain à se défendre contre cette infection et à en faire régresser les lésions, même de haut grade. Au total l'évolution vers un carcinome est un évènement très rare au regard de la fréquence de l'infection par HPV à haut risque. [11]

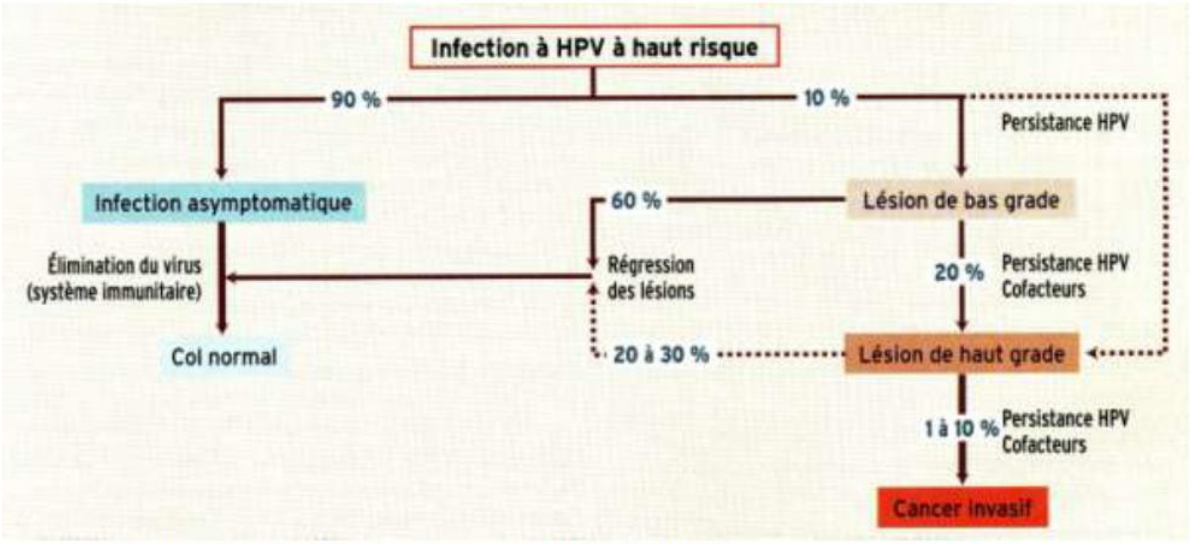


FIGURE 3: HISTOIRE NATURELLE DES INFECTIONS PAR LES PAPILLOMAVIRUS

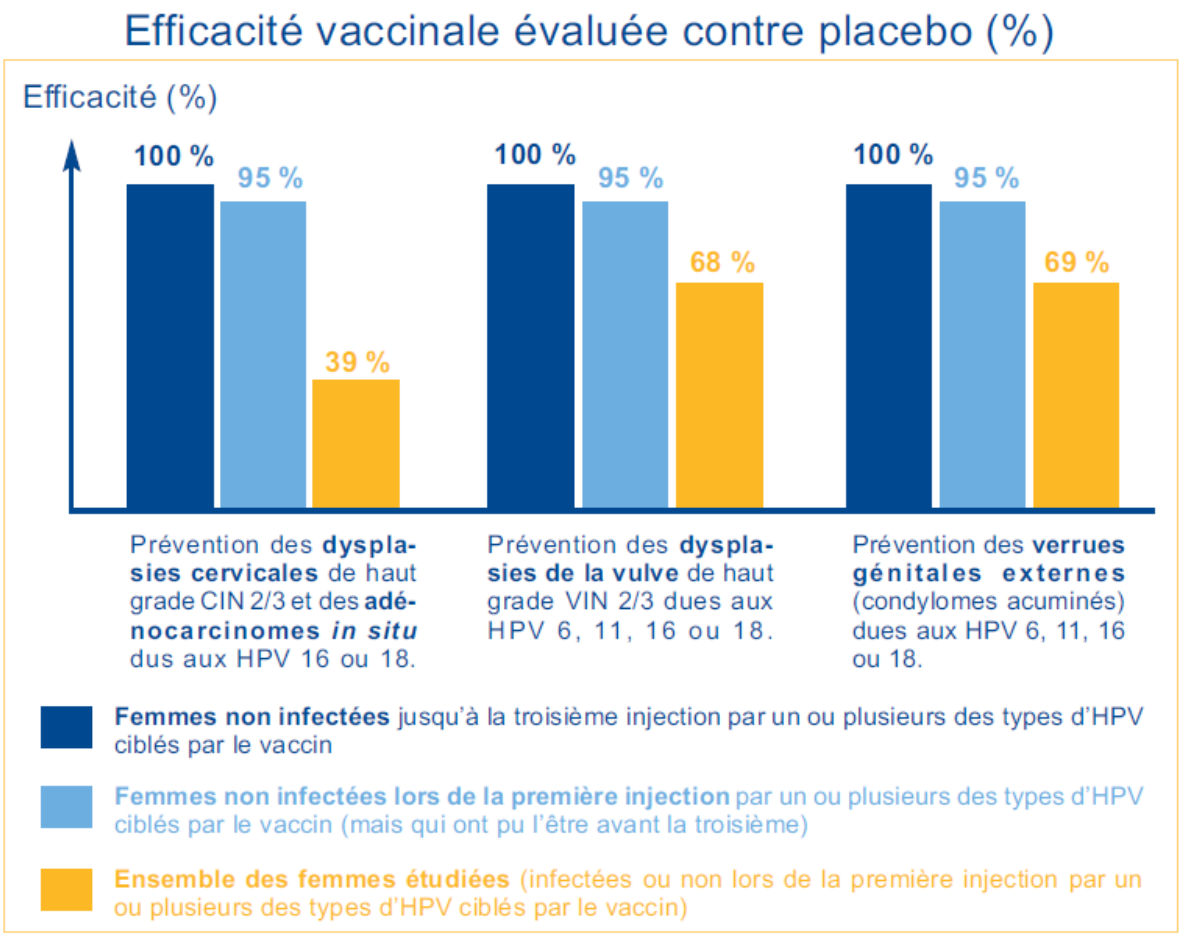
IV. PREVENTION PRIMAIRE

A. VACCINATION CONTRE HPV

1. Généralités

GARDASIL®®et CERVARIX® sont les premiers vaccins destinés à la prévention des infections par les papillomavirus humains (HPV). Le GARDASIL® protège contre les maladies dues aux HPV des types 6, 11, 16 et 18 et le CERVARIX® contre les HPV 16 et 18 : dysplasies de haut grade du col de l'utérus (CIN 2/3), dysplasie de haut grade de la vulve (CIN 2/3) et verrues génitales externes (condylomes acuminés). 70 % des cancers du col de l'utérus sont liés à ces virus dont 50% sont des lésions de haut grade et 25% des lésions de bas grade, leur prévention est attendue, mais l'efficacité n'a pas encore été démontrée du fait d'un manque de recul à l'heure actuelle. Seule une étude australienne rétrospective a mis en évidence une diminution des lésions de haut grade chez les jeunes filles de moins de 18 ans, 3 ans après leur vaccination. **[12]**

Le vaccin ne peut prévenir les 30 % de cancers du col liés à d'autres types d'HPV **[10].**



• **La prévention du cancer du col n'a pu être évaluée directement lors de ces études.**

Elle a été évaluée de façon indirecte grâce à l'utilisation d'un marqueur de substitution, la prévention des dysplasies cervicales de haut grade (ou néoplasies intra-épithéliales cervicales) prouvées histologiquement. [11]

Une immunisation croisée a été observée contre certains génotypes non contenus dans le vaccin, mais aucune n'a pu conclure à une efficacité clinique sur la prévention des lésions associées aux autres génotypes.

L'immunité conférée par le vaccin est plus intense que si elle avait été induite par une infection naturelle.

L'action protectrice du vaccin réside dans la production humorale d'anticorps. Ces anticorps sont sécrétés par le mucus cervical et forment une barrière protectrice au niveau de la surface de l'épithélium, s'opposant ainsi à l'infection des cellules basales par le virus.

Les études préliminaires à la commercialisation des 2 vaccins, CERVARIX® et GARDASIL®, ont montré une efficacité commune dans la prévention des lésions cervicales de haut grade (CIN 2/3) et des cancers in situ du col de l'utérus associés à l'infection par les HPV 16 et 18. Cette efficacité serait de l'ordre de 95%. Aucune comparaison directe entre ces deux vaccins n'est disponible, en raison de leur développement concomitant.

La différence de ces 2 vaccins a été discutée dans des études menées par leur laboratoire respectif ; Dans l'étude du laboratoire GSK **[13]** (laboratoire de CERVARIX®), différentes remarques sont en faveur de CERVARIX® :

- La réponse immunitaire est 2 fois plus importante contre l'HPV 16 et 6 fois plus contre l'HPV 18.
- Il induit 2.7 fois plus de cellules B mémoire que GARDASIL®

- Par contre, il a un taux d'effets secondaires plus important, les plus courantes sont de courte durée et surtout au niveau du site d'injection.

Une étude canadienne [14] confirme que le CERVARIX® est plus immunogène pour l'HPV 18 mais semble équivalente pour le HPV 16. Les données à court terme ne permettent pas d'infirmer ou de confirmer une différence significative dans l'efficacité clinique de ces deux vaccins.

Au sujet de l'immunité, cinq ans après la vaccination, la persistance des anticorps contre le HPV 16 est équivalente pour les deux vaccins. Par contre, on observe une différence importante dans la proportion des femmes avec des titres détectables contre le HPV 18 : 99-100 % après la vaccination avec CERVARIX® et 65-86 % après la vaccination avec GARDASIL®. L'importance clinique à long terme de cette différence reste inconnue.

Le Tableau 2 représente la proportion de femmes séropositives pour l'HPV, après la vaccination par Gardasil ou Cervarix.

Tableau 2 La proportion des femmes séropositives après la vaccination avec Gardasil et Cervarix

Vaccin	Après 18 mois		Après 33-38 mois		Après 51-60 mois*	
	VPH 16	VPH 18	VPH 16	VPH 18	VPH 16	VPH 18
Gardasil†[19, 20]	100 %	86 %	100 %	76 %	98.8 %	65 %
Cervarix‡[23]	100 %	99,7 %	99 %	99 %	100 %	100 %

*51-53 mois pour Cervarix; 60 mois pour Gardasil; †avec le test Luminex; ‡avec le test ELISA

La commission de transparence de la HAS ne retient pas, dans l'état actuel, des connaissances de différences entre le profil d'efficacité de ses deux vaccins pour la prévention des dysplasies de haut grade du col de l'utérus et du cancer. Elle estime également que les données actuelles sont trop limitées pour permettre d'établir que CERVARIX® confère un avantage en termes de durée de protection et de protection croisée.

Par contre GARDASIL®, étant quadrivalent, a montré une efficacité de l'ordre de 95% dans la prévention des condylomes de la vulve, tumeurs bénignes sans retentissement sur le pronostic vital mais qui ont une répercussion importante sur l'aspect psycho-affectif et la qualité de vie. Selon les estimations, en France, la prévalence des condylomes est de 1 à2 pour 1000 adultes (dont 40% des femmes).

En conséquence, le comité de transparence de la HAS recommande l'utilisation préférentielle du GARDASIL® puisqu'il présente une indication supplémentaire à CERVARIX® dans la prévention des condylomes.

Et initialement, elle n'a pas recommandée l'inscription au remboursement du vaccin CERVARIX® **[15].** Mais depuis 2008 CERVARIX® est remboursé à 65% par la sécurité sociale.

Les effets secondaires bénins observés suite à la vaccination par GARDASIL® sont les suivantes :

- **Troubles liés au site d'injection (érythème, douleur, gonflement, prurit)**
- **Fièvre**
- **Bronchospasme**
- **Urticaire**

En ce qui concerne les effets secondaires graves suite à l'administration de GARDASIL® ayant nécessité une hospitalisation concernent majoritairement des réactions attendues (syndromes fébriles, arthromyalgies, syncopes), toutes d'évolution favorable ; enfin, quelques cas de maladies auto-immunes (démyélinisations aiguës centrales, arthrites et thrombopénies), souvent peu documentés, ont été signalés mais ne permettent pas d'établir un lien de causalité ; leur nombre reste très inférieur au nombre attendu en l'absence de vaccination. 47 décès ont été signalés suit à la vaccination aux Etats unis, 3 jeunes filles en France ont présenté des maladies auto-immunes. Les autorités de santé américaines et françaises affirment que l'on ne

peut pas prouver le lien de causalité entre le vaccin et les décès ou autres effets indésirables graves.

En ce qui concerne CERVARIX®, nous retrouvons les mêmes effets secondaires bénins que GARDASIL® et les mêmes réactions auto-immunes possibles avec paralysie et convulsions.

2. Les recommandations

Ce vaccin doit être utilisé sur la base des recommandations officielles. En effet, si son efficacité protectrice est démontrée chez les jeunes femmes non infectées par les types d'HPV du vaccin, il ne protège pas les femmes déjà infectées lors de la vaccination. GARDASIL® n'est recommandé que chez les jeunes filles de 14 ans et, en «rattrapage», chez les jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels, ou au plus tard dans l'année suivant leur premier rapport.

Les études actuelles ne montrent aucune indication à vacciner la femme enceinte **[16]**

B. LUTTE CONTRE LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

D'après l'OMS, 250 millions de cas d'IST surviennent chaque année dans le monde, avec des conséquences qui engagent le pronostic fonctionnel, stérilité tubaire, ou vital, le SIDA.

Une recrudescence des MST a été remarqué en France grâce à différents systèmes d'évaluation tels que le réseau RENAGO pour le gonocoque ou encore RENACHLA pour le chlamydia qui sont les plus fréquentes IST avec la syphilis, les papillomomaviroses, l'herpès génital.

Dans les pays industrialisés, les facteurs de risques les plus nets sont :

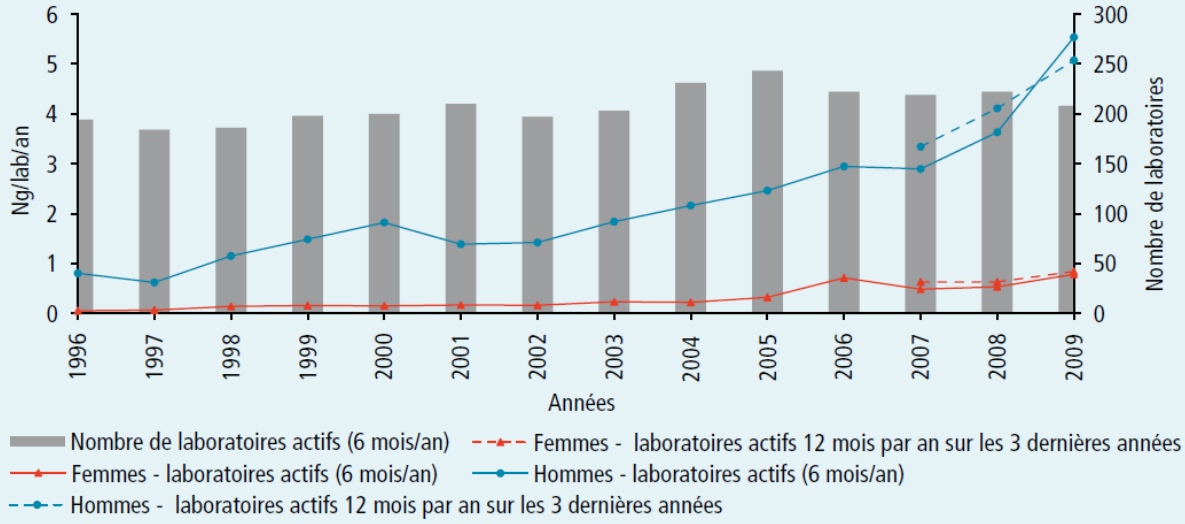
- Sexe féminin
- Précocité du 1er rapport sexuel
- Multiplicité des partenaires sexuels
- Antécédents de MST
- Infection par le VIH
- Faible niveau socio-économique.

En ce qui concerne le gonocoque **[17],** la prévalence de l'infection est en augmentation depuis plusieurs années. Selon les résultats fournis à l'Institut de veille sanitaire (InVS) par deux réseaux spécialisés dans la surveillance de ces infections (RENAGO et RésIST), l'augmentation s'est poursuivie entre 2008 et 2009 (+52 %).

Cette progression a été observée sur l'ensemble du territoire. Elle est légèrement moins importante en Ile-de-France (+38 %) entre 1996 et 2009 où on constate une augmentation chez les hommes (+44%) et une relative stabilité chez les femmes (-5 %). Dans les autres régions en revanche, l'augmentation du nombre de cas (+54 %) se vérifie à la fois chez les hommes (+51 %) et chez les femmes (+75 %). De plus il apparait une résistance à la ciprofloxacine à l'origine d'échecs thérapeutiques.

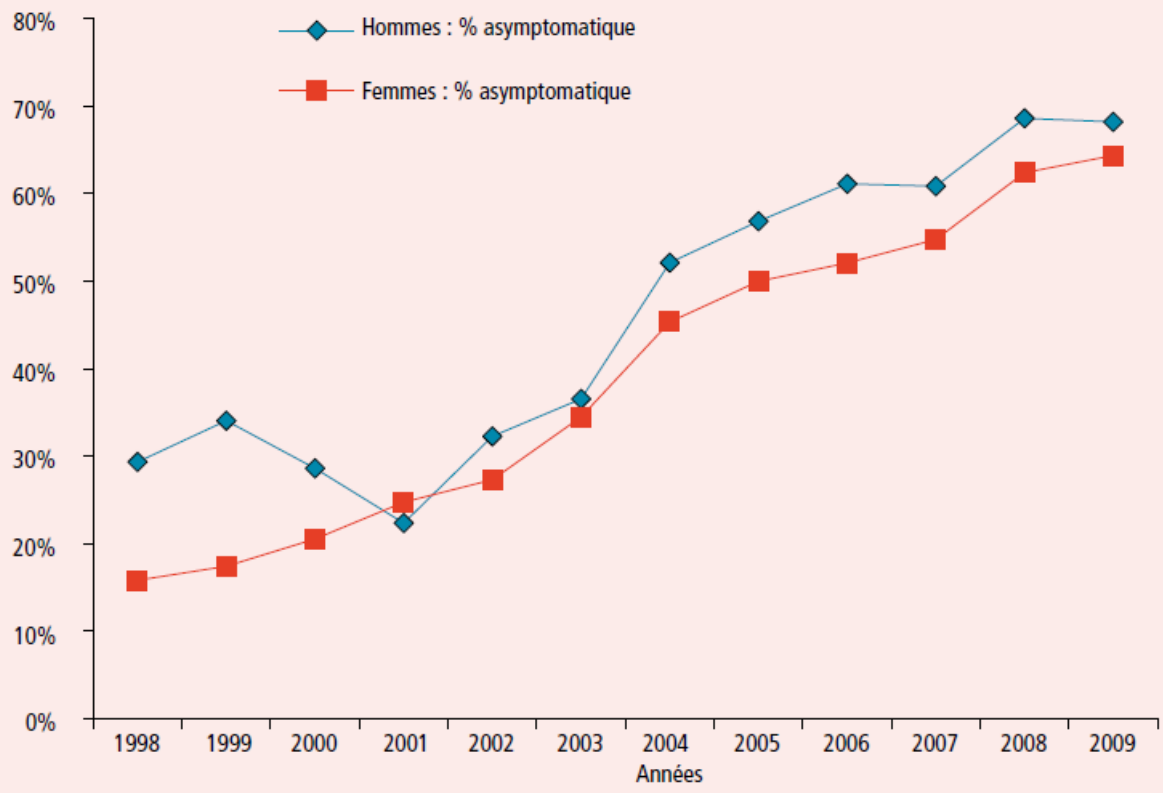
L'analyse des données sur les infections à gonocoques confirme leur progression chez l'homme et la femme quelle que soit l'orientation sexuelle, justifiant de rester vigilant. Ces tendances reflètent la progression des comportements sexuels à risque **[17]**

Figure 1 **Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (Ng/lab/an) selon le sexe, Rénago, France, 1996-2009.** / *Figure 1 Trends for the average number of gonorrhoea infections isolated per year and per active laboratory (Ng/lab/an) by sex, RENAGO network, France, 1996-2009.*



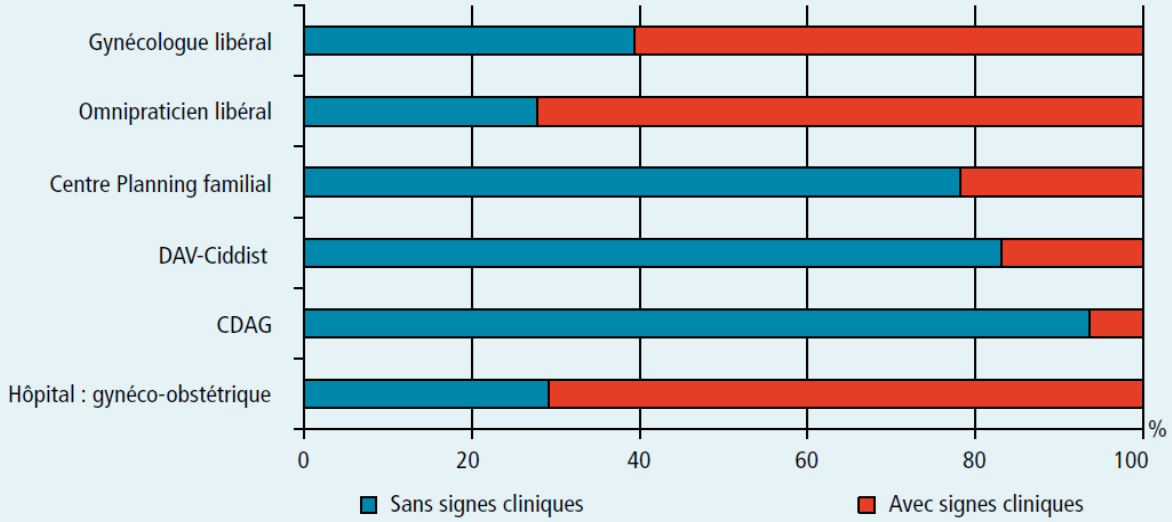
Pour le chlamydiae, le réseau RENACHLA remarque depuis 2009 une augmentation du nombre de diagnostics de l'ordre de 19% chez l'homme et 25% chez la femme. Cette augmentation du nombre de nouveaux cas serait due à l'augmentation du nombre de dépistages chez les personnes asymptomatiques dans les centres de CDAG en application aux nouvelles recommandations, (dépistage systématique chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans). Le dépistage systématique de chlamydiae trachomatis chez des patients avec des comportements à risques était de 10% en 2000 alors qu'en 2009 il est passé à 76% de dépistage chez la femme et 86% chez l'homme. Au total, les deux tiers du diagnostic d'infection par chlamydiae trachomatis sont pratiqués par les centres d'informations (CGAG, CIDDIST…) et le reste par les médecins de ville. **[18].**

Figure 5 Évolution de la proportion d'hommes et de femmes sans signes cliniques chez les personnes avec diagnostic d'infection à *C. trachomatis* (Rénachla 1998-2009, France) / *Figure 5 Trend of the proportion of asymptomatic men and women among cases of* C. trachomatis *diagnosis (RENACHLA network, 1990-2009, France)*



Ce taux de dépistage a augmenté entre 2006 et 2009 dans les CPEF (+175%) CDAG (+121%). L'augmentation est plus limitée chez les gynécologues hospitaliers (+55%), les médecins généralistes (+ 45%) et reste stable dans les CIDDIST. [18]

Figure 2 **Proportion de cas asymptomatiques chez les personnes avec un diagnostic d'infection à *C. trachomatis* selon le lieu de consultation (Rénachla 2009, France) / *Figure 2 Proportion of asymptomatic cases of infection in different settings (RENACHLA network 2009, France)***

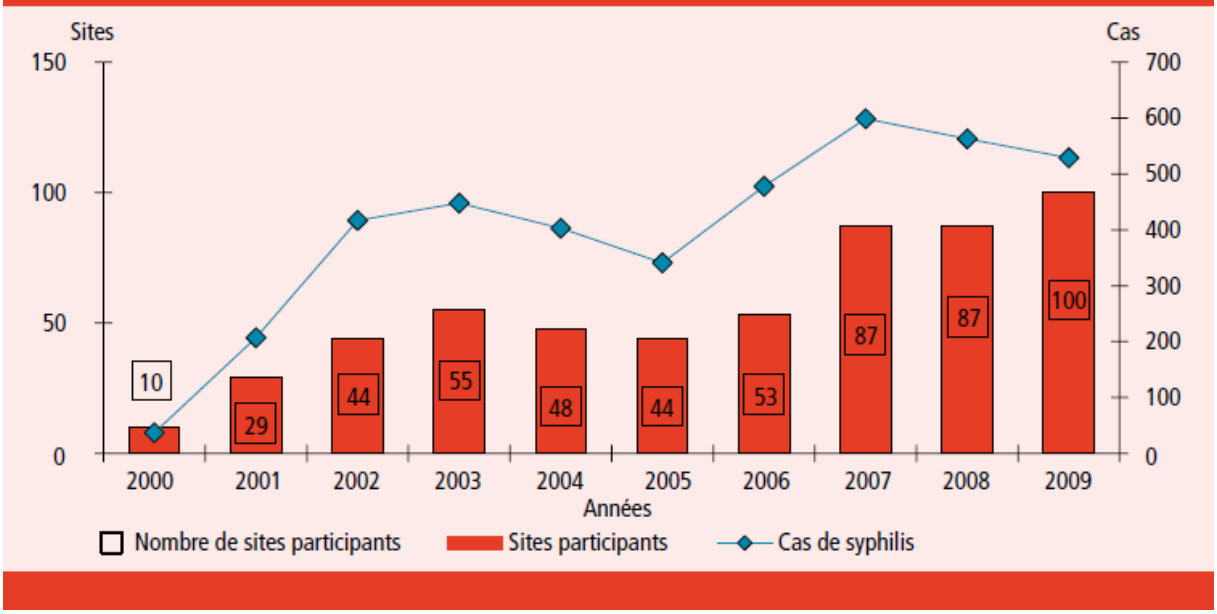


En 2003, on redécouvre la LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE ou MALADIE DE NICOLAS FABRE, qui avait disparu dans les années 1980. La surveillance de réseaux de laboratoire qui découvre des génotypes positifs de Chlamydia trachomatis sur des échantillons rectaux, met en évidence une augmentation du nombre de nouveaux cas. Le nombre de LGV augmente en 2007 (170 cas) et 2008 (191 cas) par rapport à 2005 (117 cas) et 2006 (140 cas) et diminue en 2009 avec 160 cas. Une LGV rectale chez une femme et quelques cas de LGV non rectales ont pu être mis en évidence.

L'augmentation de toutes ces IST est associée à une augmentation du risque de transmission du VIH. Et en ce qui concerne le VIH, les données épidémiologiques de l'InVS montrent que l'incidence globale du VIH a diminué mais deux sous-groupes restent particulièrement touchés, les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. On estime en 2008 à environ 6500 le nombre de nouveaux cas en France, chiffre stable depuis 2007 et qui fait suite à une période de 2 ans où son incidence avait diminué.

Le seul point positif est le léger recul de la syphilis depuis 2008. Après une recrudescence de la maladie entre 2000 et 2007, on constate une diminution entre 2007 et 2009 de l'ordre de 12%. **[19]**

Figure 1 **Nombre de cas de syphilis précoce et de sites participants, par an. Réseau RésIST, France, 2000-2009 /** *Figure 1 Number of early syphilis cases and participating settings, per year. RESIST network, France, 2000-2009*



Cette tendance reflète l'augmentation des comportements à risque chez les personnes de moins de 25ans, qui est l'âge médian des contaminations par les IST.

V. PREVENTION SECONDAIRE : LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL

A. MÉTHODE

La procédure décrite en 1943 par Papanicolaou consiste à prélever des cellules du col de l'utérus, endocol et exocol. A l'heure actuelle, le système de référence pour les anatomo-pathologistes, pour l'interprétation des frottis est le système de Bethesda.

Les cellules sont prélevées par la spatule d'Ayre et ensuite étalées et fixées sur une lame, dans le cas du frottis dit conventionnel.

Le frottis en milieu liquide correspond à un prélèvement où les cellules sont placées en suspension dans un flacon contenant un liquide. Cette méthode utilise une brosse en plastique qui peut prélever la jonction squamocylindrique et l'endocol

Le frottis en milieu liquide permet d'éviter la plupart des artefacts de superposition du frottis conventionnel mais la dispersion du matériel cellulaire supprime aussi les repères visuels habituels.

Mais cette méthode permet également une meilleure sensibilité, une diminution des frottis ininterprétables, une augmentation de la productivité, et la possibilité d'utiliser le matériel résiduel pour des analyses de biologie moléculaire. Elle permet également de diminuer les problèmes de mauvaises fixations, d'épaisseur inégale de la lame.

Le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) a conclu que le frottis en milieu liquide pouvait participer à la réduction de l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus et de la mortalité liée à cette maladie. **[20]**

B. RECOMMANDATIONS

Les recommandations actuelles, dans le cadre du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus sont les suivantes : **[21]**

- Il doit être proposé à toutes les femmes entre 25 et 65 ans

- Il doit être pratiqué tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle.

- Le premier frottis doit-être fait dans la première année qui suit le premier rapport sexuel ou vers 20 ans.

Devant les limites du dépistage spontané, avec un taux de couverture qui stagne depuis plusieurs années à 57 %, la HAS propose un dépistage organisé, comme dans d'autres pays d'Europe tel que L'Allemagne, La Suède, Le Danemark, La Finlande, L'Islande, Le Royaume Uni et La Norvège) où il a déjà été mis en place. En France certains départements organisent le dépistage de masse. **[21]**

Il a fait ses preuves dans plusieurs départements (Alsace, Isère, Martinique) en terme d'efficacité, d'efficience, et en terme d'équité et d'égalité d'accès aux soins. Le dépistage organisé ne remet pas en cause le FCV à faire tous les 3 ans, mais renforce le rôle de coordination du médecin traitant, le contrôle qualité des FCV, et s'accompagne d'actions ciblées pour toucher les femmes peu ou pas dépistées.

Ce dépistage s'organise en 6 point clés :

Prise en charge d'un frottis anormal

Plusieurs modifications dans le système de Bethesda parfois sources de confusion ont été faites :

- la catégorie « échantillon satisfaisant, mais limité par » (SBLB) est supprimée : le prélèvement est jugé « interprétable » ou « non interprétable ».

- l'absence de cellules endocervicales doit être signalée dans le compte rendu, mais Ne constitue pas à elle seule un critère de non-interprétabilité.

- le regroupement des catégories « normales » et « modifications bénignes » en une seule catégorie : « absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité »

- l'interprétation plus restrictive des « atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée »

- l'individualisation de la catégorie « adénocarcinome in situ ».

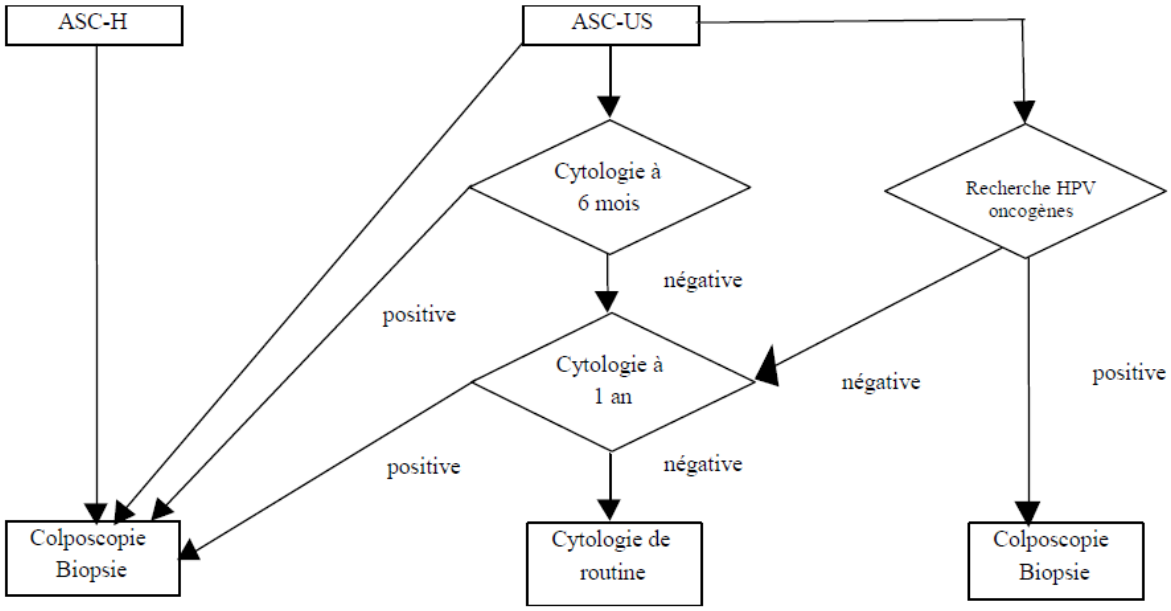
La conduite diagnostique devant des frottis avec des atypies malpighiennes :

ASC- US (lésions intraépithéliales indéterminées)

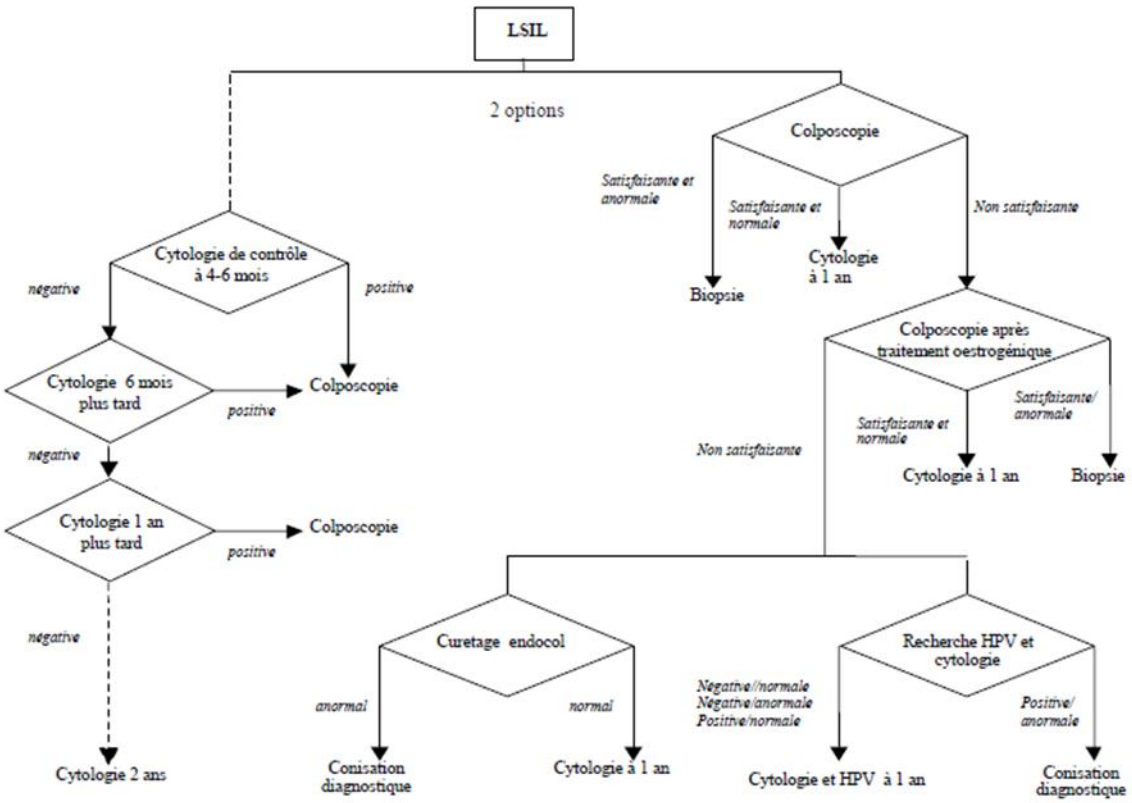
ASC-H (lésions intraépithéliales indéterminées ne pouvant pas éliminer une lésion de haut grade)

LSIL (lésions malpighiennes intraépithéliale de bas grade)

HSIL (lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade)



Devant les lésions de bas grade la conduite diagnostique est la suivante :



La conduite à tenir devant des lésions malpighiennes de haut grade est de faire la colposcopie d'emblée. Si la totalité des lésions cervicales n'est pas observée, la colposcopie n'est pas de bonne qualité et une exérèse du col doit-être faite à visée diagnostique. Un contrôle doit-être fait 3 à 6 mois après l'examen avec colposcopie et frottis utérin avec biopsies et/ou curetage endo-utérin. Si les résultats sont normaux, répéter les examens à 6 mois 1 an puis cytologie tous les ans.

Si les résultats sont anormaux, il faut traiter les lésions résiduelles selon leur sévérité.

Il n'est pas recommandé pour les patientes ayant eu une conisation de faire une recherche d'HPV systématique.

Devant des anomalies de type glandulaire les recommandations sont les suivantes : Quelles que soient les anomalies des cellules glandulaires, une colposcopie avec biopsie dirigée et/ou

curetage de l'endocol est recommandée. Si de plus les anomalies des cellules glandulaires sont de type endométriales, un contrôle histologique de l'endomètre est recommandé.

Si ces examens sont normaux :

- en cas d'atypies des cellules glandulaires (endocervicales, endométriales ou sans autre précision), il est recommandé de refaire un frottis à 6 mois ;
- en cas d'anomalies cytologiques de type adénocarcinome in situ (AIS) ou adénocarcinome (endocervical, endométrial ou d'origine non précisée) ou suggérant une néoplasie, une conisation diagnostique associée à un curetage de l'endomètre est recommandée. **[22]**

VI. MATERIEL ET METHODE

A. POSITION DU PROBLÈME

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie qui fait encore à l'heure actuelle 1000 décès par an en France. Pour diminuer la morbi-mortalité de ce cancer il faut tout d'abord améliorer la prévention et diminuer l'exposition aux facteurs de risques tout en améliorant le dépistage par frottis.

Comme nous l'avons dit précédemment, les gynécologues médicaux sont de moins en moins nombreux. Le médecin généraliste, pivot actuel du parcours de soins, se retrouve donc placé au centre de cette stratégie préventive.

Les données actuelles nous permettent d'affirmer que :

- le taux de dépistage par frottis ne dépasse pas les 60%
- Les MST sont en recrudescence

- La vaccination par GARDASIL® ou par CERVARIX® ne fait pas l'unanimité.

La chaîne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus présente sans doute des obstacles à sa mise en œuvre par le médecin généraliste, mais ces obstacles sont mal connus. Pourquoi malgré les différentes recommandations de bonnes pratiques les médecins généralistes rencontrent-ils toujours des difficultés à les appliquer ?

L'ensemble des travaux actuellement faits sur le cancer du col de l'utérus ont été centrés sur les difficultés du frottis. Nous faisons l'hypothèse que l'échec relatif des stratégies de prévention du cancer du col en France est lié au fait que les obstacles à son application s'échelonnent sur les différentes étapes de la stratégie : la vaccination, la prévention MST, le dépistage par frottis et le suivi des patientes présentant un frottis anormal.

B. OBJECTIFS

Déterminer la liste des obstacles rencontrés par les généralistes dans l'application de la stratégie de prévention du cancer du col de l'utérus. Par stratégie de prévention, nous entendons l'ensemble des conduites du médecin généraliste visant à réduire l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus : prévention primaire (éducation du patient sur les MST, vaccination anti HPV), et prévention secondaire (dépistage par frottis, gestion de la filière de prise en charge des lésions de bas grade)

C. CHOIX DE LA METHODE: ÉTUDE QUALITATIVE

La détermination des obstacles à l'application d'une stratégie de prise en charge d'un problème pathologique, quel qu'il soit, est idéalement étudiable par l'utilisation d'une méthode qualitative. Nous ne connaissons pas les obstacles, mais nous savons qu'ils existent, il est donc naturel d'interroger les médecins de façon aussi ouverte que possible pour lister les obstacles

rencontrés. Dans un second temps on pourra à partir de cette liste préétablie d'obstacles, faire une étude quantitative pour évaluer le poids relatif de chaque obstacle.

La méthode quantitative, mesure, quantifie et met en évidence des relations causales entre des variables mesurables. Tandis que la méthode qualitative étudie les mêmes variables en les intégrant à un contexte et un environnement qui diffère pour chaque personne interrogée. **[23]**

Le choix du recueil de données

La recherche qualitative autorise plusieurs méthodes de recueils de données. Parmi les plus utilisés, nous citerons les méthodes de consensus (groupe nominal et méthode delphi) et les entretiens (individuel ou en groupe).

Les entretiens peuvent être :

- Structurés : les questions restent fixes
- Semi dirigés : la structure est souple avec des questions ouvertes définissant les points à explorer tout en pouvant étudier une idée plus en détail.
- En profondeur : les questions sont moins structurées, ce type d'entretien ne permet d'étudier qu'un ou deux thèmes mais en profondeur.

Le choix d'une méthode par entretiens, quelle qu'elle soit, impose de construire un guide d'entretien.

Dans cette étude nous avons choisi des entretiens individuels semi dirigés.

D. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été élaboré de façon à être semi-directif sous forme de cas clinique. Les questions sont faites pour recevoir des réponses ouvertes visant à aborder successivement les différentes étapes de la stratégie de dépistage. Les médecins interrogés peuvent ainsi formuler les obstacles rencontrés à chaque étape.

E. FIXATION DU CADRE D'ENTRETIEN

L'entretien a lieu au cabinet du médecin. Le guide d'entretien a été formaté pour tenir dans la durée moyenne d'une consultation (15 minutes environ). L'entretien a été enregistré, avec l'accord préalable du médecin, et retranscrit intégralement par écrit avant analyse.

F. INCLUSION DES MEDECINS GENERALISTES

Conformément aux principes de la démarche qualitative, j'ai sélectionné un échantillon de médecins pour qu'il soit aussi disparate que possible. Afin d'obtenir le maximum d'éparpillement des variables de choix, j'ai recueilli autant d'hommes que de femmes, des médecins jeunes et plus vieux, des médecins exerçant en secteur 1 et en secteur 2, des médecins travaillant seuls ou en groupe, des médecins travaillant en milieu urbain, semi urbain et rural. Je les ai également sélectionnés en fonction du département d'exercice, de façon à avoir au moins 1 médecin dans chaque département de l'Île de France.

Nombre de médecins à inclure

Le nombre de médecins à inclure n'est pas connu initialement. Les entretiens sont poursuivis tant que chacun d'entre eux apporte au moins une nouvelle idée. Nous avons choisi de les arrêter lorsque deux entretiens successifs étaient redondants avec les précédents.

VII. Résultats et Analyse

A. Echantillon des médecins interrogés

Sur trente médecins contactés, seize ont refusé de participer à l'étude. Les principaux motifs étaient le manque de temps et l'absence d'intérêts pour la pratique de la gynécologie médicale.

Les médecins contactés à Paris ou sur la première couronne de Paris qui ont refusé l'étude, alléguaient l'important nombre de gynécologues dans leurs quartiers comme motif de leur absence de pratique de la gynécologie.

Quatorze médecins ont été finalement interrogés avant d'atteindre la saturation des données. Dans cet échantillon de médecins il y avait 8 femmes et 7 hommes. La date de soutenance de thèse des médecins interrogés s'échelonne entre une limite inférieure à 1975 et une limite supérieure à 2004.

La plupart des médecins interrogés sont en cabinet libéral dont 5 en région urbaine, 7 en région semi-rurale et 1 en région rurale et un des médecins travaille en centre-médico-social.

B. Présence de correspondants en gynécologie

En ce qui concerne la présence de gynécologues dans les alentours et dans leur quartier, 7 médecins ont répondu qu'il n'y en avait plus et de ce fait étaient obligés d'adresser à l'hôpital.

Le médecin numéro 3 à cette question a répondu *« il n'y en a plus, il y en avait 3, mais un est parti à la retraite, un ne veut plus prendre de nouveaux patients, et un autre est malade. Dur, dur les gynécos…. » .*

Le médecin numéro 5 nous affirme *« j'ai plusieurs correspondants en gynécologie mais ça se raréfie dans le quartier, il n'en reste qu'un »* Les médecins 6 et 7 disent « *il reste une PMI avec un gynécologue et un planning familial sinon les gynécos ne sont pas dans le quartier et sont en secteur 2* »

Le médecin 13 affirme qu'il y a peu de gynéco également dans son quartier ainsi que le médecin 14 qui doit envoyer ses patientes à Rambouillet

Les quatre restants affirment qu'il y en a beaucoup. Ces praticiens exercent soit dans Paris soit dans la première couronne.

C. Pratique d'actes gynécologiques

Sur la question « Faites-vous des suivis de gynécologie ? », 8 médecins ont répondu « OUI », et 6 médecins ont répondu « NON ». Parmi les médecins qui ont répondu oui, 5 sont des femmes. Les médecins 1, 2, 6, 7, 11, 12, 13 sont d'accord pour dire que le frottis est facile à réaliser en médecine générale : *« si elle le demande je le fais », « Si elle n'est pas suivie, je lui propose de la suivre et de revenir pour un examen gynécologique » « si la patiente n'est pas de terrain compliqué, je la suis, je fais le suivi de grossesse et le frottis »*

Pour les mêmes médecins le matériel est fourni par le laboratoire.

Les raisons de l'absence de pratique d'actes gynécologiques sont différentes selon les médecins. Beaucoup d'entre eux ont répondu :

- Le manque de temps : - le médecin 4 : *« Ça prend du temps, je ne suis pas installé pour, je n'ai pas de table gynécologique, c'est difficile de tout faire ». «je n'ai pas forcément le temps de les faire, je préfère les adresser pour faire des frottis ».*

- L'absence de formation : le médecin 3 *« je n'ai pas de formation… je ne m'en sens pas capable »*
- L'absence de rémunération de l'acte : le médecin 4 *« Je ne veux pas être purement vénal mais ce n'est pas rémunéré »*
- Le laboratoire préfèrera faire les frottis
- Le spéculum jetable est cher (médecins 1 et 11)
- « Je ne veux pas faire de frottis aux patientes que j'ai suivies quand elles étaient enfants (médecin 4 et 9).
- Le manque d'intérêt pour le médecin 14 « … ça me barbe… »

Pour le rappel du frottis par les praticiens 5 d'entre eux ne pensent pas à le faire soit par :

- Manque de temps si ce sont des nouveaux patients pour le médecin 3 : *« je demande les antécédents mais je n'insiste pas »* et pour le médecin 9 *« Je ne pense pas que j'aborderai le suivi gynécologique… je ne fais pas de gynécologie »*
- Manque de systématisme avec les anciens patients pour les médecins 1, 4, 7, 9 :

  « Les patientes que l'on connait depuis longtemps, on est parfois moins attentif, je n'ai pas de systématisme pour les suivi gynécologique » (médecin 1)

  «Si vous venez me voir avec une angine et que je vous connais pas je ne poserai pas la question » (médecin 4)

  « . Je ne prendrai pas toujours le temps de me renseigner sur le suivi de gynécologie » (médecin7)

  « Je ne pense pas que j'aborderai les antécédents gynécologiques » (médecin 9)

D. La vaccination anti-HPV (GARDASIL® ou CERVARIX®)

A cette question, il y a 5 médecins qui ont répondu :

- Que le vaccin n'était pas dangereux
- Qu'ils le proposaient systématiquement
- Que l'on n'avait pas assez de recul sur le vaccin

« Je pense que c'est un bon vaccin même si on n'a pas le recul suffisant encore » (médecin 9)

« …il y a eu des problèmes et je ne sais pas lesquels » (médecin10)

5 médecins disent que le vaccin est bien accepté par les jeunes filles et 5 affirment que les jeunes filles de 14 ans ne le demandent pas. Un des médecins trouve que les jeunes filles de 16 ans en parlent plus facilement que celles de 14 ans.

« Les jeunes filles de 14 ans n'en parlent pas beaucoup, alors qu'à 16 ans elles en parlent plus facilement » (médecin 11)

7 des médecins ont dans leur patientèle des mères qui demandent le vaccin pour leur fille et 5 nous expliquent un refus des parents à la vaccination de leur fille.

« Beaucoup de parents réfractaires depuis 2 ans avec la polémique sur les vaccins, Je dirai 1/3. » (médecin11)

« En général c'est plutôt nous qui en parlons avec des réticences des parents » (médecin 8)

« Les parents sont assez réticents devant la vaccination. Vous savez ils vont se renseigner sur internet » (médecin 10)

Un des médecins a proposé de vacciner les hommes également devant l'argument suivant : *« C'est eux qui le transmettent aux femmes donc si on voulait être plus efficace il faudrait les vacciner aussi. » (Médecin 4)*

Pendant une consultation pour la contraception 4 des médecins reparlent et re-proposent la vaccination anti-HPV.

Pour finir sur cette question, il y a 5 médecins qui ne proposent pas la vaccination. Les arguments de ses médecins sont les suivants :

- Le vaccin ne dispense pas du frottis
- Le frottis prévient mieux le cancer du col de l'utérus
- Les résultats attendus pas le vaccin ne sont pas atteints

Médecin 6 et 7 «Je ne suis pas pour parce que il y a des études qui ne montrent pas d'amélioration On vaccine contre 4 sérotypes virus et que si ça avait été suffisant on aurait dû avoir une chute du cancer du col de 80%. Ça donne la fausse information que puisqu'elles ont vacciné elles n'ont pas besoin du frottis »

Médecin 4 « Si toutes les femmes faisaient leur frottis, on n'aurait pas besoin du vaccin »

- Il y a beaucoup de souches d'HPV qui pourraient devenir oncogènes après avoir éliminé les souches 16 et 18.
- On ne comprend pas les effets secondaires
- Il est très cher

Médecin 12 « Je trouve ce vaccin hyper cher dans une époque où l'on doit faire des économies, ça m'hérisse si encore ça empêcher de faire les frottis je veux bien mais là je ne vois pas où ça permet de faire des économies »

E. La prévention MST

Pendant la consultation de médecine générale sur la contraception, 6 médecins généralistes n'abordent pas spontanément la prévention des MST. Ils pensent que la consultation de contraception est essentiellement une consultation pour la demande de pilules.
Un des médecins présente une gêne à parler du préservatif. 3 d'entre eux pensent que les jeunes filles de 16 ans sont au courant. Un autre suppose qu'elles vont au planning familial plutôt que de s'adresser au médecin de famille.
Mais 9 des médecins généralistes parlent facilement des MST, dont 8 sont des femmes.
3 d'entre eux font sortir les mères sans difficultés à la demande de la patiente ou s'ils la sentent gêner.
4 des médecins trouvent que la relation mère-fille parasite la consultation MST. Certaines mères empêchent le médecin d'aborder ce genre de sujet pendant l'entretien.
Médecin11 « La maman peu déranger pendant la consultation. Souvent, je demande si elles viennent avec leur maman et que la jeune fille commence à parler et dès qu'elle est gênée souvent je demande à la maman de sortir. »

Médecin3 « il y a des filles qui ne sont pas réceptives, parfois il y a des filles à 16 ans qui viennent avec leur maman systématiquement. J'ai même des fois des mères qui m'interrompent »

Et 3 d'entre eux insistent sur l'origine et la culture de certaines patientes qui seraient un barrage aux informations sur la vie sexuelle.

Médecin 6 « C'est un peu compliqué dans le quartier car on ne doit pas avoir de rapport sexuel avant le mariage. Moi je n'ai pas de prescription de pilule à cet âge-là »

Médecin 7 « Les patientes d'origine maghrébine et d'Afrique noire viennent sans leur mère »

Médecin 13 « La vaccination est difficile à aborder, les relations sexuelles avant le mariage ne sont pas autorisées »

F. Suivi des frottis

Devant des frottis anormaux sur les 8 des médecins qui les font, 7 adressent directement à un gynécologue pour une colposcopie dès la présence de lésions types ASC-US et 5 les traitent et refont un frottis à 3 ou 6 mois selon le praticien.

Pour la prise en charge par un gynécologue 4 des médecins adressent à l'hôpital pour différents motif :

- *Médecins 4 ; 6 ; 7 ; 13 « Les gynécologues à l'hôpital sont en secteur 1, les gynécologues de ville sont trop chers pour ma patientèle »*
- *Médecin 3 « Il n'y a plus de gynécologues dans le quartier à qui adresser »*
- *Médecin 4 « Le délai d'attente pour avoir un rendez-vous en ville est trop long. »*

G. Le dépistage de masse

En ce qui concerne la question, « êtes-vous favorable à un dépistage de masse ? », 12 des médecins ont répondu « OUI ». De façon générale chacun d'eux pense que tout comme le cancer du sein, une lettre de rappel tous les 3 ans pour faire le frottis serait une très bonne idée. De manière plus individuelle, plusieurs arguments sont ressortis :

- Le médecin 7 nous explique que certaines femmes ne font pas de frottis car ne peuvent avancer les frais. C'est-à-dire le moment où la patiente doit mettre son chèque de 14.50 euros dans l'enveloppe pour le laboratoire. *« Ça m'aiderait, si elles ne sont pas en CMU elles doivent mettre un chèque dans l'enveloppe et ça les bloque car elles doivent avancer les frais. Dans ce cas je suis presque heureuse qu'elles soient en CMU »*
- Le cancer est un cancer social et les personnes de milieux défavorisées, ne font pas le dépistage et n'ont pas de suivi gynécologique comme le médecin 11 *« Ce serait bien, je pense que c'est toujours les populations les plus favorisée qui font le dépistage »* ou le médecin 2 *« Inconsciemment on sélectionne des patientes. J'ai l'impression que je cible moins les femmes de niveau socio-économique élevé, je pense qu'elles ont un suivi gynécologique puisqu'elles savent qu'il y a un suivi à faire*
- *Alors que les patientes à bas niveau social où je me dis qu'elles ne vont pas se faire suivre je leur rappelle systématiquement.»*
- Les médecins 13 et 14 pensent qu'il faut le cibler sur les femmes de plus de 40 ans car l'incidence de la maladie est plus élevée à cet âge.

Il reste un des médecins qui pense que le dépistage de masse n'a pas d'utilité, *(médecin 1) « la question ne se pose pas, (…), je pense qu'avec la vaccination la prévalence de la maladie va diminuer et par suite la rentabilité du dépistage sera trop faible pour être retenue* »

VIII. DISCUSSION

A. Limites et forces de l'étude

1. Les difficultés de sélection

Compte tenu de l'orientation gynécologique de l'étude, il aurait été utile de pouvoir sélectionner les médecins généralistes pratiquant la gynécologie au cabinet. Mais cette sélection n'a pu être possible. L'absence d'information sur les pages jaunes et sur la plaque des médecins généralistes au sujet de leur formation et de leur pratique de la gynécologie ne nous permettait pas de faire cette sélection.

Devant la répétition des réponses négatives par certains médecins au téléphone, d'autres m'ont donné des numéros de confrères qui seraient intéressés par notre étude.

2. Biais déclaratif

Ce travail ayant pour objectif d'évaluer les obstacles à la bonne pratique des recommandations, il est possible que les médecins aient voulu dépeindre positivement la prise en charge des patients en matière de prévention.

3. Biais méthodologique liés à l'entretien

L'utilisation d'un cas clinique pour poser mes questions a pu empêcher le médecin de répondre spontanément. Ils auraient pu avoir l'impression d'être évalués. Le choix de la présentation d'un cas clinique visait à une mise en situation par l'entretien.

4. Biais méthodologique liés à l'interprétation

Ce travail correspond à une étude qualitative et l'analyse des données correspond à un codage des idées émergentes. Un thème soulevé par une personne peut passer inaperçu pour une autre. Pour limiter ce biais, les entretiens ont été codés par deux personnes différentes.

5. La force de l'étude

Beaucoup d'études se sont penchées sur le cancer du col de l'utérus, sur la vaccination et sur le frottis cervico-vaginal, mais aucune n'a encore évalué la chaine préventive entière, étape par étape, du cancer du col de l'utérus.

Ainsi grâce à plusieurs médecins qui ont accepté les entretiens, nous avons pu mettre en évidence, à chaque niveau de la chaine préventive, les obstacles rencontrés et les lister.

B. Correspondant en gynécologie

Pour aller dans le sens des réponses des médecins généralistes interrogés, la densité médicale française dans son ensemble et également dans l'Île de France est en baisse. Au 1er janvier 2009, on récence 2071 gynécologues médicales en France. Cela représente entre 1999 et 2009 une croissance de 16%. Alors pourquoi ce ressenti des médecins sur le manque de gynécologues médicaux ?

L'essentiel de cette hausse des effectifs de gynécologues a eu lieu de 1999 à2006, et doit être attribuée au passage d'une part des effectifs auparavant classés comme gynécologues obstétriciens à la gynécologie médicale, notamment entre 2004 et 2005**. [5] : globalement il ne s'agit donc pas d'une augmentation de l'offre.** Le nombre de gynécologues médicaux continue à diminuer par suite de l'interruption de la formation de gynécologues médicaux entre 1986 et 2003. Au total, l'évolution des effectifs entre 2008 et 2009 est de – 3.1%. Selon l'ONDPS, les effectifs actuels ne permettent qu'à un quart des femmes en âge de consulter d'avoir accès à leur spécialiste. Cette constatation se suffit à elle-même. **[20]**

La pénurie va continuer. Une projection en 2020 montre que plus de 60% des gynécologues médicaux partiront à la retraite.

Comment remédier à cette pénurie de gynécologues médicaux ?

- La formation des médecins généralistes à la gynécologie est donc une nécessité sanitaire. Il n'existe en Ile de France qu'un seul Diplôme Universitaire (DU) en

gynécologie-obstétrique, sous la direction du Pr Uzan à l'hôpital Tenon. Il forme 80 généralistes par an. La FMC permet également aux médecins généralistes intéressés par la gynécologie de se former. Il est regrettable que la maquette du DES de médecine générale en Ile de France impose aux futurs généralistes de faire un choix exclusif entre la pédiatrie et la gynécologie (en raison d'une offre de stage insuffisante dans les deux disciplines) : la moitié de chaque promotion environ doit négliger sa formation dans une des deux spécialités. Un certain rattrapage est possible en raison de la possibilité d'un stage libre en gynécologie, mais là encore l'offre est insuffisante. La possibilité, tant qu'il existe des gynécologues médicaux libéraux, de les associer comme maîtres de stage de médecine générale, doit probablement être promue. . Dans les cours théorique du DES de MG de Paris 7, il nous est proposé l'apprentissage au frottis, celui sur les IVG ainsi que le séminaire obligatoire sur la femme. Après avoir téléphoné aux autre DES de médecine générale, je me suis rendu compte que la formation théorique ne propose pas ou très peu de cours sur la gynécologie médicale, et il n'y a d'apprentissage des gestes techniques

- L'article 86 de la loi HPST (qui est devenu l'article L-4151-1 du code de santé publique) a ajouté à la définition du rôle des sages-femmes : « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». Le Conseil de l'ordre des médecins s'est élevé contre ce transfert, prétextant que la prise en charge de la patiente ne sera pas optimale.

Notre étude met en évidence l'obstacle financier du secteur 2. Hors, 59% des gynécologues d'Ile de France exercent en fait en secteur 1, d'après le comité de défense des gynécologues médicaux **[24]**, de même les gynécologues obstétriciens sont pour moitié en secteur 1. On note toutefois une diminution de 1.2% du taux de gynécologues obstétriciens en secteur 1 entre 2000 et 2006. **[25]**

C. La pratique de la gynécologie en médecine générale

Dans notre étude, les résultats ont montré que 8 des médecins interrogés pratiquent la gynécologie médicale dont (quatre hommes et quatre femmes). Dans une thèse évaluant la pratique en gynécologie obstétrique par les médecins généralistes, où 170 médecins ont été interrogés, seulement 62.7% de ces médecins pratiquent des actes de gynécologie-obstétrique. L'activité de gynéco-obstétrique de ces médecins ne dépasse les 10% de leur activité. . Les femmes font 12.6% d'actes gynécologiques contre 4.8% pour les hommes **[26].**

La part des femmes en médecine est passée de 24.5% en 1984 à 40.3% en 2010. **[27]** La médecine générale étant en voie de féminisation, nous pouvons donc supposer que le suivi gynécologique par les médecins traitants va augmenter (en 2020 on estime à 50% le taux de femmes dans la profession) **[28]**

Les raisons retrouvées de l'absence de pratique d'actes gynécologiques dans mon étude sont réparties de cette façon :

- Manque de temps (2 médecins)
- Manque de formation (1 médecin)
- Manque d'intérêt (1 médecin)
- Activité non rentable (1 médecin)
- Gynécologues de proximité (2 médecins)

- Laboratoires de proximité (2 des médecins)
- Le manque d'équipement adéquat (2 médecins)
- Le spéculum jetable est cher (2 médecins)

Dans la thèse citée ci-dessus **[26]**, on retrouve les mêmes raisons. On retrouve 30.5% des médecins interrogés se plaignent :

- 30.5 %de manque de temps,
- 23.1% de manque d'intérêt pour la gynécologie,
- 27.3% de manque de formation,
- 72.6% ont des gynécologues de proximité,
- et 26.3% de manque de demande

1. UNE ACTIVITE NON RENTABLE

Dans mon étude un seul médecin a revendiqué le manque de rentabilité de l'activité gynécologiques alors que l'on retrouve dans d'autres études plus de 10% des médecins généralistes qui réclament une revalorisation des actes de gynécologies notamment dû à l'augmentation du temps passer avec la patiente. Quelques actes de gynécologie sont cotés par l'Assurance Maladie au cabinet de médecine générale **[29]:** il s'agit du prélèvement cervico-vaginal rémunéré à 9,64 euros, la pose ou le changement de DIU rémunérés à 38,40 euros et la pose d'implants contraceptifs sous-cutanés rémunérée à 14,47 euros. Le frottis n'est pas rémunéré alors que les spéculums jetables sont chers (en moyenne à 1 euros). Hormis ces actes, aucune cotation n'a été prévue. Alors que la consultation chez le gynécologue et de 28 euros contre 23 euros chez le médecin généraliste, 52.9% des spécialistes font du dépassement d'honoraires contre 8.1% chez les médecins traitants.

Pour revaloriser la pratique d'actes gynécologiques en médecine général, il serait souhaitable de revaloriser les cotations par l'assurance maladie.

2. LE MANQUE DE TEMPS

L'argument sur le manque de temps signalé par deux des médecins s'associe également à une plainte générale : « le médecin généraliste ne peut pas tout faire » Effectivement les motifs de consultations en médecine générale sont souvent multiples et si la gynécologie s'y rajoute, le temps à parti y est très court.

Les médecins pratiquant la gynécologie en cabinet et ne se plaignant pas du manque de temps ont d'eux-mêmes trouvés une solution. Ils font revenir la patiente exclusivement pour une consultation de gynécologie. Le temps est ainsi mieux géré. Selon la DREES (Direction de la Recherche des Etudes des Evaluations et des Statistiques), le temps d'une consultation de gynécologie est de 20 minutes contre 16 minutes en médecine Générale. **[29]**

3. LE MANQUE DE FORMATION

Un des médecins de l'étude a évoqué ce sujet et a même insisté sur le fait qu'elle ne serait pas capable de faire de la gynécologie. La formation de ce médecin date des années 1980. Dans la thèse de Noémie Mauran **[30],** 80% des médecins interrogés étaient insatisfaits de leurs compétences pratiques. Certains médecins soulevaient le manque d'aisance dans certains gestes techniques tels que la pose et le retrait du stérilet, des dispositifs contraceptifs sous-cutanés implantables, ou même du frottis. Les médecins de mon étude ne pratiquant pas, ou pratiquant de manière exceptionnelle, la gynécologie sont pour la plupart des médecins généralistes thèsés dans les années 1980. Les médecins formés dans les années 1990-2000 se sentent capable de faire le suivi gynécologique, certains pour améliorer leurs connaissances ont passé le DIU (Diplôme Interuniversitaire) de gynécologie-obstétrique.

D. La vaccination anti-HPV

Dans notre étude on retrouve seulement 3 des médecins interrogés qui proposent systématiquement le GARDASIL® contre 9 qui ne le propose pas du tout.
Le GARDASIL® serait demandé d'après 7 des médecins par les parents contre 4 qui ont peur de faire vacciner leur fille.
Les arguments allégués contre le GARDASIL® ou CERVARIX® sont :

- manque de recul
- le frottis reste nécessaire malgré la vaccination.
- L'élimination de souches oncogènes peut en faire apparaître d'autres.
- Les effets secondaires ne sont pas encore compris
- Le vaccin est très cher

Dans les études menaient par les laboratoires GSK et Merck ont retrouvé une protection de 100% sur les CIN2/3 et AIS (Adénocarcinome In Situ), les cancers de la vulve (VaN2/3) et les cancers du vagin (VIN2/3) **[9].** Le livre « La piqûre de trop » **[31],** qui s'appuie sur différentes études et essais cliniques en les opposant aux études citées ci-dessus propose une toute autre lecture de ces résultats. L'auteur insiste sur la question de la durée d'évolution de l'affection. L'évolution naturelle de la maladie est de plus de 10 ans ce qui est un obstacle majeur à l'essai. Il existe également un biais éthique. On ne peut inclure des patientes atteintes de CIN2 nous serions dans l'obligation de la traiter. Le suivi à long terme de l'évolution de l'affection ne peut pas inclure tous les CIN. Le critère idéal aurait été d'inclure des CIN2 et CIN2+ pour évaluer l'effet du vaccin. Avec cette inclusion le taux de protection aurait été plus bas.

Une étude espagnole **[32]** a cherché à comprendre pourquoi la protection du vaccin se situait en deçà des attentes. Elle a montré que seulement 28.2% des femmes atteintes de CIN2 et

CIN3 étaient atteintes d'HPV 16 et HPV 18 et non pas 66% comme les études de GSK et MERCK l'ont montré.

Après la médiatisation des cas plusieurs jeunes filles ayant présenté des effets secondaires suite à la vaccination par GARDASIL®, le Haut Conseil de la Santé Public (HCSP) a émis un avis sur des données nouvelles susceptibles de remettre en cause la vaccination par GARDASIL®.

L'efficacité sur le terrain reste à ce jour difficile à démontrer du fait du temps nécessaire pour que la vaccination des jeunes filles ait un impact mesurable en termes de réduction de l'incidence des lésions précancéreuses dépistées. Toutefois, une équipe australienne a publié en juin 2011 les résultats d'une première étude comparant l'incidence des anomalies du col de l'utérus détectées avant et après le début du programme de vaccination HPV. La couverture vaccinale est évaluée entre 71 et 79 %. Il est observé une diminution significative de l'incidence des lésions précancéreuses de haut grade qui passe de 0,80 % à 0,42 % chez les jeunes filles âgées de moins de 18 ans.

Par ailleurs, une autre étude australienne réalisée dans huit dispensaires spécialisés dans les IST montre, après le démarrage des vaccinations, une baisse de 59 % du nombre de diagnostics de condylomes génitaux chez les jeunes femmes éligibles à la vaccination HPV. Cette même étude montre une diminution significative de l'incidence des condylomes génitaux chez les hommes hétérosexuels (non vaccinés), observation en faveur d'une immunité de groupe induite par une couverture vaccinale élevée et permettant une protection indirecte chez l'homme **[33].**

En ce qui concerne les effets indésirables secondaires à la vaccination, elle considère qu'il n'y a aucun signalement de pharmacovigilance dans les différents pays où le vaccin a été utilisé à la date du 31/08/2011. Aucun lien entre les réactions graves et le vaccin n'a pu être démontré. Et le nombre de manifestations auto-immunes recueillies est inférieur à celui attendu dans la population générale (<6 cas/1 000 000 pers). **[33] [41]**

Actuellement, la couverture vaccinale est égale voir supérieure à 80% dans les pays européens.

Une hypothèse a été évoquée par certains médecins contre le GARDASIL®, hypothèse en cours d'évaluation par le HCSP, l'émergence de souches oncogènes de remplacement. Une surveillance de l'écologie virale est en cours mais les données actuelles ne sont pas en faveur de nouvelles souches remplaçant la niche vacante.

Pour revenir sur un des derniers points évoqué par un des médecins contre le GARDASIL® et le CERVARIX®, leurs prix élevés. Actuellement le GARDASIL® est à 135.59 Euros dont 65% est remboursé par la Sécurité Sociale et le CERVARIX® est de 145 remboursé également à 65%.

E. La prévention MST

L'incidence de l'infection par le VIH ne diminue pas et l'épidémie aura bientôt 30 ans. Les différentes IST sont également en recrudescence depuis plus de 10 ans. Dans notre étude nous avons essayé de mettre en évidence des obstacles à cette prévention.

Pendant la consultation de médecine générale sur la contraception, 42% des médecins généralistes n'abordent pas spontanément la prévention des MST, mais dans l'ensemble 75% en parlent sans difficulté. 25% d'entre eux pensent que les jeunes filles de 16 ans sont au courant. Un des médecins suppose qu'elles vont au planning familial plutôt que de s'adresser au médecin de famille.

Les obstacles rencontrés par certains sont la relation mère-fille et les origines socio-culturelles de leur patientèle.

L'INPES a évalué les stratégies de dépistage des médecins généralistes. Ils déclarent à 59.1% proposer systématiquement le dépistage du VIH et sur la prévention de la vie sexuelle, ils sont 80% à l'appliquer (réparti à 35.9% à avoir répondu tout à fait et 43.8% plutôt). Pour plus de la moitié des médecins interrogés (58.7%), la prévention sur la vie sexuelle est un des thèmes les plus difficiles à aborder. La solution qui pourrait les aider serait un questionnaire préétabli.

Ce qui améliorerait les actes de prévention de manière générale, pour les médecins traitant, en premier lieu plus de temps pour 90% d'entre eux. Puis par ordre de priorité, ils souhaiteraient plus de campagnes de prévention, que leur rôle de prévention soit mieux reconnu, de meilleurs supports écrits, une formation continue dur le sujet, la possibilité de déléguer certaines activités et pour finir une rémunération spécifique **[34]**.

En ce qui concerne la connaissance des adolescentes, nous retrouvons dans une étude sur l'évaluation des connaissances des lycéens à ce sujet, que seulement 44.2% se sentent concernés par les MST. Plus de 80% ne connaissent pas les infections par Chlamydiae ni par Gonocoques. Et seulement 20% d'entre eux disent avoir été informé par le médecin traitant. **[35].** Ces informations ne sont pas en faveur d'une bonne connaissance des MST par les adolescentes, ni d'une bonne information par le médecin traitant. Certaines se sentent gênées pour en parler avec le médecin famille mais 70% d'entre elles pourraient en discuter avec lui. Il faut bien insister sur l'importance du secret médical.

Dans mon étude les médecins trouvent que la relation mère-fille peut déranger pour donner une bonne information, mais de manière générale les jeunes filles ne souhaitent pas avoir leur mère pendant cette consultation**. [35]**

Le problème des origines socio-culturelles qui font barrage à l'éducation sexuelle, a été confirmé par d'autres sources, tel que les plannings familiaux. Les jeunes filles d'origine surtout maghrébine, se présentent souvent en cachette aux plannings familiaux pour poser des questions sur la pilule, sur les grossesses et les MST. La famille ne doit pas être au courant, le thème de la sexualité est tabou. Ce qui explique les barrages rencontrés par certains médecins ne serait-ce que pour évoquer les vaccins anti-HPV**. [36]**

F. Le suivi de frottis

La stratégie de suivi des frottis appliquée par la plupart des médecins généralistes dans mon étude était d'adresser la patiente à un gynécologue face à toute anomalie des frottis quelle qu'elle soit. Les recommandations indiquant pourtant que dans ce cas il est légitime de répéter le frottis à 6 mois et un an, stratégie qui pourrait parfaitement être appliquée par le médecin généraliste.

Ils sont également 8 médecins à rappeler de faire le frottis tous les 2 ans, au lieu de tous les 3 ans selon les recommandations de la HAS.

G. Le dépistage de masse

Dans mon étude, à la question : « Êtes-vous pour un dépistage de masse ? » 11 des médecins interrogés ont répondu OUI, soit 11 médecins sur 13. Les médecins avec une réponse négative, pensent soit que les gynécologues s'en occupent, soit que le cancer est d'origine social et que le dépistage de masse ne changera rien.

Effectivement, en Île de France, 96% des frottis sont réalisés par des gynécologues et 4% par des généralistes. Le rôle prédominant des gynécologues dans la pratique des frottis, relance la question d'inégalités d'accès aux soins et du manque de gynécologues médicaux. **[37**] Nous avons pu constater dans cette étude que plusieurs médecins préféraient envoyer leur patiente à l'hôpital à cause des honoraires des gynécologues ainsi que du délai d'attente.

Le cancer du col de l'utérus est bien un cancer social. Le taux de couverture actuel est de 56.6% **[39],** alors que le nombre de frottis pratiqué par an est de 5 800 000 **[37].** Ce nombre de frottis pourrait couvrir toutes la population cible sur 3 ans. Deux constations sortent de ses chiffres :

- Les personnes avec un faible niveau socio-économique se font moins dépister **[38]**
- A partir de 50 ans les femmes se font moins dépister (42%). **[39] [42]**

L'intérêt du dépistage de masse est de lutter contre ces inégalités d'accès aux soins.

Le dépistage organisé du cancer du col par frottis cervico-utérin a été recommandé en France dès 1990 lors de la conférence de consensus de Lille. Il a également été recommandé en 2003 par le Conseil de l'Union européenne. Sept pays Européen ont déjà mis en place le programme de dépistage organisé (L'Allemagne, La Suède, Le Danemark, La Finlande, L'Islande, Le Royaume Uni et La Norvège). Le dépistage de masse dans ses pays a permis une réduction de mortalité de ce cancer de 80%. **[37]**

En France, cinq départements ont mis en œuvre un dépistage organisé. On observe un meilleur suivi des femmes en général, et des femmes avec frottis anormaux. Une étude a montré un impact positif du taux de couverture de plus de 5% et un impact significativement positif chez la femme de plus de 50 ans de plus de 8.5%, **[39]**ceci grâce à un système de relance pour aller faire son FCV.

Une modélisation économique met en évidence une diminution de la dépense de l'assurance maladie. Dans le cas du dépistage individuel, l'Assurance Maladie dépense 332 millions par an (en comptant le coût du dépistage et celui des soins des lésions cancéreuses et précancéreuses). Dans le cadre du dépistage organisé elle n'aurait plus qu'à dépenser 225 millions d'euros, soit 107 millions de moins que dans le dépistage individuel. Les chiffres d'incidence du cancer du col retenus dans cette étude sont les chiffres actuellement disponibles, qui ne tiennent pas compte de la réduction de l'incidence du cancer du col liée à la vaccination. Une étude plus poussée est donc nécessaire avec une projection de l'incidence attendue. Il est certain qu'en deçà d'un certain niveau d'incidence du cancer du col, l'intérêt médico économique de son dépistage devra être remis en cause.

Le dépistage organisé, d'après la même étude, aurait également un impact positif sur la couverture par FCV des femmes bénéficiant de la CMU et CMUc, pour le ramener au taux de couverture de la population générale.

Suite les dernières recommandations de la HAS, la mise en place d'un système de relance des femmes n'ayant pas pratiqué leur FCV dans l'intervalle indiqué, recevront une lettre de relance. Un système de dépistage organisé serait en train de se mettre en place. **[39]**

IX. CONCLUSION

Lors de cette étude les médecins ont évoqué différents freins à chaque étape de la stratégie préventive.

En ce qui concerne la prévention primaire, c'est-à-dire la vaccination anti-HPV et la prévention MST, on retrouve comme obstacles principaux : la difficulté d'aborder ces sujets avec les parents, la difficulté d'aborder ce sujet pour certains médecins, les origines culturelles, l'opposition de certains médecins et de certains parents à la vaccination, le manque d'information des jeunes filles.

Pour la pratique du FCV et son suivi, les freins étaient les suivants : le manque de temps, le manque de formation, l'absence de rémunération, un matériel inadéquate ou trop cher.

Plusieurs solutions sont ressorties entre les réponses des médecins et les différentes recherches effectuées.

Pour améliorer la prévention MST par les médecins , il faudrait plus de support écrit dans la salle d'attente et plus d'informations liées au grand public pour expliquer aux jeunes patientes qu'elles peuvent aborder ce sujet avec leur médecin généraliste. Cette consultation reste sous le cadre du secret médical. La consultation devra être faite dans le cadre d'une consultation de prévention, il ne devra pas y avoir d'autre motif qui se rajoute à cet entretien. Un questionnaire préétabli pourrait les aider à ne pas oublier de points important.

La vaccination devrait être proposée systématiquement par chaque médecin. Une information claire devra être donnée aux parents et aux jeunes filles qui décideront par eux-mêmes s'ils

souhaitent se faire vacciner. Il ne faudra pas omettre de dire que le frottis reste nécessaire dans le cadre du dépistage.

Le nombre de frottis et leur suivi devront être améliorés par une formation continue. La pratique du FCV se fera lors d'une consultation dite « de gynécologie » seule et ne devra pas se faire en rajout de toutes les autres demandes des patients en fin de consultation. Cette consultation pourrait présenter un acte en plus à coder dans les honoraires de façon à permettre aux médecins de pourvoir s'installer de façon correct pour faire les suivis de gynécologie médicale.

Il serait intéressant de faire une étude quantitative sur le sujet pour compléter celle-ci, pour confirmer les freins déjà rencontrer et peut-être en mettre d'autres en lumière de façon à être optimal dans la prise en charge préventive du cancer du col de l'utérus.

X. Bibliographie

1. HAS, Bon Usage de Médicament : Quelle place pour le vaccin papillomavirus (GARDASIL®) dans la prévention du cancer du col de l'utérus

2. **La société canadienne contre le cancer** http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/types%20of%20cancer/causes%20of%20cervical%20cancer.aspx?sc_lang=fr-CA

3. Plan Cancer 2009-2013 **Aucune source spécifiée dans le document actif.**Rapport du Pr Grunfeld : « recommandations sur le plan cancer 2009 - 20013 http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/rapport_grunfeld_104pges_srm_mars_2009_v3.pdf

4. **Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011 (ONDPS)**

5. **Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus (actualisation 2008)** http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf

6. **Réalités en Gynécologie-Obstétrique N°116 décembre 2006. Histoire naturelle des néoplasies intraépithéliales du col utérin et HPV génitaux. De X. Sastre-Garau (département de biologie des tumeurs, institut Curie Paris)**

7. **Centre International de recherche contre le cancer, OMS, Groupe de dépistage.**

8. **Julia M L Brotherton, Masha Fridman, Cathryn L May, Genevieve Chappell, A Marion Saville, Dorota M Gerti Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study, Lancet. 2011 Jun 18;377(9783):2085**
9. **De villiers. E.M., et Col. Classification of papillomaviruses. Virology, 2004 – 324 (1) : 17-27**
10. **THESE sur GARDASIL® de Frederic Oiry à Nantes soutenue le 25 novembre 2008**
11. **HAS. Quelle place pour le vaccin anti papillomavirus (GARDASIL®) dans la prévention contre le cancer du col de l'utérus ?**
12. **CERVARIX® & GARDASIL® New Studies Reported at the International Papillomavirus Conference at Malmo, Sweden**
13. **AVIS DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC : LES VACCINS CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN** http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/795_Avis_vaccins_papillomeHumain.pdf
14. **Recommandation du Collège de la Haute Autorité de Santé** http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandation_college_has_CERVARIX®_170408.pdf
15. **HAS. GARDASIL® : Fiche BUM**
16. **InVS communiqué de presse** http://www.invs.sante.fr/fr/Espace-presse/Communiques-de-presse/2010/Progression-des-infections-a-gonocoque-en-France
17. **BEH 05 juillet 2011 : Progression importante des infections à gonocoques en France : données des réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009**
18. **BEH 05 juillet 2011 : Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données Rénachla (2007-2009)**

19. **BEH 05 juillet 2011 : La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans 2000-2009**
20. **Groupe de dépistage du CIRC : OUTLOOK Volume 23 Numéro 1 juin 2007, Prévention du cancer du col de l'utérus des possibilités jamais vues pour une meilleur santé de la femme**
21. **HAS Actualités & Pratiques – N° 26 – Février 2011 Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national**
22. **ANAES : recommandation pour la pratique clinique : Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002**
23. ***Introduction à la recherche qualitative, Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F***
24. ***Comité de défense de la gynécologie médicale. Entrevue au ministère 15/03/2011*** *http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=121*
25. ***Point de repère décembre 2008. Démographe et honoraires des médecins libéraux en 2006***

    http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/MAQUETTE_23_MEDECINS_LIBERAUX_2006_.pdf
26. ***DIAS Sabrina. Etats des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique en médecine générale. Paris janvier 2010***
27. *IRDES Démographie et activité des professionnels de santé MAI 2011*
28. *Cohen J., MADELENAT P., LEVY TOLEDANO R., Gynécologie et santé des femmes quel avenir en France ? Etats des lieux et perspectives en 2020. Paris. Juin 2000*

29. ***LE FUR P., BOURGUEIL Y., CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IRDES. Questions d'économie de la santé. Juillet 2009 ; n°144 : 1.***

30. ***MAURAN N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique. Thèse de médecine générale, Bordeaux, 2006, 70p.***

31. ***La piqûre de trop de CATHERINE RIVA ET JEAN-PIERRE SPINOSA ; édition Xénia***

32. ***Haut Conseil de la santé publique AVIS relatif au vaccin GARDASIL®®et à la stratégie de prévention globale des cancers du col de l'utérus 21 octobre 2011***

33. ***Arnault GAUTHIER ; Nora BERRA BAROMETRE SANTE MEDECINE GENERAL 2009.*** *www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue*

34. ***Sophie TORTYUAUX-JULIAC. 2011 ; Evaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale.***

35. ***Sexualité sous le signe de l'angoisse. Planning familial de Grenoble. Anne LEBELLE, Spirale-revue***

36. ***Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France, Institut National Du cancer, mars 2007***

37. ***Inégalités sociales de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus, données réactualisées en 17/10/2011 ; InCa***

38. ***Taux de couverture par frottis-cervico-utérin chez les femmes en France par tranche d'âges, période 2006-2008 ; InCa. Données réactualisées en 17/10/2011.***

39. ***HAS ; Etats des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations juillet 2010.*** *http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf*

40. *Collège national des gynécologues obstétriciens français. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale volume 2008, publié le 03/12/2008*

http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GM_553_gavillon.pdf

41. *CMAJ September 9, 2008 vol. 179 no. 6 First published September 1, 2008, doi: 10.1503/cmaj.080916 Anaphylaxis following quadrivalent human papillomavirus vaccination. Julia M.L. Brotherton MD MPH, Mike S. Gold MD, Andrew S. Kemp MD PhD, Peter B. McIntyre MD PhD, Margaret A. Burgess MD, Sue Campbell-Lloyd RN, on behalf of the New South Wales Health HPV Adverse Events Panel*

42. *CFP, janvier 2012. Sociodemographic factors associated with cervical cancer screening and follow-up of abnormal results. Laurie Elit, Monika Krzyzanowska, Refik Saskin, Lisa Barbera, Asma Razzaq, Aisha Lofters, Naira Yeritsyan, and Arlene Bierman.*

ANNEXES

- Guide d’entretien
- Dépouillement des entretiens
- Tableau des entretiens
- Résumé

GUIDE D'ENTRETIEN

1ère partie : Présentation de l'enquêteur, de l'enquête, de l'enquêté

(Phase d'établissement de la relation interviewé/interviewer)

3 temps : → **PRESENTATION DE L'ENQUETEUR**

(Nom, prénom, faculté de rattachement, position actuelle dans le cursus des études médicales)

→ PRESENTATION DE L'ENQUETE :

L'étude s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine.

L'étude :

-**THEME** : cette étude s'intéresse à la stratégie de dépistage en médecine générale du cancer du col de l'utérus. Cette stratégie va me permettre d'évaluer 3 points :

- La vaccination HPV
- La prévention des MST
- Le dépistage par frottis cervico-vaginale

- METHODE : Pour évaluer correctement ces 3 points, je vais interviewer des médecins généralistes choisis au hasard dans les pages jaunes dans des conditions différentes de travaille.

Il va s'agir d'entretien semi-directif présenté comme un cas clinique avec des questions ouvertes qui seront affinées pendant l'entretien. L'entretien de devra durer que 15 min, il sera enregistré et retranscrit. Les données collectées seront anonymes.

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

1. Etes-vous un homme ou une femme ?
2. Lieu d'exercice rural semi rural urbain
3. Mode d'exercice ?

4. Date de thèse
5. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ?
6. Secteur d'exercice 1-2
7. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ?
8. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients?

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

1 Que faites-vous pendant cette consultation ?

2 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

1- Avez –vous l'habitude de faire de la prévention au sujet des MST ?

2- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites ?

3- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

1- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?
   a. Si oui par quel moyen (fiches, système informatique de rappel) ?
   b. Si non pour quelle raison ?
2- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?
   a. Si non qu'est qui vous en empêche ?
   b. Si oui Comment vous organisez vous ?

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ?

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ?

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ?

Que pensez-vous de GARDASIL® ?

GUIDE D'ENTRETIEN n°1

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

9. Etes-vous un homme ou une femme ? **un homme**
10. Lieu d'exercice **urbain**
11. Mode d'exercice ? **Libéral**
12. Date de thèse. **1983**
13. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **4 dans le 18 ème**
14. Secteur d'exercice **2**
15. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **oui**
16. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients**?** **informatique**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

3 Que faites-vous pendant cette consultation ?

Je vérifie 3 points par rapport au calendrier vaccinal. Si les jeunes femmes ont eu leur deuxième injection de la rubéole, je refais le point sur la méningite, pour un rattrapage éventuel ainsi que pour l'hépatite B et bien sûr j'aborde la question du vaccin anti HPV. J'ai l'impression que le vaccin anti-HPV ne pose pas de problème lors de cette consultation, il est plutôt bien accepté par les mamans, c'est plutôt le vaccin contre l'hépatite B qui pose toujours problème auprès des parents.

Si c'est une patiente d'origine africaine, je demande si sa fille a été excisée, même si je n'en vois plus beaucoup.

4 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ? **oui**

5 Est-ce que les mères demandent la vaccination HPV ou les filles ?

Oui, il y a des mamans qui demandent elles-mêmes la vaccination anti-HPV. Par contre il n'est pas courant que ce soit les jeunes filles de 14 ans qui le demandent en consultation. Je n'ai pas le sentiment que quand je les vois seule. C'est pas très courant les consultations d'adolescentes, enfin si pour faire le point sur les derniers vaccins, mais elle ne parle pas de la vaccination anti HPV.

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

4- Que faites-Vous pendant la consultation ?

Ce que je vais faire pendant cette consultation, et je pense que je ne fais pas tout bien, car ce genre de consultation est très longue, alors je vais commencer par répondre à leur question et je vais finir par oublier la suite du coup je pense que je ne fais jamais bien la consultation contraception. J'ai particulièrement du mal avec le préservatif, je leur dit qu'il faut en mettre. Je ne suis pas particulièrement à l'aise avec la démonstration du préservatif, j'ai toujours tendance à penser que les toutes les jeunes filles savent et puis je suis gêné. J'en parle de façon théorique, « mettez des préservatif »

Les consultations de contraceptions c'est globalement des consultations de demandent de pilules. Je commence par essayer de savoir si elles ont déjà eu des rapports si les rapports ont été protégés, en générale je trouve que les rapports n'ont pas été protégés ou plutôt mal, de façon inconstantes.

Je trouve que le premier rapport dans le quartier où je suis, les jeunes filles le font plus pour faire plaisir.

L'autre question dans ce type de consultation est les ist, et je trouve que les jeunes filles viennent trop tôt demander la pilule pour ne plus mettre le préservatif sans se poser la question des ist. C'est assez difficile de leur dire de faire une sérologie, de leur dire de faire faire une sérologie à leur copain Je trouve que c'est des gens trop jeunes pour tout ça. Ils sont trop jeunes pour leur dire : « je vais te prescrire une sérologie puis tu vas dire à ton copain t'en faire une, tient je vais t'en prescrire une pour ton copain aussi … » le résultat c'est que je ne revois jamais la sérologie prescrite et je ne vois jamais le copain arrivé. Je ne sais pas comment il faut faire. J'ai l'impression que les sérologies ne sont globalement pas faites. Je pense que ma méthode n'est pas bonne.

J'ai l'impression que ma prévention MST n'est pas très efficace.

C'est une consultation très technique sur la pilule. Assez long et difficile à expliquer techniquement et du coup ça embolise la consultation

Difficulté à parler des frottis, à 16 ans je n'ai pas tendance à en parler, déjà je n'examine jamais les gamines. Je leur explique qu'un jour elles auront

Je crois que ce que j'oublie c'est de reparler de la vaccination anti –HPV.

Les filles ne reviennent pas quand elles ont leur pilule. J'aimerais avoir plusieurs consultations pour ce truc-là. J'aimerais bien pouvoir consacrer une consultation à la prévention MST et une autre à la contraception. Et comme je suis gêné par le temps, je parle donc beaucoup de la contraception, je n'ai pas beaucoup de temps pour parler des MST et je dis juste qu'il faut continuer le préservatif parce que j'ai peur qu'elle arrête. Le GARDASIL® passe facilement à l'as

5- Avez –vous l'habitude de faire de la prévention au sujet des MST ?

6- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites ? **Je ne peux pas répondre car je trouve que ces consultations ne se ressemblent pas**

7- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

Ce qui est particulier c'est que les filles ne reviennent pas une fois qu'elles ont la pilule sauf éventuellement pour le renouvellement. Mais globalement, j'aurais envie d'avoir plusieurs consultations pour ce sujet. Une consultation pour la contraception et une autre sur les MST, j'ai un manque de temps.

Le GARDASIL® passe à l'as devant l'importance du sujet de la contraception.

Je leur dit par contre systématiquement qu'il faut garder le préservatif

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

3- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?

C'est facile, oui. C'est une question que je pose systématiquement pour les nouvelles patientes. Les patientes que l'on connait depuis longtemps, on est parfois moins attentif. Pas de stratégie systématique pour le suivi gynécologique.

a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ?

Informatique mais je ne re-contrôle pas beaucoup ses informations. Je pose la question systématiquement du frottis

b. Si non pour quelle raison ?

4- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ?

b. Si oui Comment vous organisez vous ? **oui la patiente envoie son enveloppe**

Le laboratoire fournit le matériel. Le speculum jetable est une bonne invention au début je trouvai ça un peu cher mais maintenant je trouve ça plus simple

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpingienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ?

Quand c'est une lésions de bas grade je mais un antiseptique local et je leur dit de revenir un mois après et on refait un frottis

Si c'est une lésion de haut grade, j'adressais les colposcopies à une personne qui a pris sa retraite et depuis je ne sais plus à qui adresser

Les femmes sont moins inquiètent que pour le cancer du sein. Je pense qu'ils devraient y avoir des termes moins techniques, pour que les femmes comprennent et s'inquiètent plus. Les anomalies du frottis ne les inquiètent pas.

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous le nombre du cancer du col de l'utérus en France **? Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **La question ne se pose pas depuis la vaccination HPV. C'est un cancer social, clairement c'est les personnes riches qui se font trop dépister, tandis que les patientes de niveau sociale bas ne se font pas de frottis.**

Il y aura une incidence sociale de la maladie. Les personnes à bas niveau sociale ne se feront pas vacciner

Que pensez-vous du GARDASIL® ?

GUIDE D'ENTRETIEN n°2

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

17. Etes-vous un homme ou une femme ? **Femme**
18. Lieu d'exercice. urbain
19. Mode d'exercice ? **libéral**
20. Date de thèse **2000**
21. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ?
22. Secteur d'exercice **1**
23. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **oui**
24. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Système informatique**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

6 Que faites-vous pendant cette consultation ?

Je la pèse, la mesure, je l'examine, cœur poumon, rachis, membre inferieur, je demande le carnet de santé, je vérifie les vaccinations, je lui demande si elle a ses règles. Et en fonction des vaccins je propose.

7 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ? **oui si la vaccination n'est pas entamée, je la propose à toutes les jeunes filles de 14 ans. Souvent les mamans demandent la vaccination et les jeunes filles sont au courant et en parlent également**

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

8- Que faites-vous pendant la consultation ?

9- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites ? **Oui, c'est indispensable, je la fait assez facilement et je n'ai aucun problème pour en discuter**

10- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

5- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?

   a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ? **Oui si elle le souhaite, je fais les frottis. Je travaille avec un laboratoire qui me fournit le matériel. Je fais des frottis à la spatule d'Ayre.**

   b. Si non pour quelle raison ?

6- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

   a. Si non qu'est qui vous en empêche ?

   b. Si oui Comment vous organisez vous ? **J'informe la patiente avant que je reçois les résultats et que je la contacte s'il y a des anomalies.**

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpingienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? **Pour un résultat normal, la fréquence des frottis se fait à un an après le premier frottis puis tous les 2 ans**

Si c'est un bas grade, je lui re-contrôle à 6 mois. Si c'est un haut grade j'adresse la patiente au gynécologue pour un avis de colposcopie

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ? **Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ? **Tabac, partenaires multiples, rapport non protégés**

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **C'est une bonne idée. Quand on fait un audit de sa propre pratique, inconsciemment on sélectionne des patientes. J'ai l'impression que je cible moins les femmes de niveau socio-économiques élevées, je pense qu'elles ont un suivi gynécologique puisqu'elles savent qu'il y a un suivi à faire**

Alors que les patientes à bas niveau sociale où je me dis qu'elles ne vont pas se faire suivre je leur rappelle systématiquement.

GUIDE D'ENTRETIEN n°3

1ère partie : Présentation de l'enquêteur, de l'enquête, de l'enquêté

(Phase d'établissement de la relation interviewé/interviewer)

3 temps : → **PRESENTATION DE L'ENQUETEUR**

(Nom, prénom, faculté de rattachement, position actuelle dans le cursus des études médicales)

→ PRESENTATION DE L'ENQUETE :

L'étude s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine.

L'étude :

-**THEME** : cette étude s'intéresse à la stratégie de dépistage en médecine générale du cancer du col de l'utérus. Cette stratégie va me permettre d'évaluer 3 points :

- La vaccination HPV
- La prévention des MST
- Le dépistage par frottis cervico-vaginale

- METHODE : Pour évaluer correctement ces 3 points, je vais interviewer des médecins généralistes choisis au hasard dans les pages jaunes dans des conditions différentes de travaille.

Il va s'agir d'entretien semi-directif présenté comme un cas clinique avec des questions ouvertes qui seront affinées pendant l'entretien. L'entretien de devra durer que 15 min, il sera enregistré et retranscrit. Les données collectées seront anonymes.

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

25. Etes-vous un homme ou une femme ? **femme**
26. Lieu d'exercice. **Semi rural**

27. Mode d'exercice ? **libéral**
28. Date de thèse **1986**
29. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **il n'y en a plus. il y en avait 3 un qui sont parti à la retraite, une qui ne prend plus de nouveaux patients et un autre qui est malade. Dur dur les gynécologues. Du coup j'adresse à l'hôpital de Sèvres**
30. Secteur d'exercice 1-2 **secteur 1**
31. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **je n'en ai plus**
32. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients**? Système informatique et fiches, mais surtout des fiches, moi le système informatique je ne suis pas fan**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivez depuis sa naissance.

8 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je fais le point sur ses vaccins et je parle de la vaccination GARDASIL®. J'en parle surtout avec sa maman, une première fois. je donne un petit papier. Ca dépend si elle est infantiliser ou pas par sa mère. Si non je lui demande d'en parler à ses copines.**

C'est très rare que ce soit les mamans qui m'en parlent. Parfois c'est les gamines de 15 -16 ans qui m'en parlent.

9 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

11- Que faites-vous **? Je lui par du vaccin, des préservatifs, de contraception, des maladies et tout ça.**

12- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites **? si la jeune fille est réceptive je lui parle d'autres maladies que le sida et que le préservatif ne protège pas que des grossesses**

13- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ? **Non je n'aborde pas facilement le sujet, il y a des filles qui ne sont pas réceptives, parfois il y a des filles à 16 ans qui viennent avec leur maman systématiquement. J'ai même des fois des mères qui m'interrompent quand je parle du vaccin GARDASIL. Je ne l'ai fait pas sortir**

Je ne vaccine pas beaucoup contre HPV, j'en fais un par semaine

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

7- Vous assurez-vous que la patiente ait un suivi gynécologique ?

   a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) **? Oui, je reprends les antécédents, mais je n'insiste pas**

   b. Si non pour quelle raison ?

8- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

   a. Si non qu'est qui vous en empêche **? non, je n'ai pas le matériel pour, je n'ai jamais appris à faire des frottis et je n'ai pas trop envie, je n'ai pas l'impression d'en être capable**

   b. Si oui Comment vous organisez vous ?

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpingienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ?

Je l'envoie vers le gynécologue pour chaque type d'anomalies. Pour les ASCUS, je lui refais faire le frottis à partir de 2 mois

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous le nombre de nouveaux cas du cancer du col de l'utérus en France ? **Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus **? Tabac, multipartonariat**,

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Oui c'est une bonne idée mais ça s'adressait à une personne plus âgée. Il faudrait commencer à quel âge ?**

Que pensez-vous du GARDASIL® ? **C'est un bon vaccin, mais je ne sais pas lequel et le mieux avec le cervarix. J'ai lu un article qui nous informe que le cervarix protège mieux**

GUIDE D'ENTRETIEN n°4

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

33. Etes-vous un homme ou une femme **?homme**
34. Lieu d'exercice. **Semi rural**
35. Mode d'exercice ? **libéral**
36. Date de thèse **1985**
37. Secteur d'exercice 1-2 : **secteur 1**

38. Avez- vous des correspondant gynécologues à qui envoyer vos patientes ? **à l'hôpital d'Antonny, il y a des gynécos dans le quartier mais il y a de l'attente pour les rendez-vous et sont en secteur 2**

39. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Système informatique**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

10 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je la vaccine. Je regarde son carnet de santé, je regarde l'hépatite B, et je parle avec les parents du GARDASIL®. Ca dépend du contexte. Je le propose systématiquement, de toutes façon ce n'est pas dangereux, ça ne dispense pas du frottis. Je ne vaccine pas forcement à 14 ans ça peut être 15 16 ans**

Il y a des parents qui refusent. Parfois c'est des mamans qui viennent demander

11 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

14- Que faites-vous **? je lui propose la pilule, je demande un bilan, je regarde les vaccins, et je lui re-propose le vaccin anti-HPV si elle ne l'a pas eu.**

15- Abordez-vous les MST ? **Je leur parle du préservatif. Et je propose un bilan MST, je ne veux pas agresser la patiente**

16- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

9- Vous assurez-vous que la patiente ait un suivi gynécologique ? **Oui, je pose la question aux femmes, moyen de fiche pour se le rappeler sur le logiciel et je note quand elles ont eu leurs frottis.**

   a. Si oui par quel moyen ?

   b. Si non pour quelle raison ? **si vous venez me voir avec une angine et que je vous connais pas je ne poserai pas la question**

10- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

   a. Si non qu'est qui vous en empêche ? **non je ne le fais plus, je le faisais avant mais je ne le fais plus. Ça me casse les pieds. Ça prend du temps, je ne suis pas installer pour, je n'ai pas de table gynécologique, ça prend du temps, c'est difficile de tout faire. L'examen gynéco prend au moins 30 min. Je ne veux pas être purement vénal mais ce n'est pas rémunéré.**

   Le problème de le faire faire au labo, c'est la qualité du frottis.

   a. Si oui Comment vous organisez vous ?

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpingienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? **Devant une anomalie du frottis, je les envoie chez le gynécologiques. Je sais plus ce qu'on fait maintenant**

Je propose les frottis tous les 2 ans. Les femmes quand on les interroge soit elles ne le font pas assez soit elles le font trop souvent. Il faut leur dire tôt pour qu'elle le fasse au bon moment.

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous le nombre de cancer du col de l'utérus en France ? **Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Pourquoi pas, il faut savoir qu'il y a des femmes qui ne voient jamais de** médecins.

Que pensez-vous de GARDASIL® **? C'est un plus mais ça ne suffit pas. D'ailleurs si toutes les femmes faisaient leur frottis on n'aurait pas besoin du vaccin. Entre parenthèse, il faudrait vacciner les hommes parce que je trouve ça un peu débile, on sait que les hommes sont plutôt multipartenaires et trimbale le virus HPV si on voulait être plus efficace il faudrait vacciner les garçons aussi.**

GUIDE D'ENTRETIEN n°5

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

40. Etes-vous un homme ou une femme ? **femme**
41. Lieu d'exercice **urbain**
42. Mode d'exercice ? **Liberal**
43. Date de thèse **1985**
44. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **Plusieurs correspondants gynécologiques à qui envoyer mais ça se raréfie. Dans le quartier il y en a un.**
45. Secteur d'exercice **1**

46. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? informatiques

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

12 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je ne veux pas vacciner les filles de 14 ans contre le papillomavirus sauf sur demande parentale. Je trouve ça prématuré. Je le fais par éthique. Je n'ai pas envie de donner l'autorisation de coucher à une fille de 14 ans. Je vaccine si elles ont débuté leur sexualité.**

Il n'y a pas beaucoup de mamans qui viennent demander la vaccination.

Quand les mamans me demandent ce que j'en pense, je leur dit que premièrement c'est contraire à mes principes, que deuxièmement on n'a pas encore suffisamment de recul que troisièmement ça ne protège pas contre tous les cancers du col de l'utérus et si une jeune fille prend ses précautions ou en se protégeant ou en ayant pas de relation je ne vois pas comment elle pourrait attraper le cancer du col de l'utérus. Mes filles ne sont pas vaccinées par exemple.

13 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

17- Que faites-vous pendant la consultation ? **je lui propose toutes les contraceptions possibles, si elle veut prendre la pilule, je lui fais faire une prise de sang avant et voilà.**

18- Abordez-vous les MST ? **Si mais en général elle m'en parle. Moi je leur en parle dans le cadre du préservatif qui je pense doit être mis malgré la contraception.**

Non je ne reparle pas du vaccin à moins qu'elle m'en reparle. Je parle du chlamydiae, gonocoque, mycoplasme.

19- (Si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

11- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ? **oui système informatique**

b. Si non pour quelle raison ?

12- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ? **je préfère qu'elle fasse suivre par un gynécologue quand je l'ai connu jeune. Je leur rappel de faire le frottis régulièrement.**

a. Si non qu'est qui vous en empêche ? **Le laboratoire m'a fait comprendre qu'il préférait faire les frottis et pour des raisons de bonnes entendes j'ai préféré ne pas les faire. ce n'était pas indispensable pour moi.**

b. Si oui Comment vous organisez vous ?

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (Une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? **En fonction de lésions j'adresse pour une colposcopie puis à un gynécologique. Si c'est des lésions inflammatoires je refaits un frottis à 3 mois.**

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous le nombre de nouveaux cas du cancer du col de l'utérus en France ? **Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ? **Non**

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Très bien**

Est-ce que vous croyez en GARDASIL®? **Pas vraiment, il n'y a que 4 souches virales, est ce qu'il ne faudrait pas attendre d'avoir un vaccin plus polyvalent, et vacciner plus tard vers 16 -17 ans. Il y a quelque chose qui m'arrête dans ce vaccin**

GUIDE D'ENTRETIEN n°6

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

47. Etes-vous un homme ou une femme ? **femme**
48. Lieu d'exercice **semi rural**
49. Mode d'exercice ? **libéral en cabinet de groupe**
50. Date de thèse **1991**
51. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier **? une pmi dans le quartier avec des gynécos, un planning familial, sinon les gynécologues ne sont pas dans le quartier et sont en secteur 2. Moi j'adresse plutôt à l'hôpital Courcourones, les gynécos sont en secteur 1**
52. Secteur d'exercice **1**
53. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Système informatique en réseau**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

14 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je la pèse je la mesure, je lui prends la TA, je lui parle des règles. J'aborde le sujet de la sexualité, en fonction des mamans. C'est un peu compliqué dans le quartier car on ne doit pas avoir de rapport sexuel avant le mariage. Moi je n'ai pas de prescription de pilule à cet âge-là. Je ne prescris pas le GARDASIL® ni le CERVARIX. J'ai eu une formation sur laquelle il disait qu'il y avait des problèmes et pour le dépistage du cancer le frottis était beaucoup plus efficace que la prévention par le vaccin. Quelle est l'intérêt de faire le vaccin puisqu'il faut continuer de faire les frottis. On n'a pas de recul sur les effets du vaccin, on ne sait pas s'il faut revacciner. On ne sait pas s'il y a des papillomavirus qui vont devenir potentiellement oncogènes et ceux qui sont actuellement oncogènes vont disparaître. S'il y a des mamans qui veulent le faire je le fais. J'ai souvent des adolescentes qui viennent avec le vaccin en poche prescrite par un autre médecin, je le fais, mais je ne le propose pas.**

15 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

20- Que faites-vous ? **je parle de la contraception et je parle du préservatif en premier en parlant des MST, je peux lui proposer une pilule surtout si elle a des douleurs pendant les règles, ça a un intérêt. C'est une sécurité par rapport aux grossesses, mais de toutes façon à partir du moment où on n'a pas un petit copain régulier il vaut mieux utiliser les préservatifs. Et que le jour où on enlève le préservatif il faudra faire un dépistage des MST**

21- Abordez-vous les MST

22- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ? **Ce n'est pas simple à aborder, car elles viennent accompagnées des mamans et elles n'acceptent pas que leurs filles aient un rapport avant le mariage, donc c'est un**

peu compliqué même de faire sortir les parents. Je ne fais pas d'examen gynéco puisqu'il n'y a pas eu de rapport. J'en parle parfois au moment du rappel du DT polio, c'est l'occasion d'en reparler mais je ne creuse pas.

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

13- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ? **Je lui demande si elle a eu des rapports, parce que ça arrive qu'elle n'ait pas de rapport à 26 ans ici. Je lui demande si elle a une contraception ou pas, si elle a déjà eu des infections gynécologique ou pas, si elle a déjà eu des frottis ou pas. Si elle n'est pas suivie, je lui propose de la suivre et de revenir pour un examen gynécologique. Moi je fais un frottis dans l'année qui suit le premier rapport sexuel**

b. Si non pour quelle raison ?

14- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ?

b. Si oui Comment vous organisez vous ? **Je demande à la patiente de revenir pour une consultation gynécologique.**

c. Quelle méthode utilisez-vous ?**milieu liquide**

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? **Dès qu'il y a une anomalie, je l'envoie à gynécologue. Même dans les ASCU-S je les envoie à un gynécologue, je préfère ne pas attendre.**

S'il y a eu anomalie, je surveille après tous les ans la patiente

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ? **Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Oui, je pense, dans l'Essonne on a été candidat, moi je fais partie de la DMC, mais le dossier a était donné en retard.**

Est-ce que vous croyez en GARDASIL® ? **Non**

GUIDE D'ENTRETIEN n°7

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

54. Etes-vous un homme ou une femme ? **Femme**
55. Lieu d'exercice **semi rural**
56. Mode d'exercice ?**libéral en cabinet de groupe**
57. Date de thèse **2001**
58. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **Aucun gynéco dans le quartier, mais 3 à la PMI dont une en arrêt en ce moment pour 10 000 habitants.**
59. Secteur d'exercice **1**

60. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **je n'ai plus de correspondant le gynécologue avec qui je travaillais vient de partir à la clinique de l'Yvette, j'adresse parfois à l'hôpital d'Evry. Et pas de gynécologue en ville car pour ma patientèle ils sont trop cher**
61. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients?

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

16 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je demande le carnet de santé, je vérifie les vaccins notamment le ROR, je la pèse je la mesure, et se pose la question des règles puisqu'elle a 14 ans. Et là, j'imagine que la mère va me poser la question sur le vaccin contre le cancer du col et là je vais dire « Madame je ne suis pas pour parce que il y a des études qui ne montrent pas d'amélioration» On vaccine contre 4 sérotypes virus et que si ça avait été suffisant on aurait dû avoir une chute du cancer du col de 80%. Ça donne la fausse information que puisqu'elles ont vacciné elles n'ont pas besoin du frottis. Et pour plus tard on ne sait pas s'il faut faire un rappel, chercher des anticorps dans le sang… Donc moi je leur dit que ce n'est pas un vaccin utile mais je ne m'oppose à ce qu'il le fasse.**

17 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ? **Non**

Au début de la compagne plusieurs mamans sont venues me voir pour la vaccination puis ça c'est tari tout seul. Est-ce que les gens ont discuté et savent que je ne le fais pas.

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

23- Que faites-vous ? **Je reprends l'anamnèse et je cherche des ATCD de phlébite, des ATCD cardio-vasculaires. Pour moi à cette âge-là le moyen de contraception le plus adapté est la pilule mais juste pour ne pas tomber enceinte mais pour se protéger des MST, il faut utiliser le préservatif. Mais il faut l'utiliser correctement.**

24- Abordez-vous le sujet des MST. **Oui**

25- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites ? **Aucun problème pour en parler, je suppose qu'elles choisissent une femme pour en parler plus facilement. Quand il y a la maman, je demande à la jeune fille si elle veut qu'elle sorte. Les patientes d'origine maghrébine et d'Afrique noir viennent sans leur mère et les patientes d'origine française de souche viennent avec leur mère. Mais après il y a le cas par cas.**

26- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

15- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ?
b. Si non pour quelle raison ? **Si elle vient pour une grippe et que j'ai beaucoup de patient derrière je lui traiterai sa rhino et je lui demanderai de revenir si elle veut parler de gynécologie. Je ne prendrais pas toujours le temps de me renseigner sur le suivie de gynécologique**

16- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ?
b. Si oui Comment vous organisez vous ? **si la patiente n'est pas de terrain compliqué, je la suis, je fais le suivi de grossesse et le frottis. Le frottis est**

fait en phase liquide et c'est la patiente qui l'envoie. Dans tous mes frottis j'ai eu 2 frottis perdus.

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? **Je l'adresse directement à un gynéco dès qu'il y a une anomalie.**

Je demande aux patientes de le faire tous les 2 ans comme ça j'ai le temps si elles sont en retard.

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France **? Oui 3000 par an**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ? **Les partenaires multiples, le tabac, âge sexuel précoce**

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Ça m'aiderait, si elles ne sont pas en CMU elles doivent mettre un chèque dans l'enveloppe et ça les bloque car elles doivent avancer les frais. Dans ce cas je suis presque heureuse qu'elles soient en CMU comme ça il n'y a pas de problème d'avance des frais. S'il y avait un dépistage de masse je n'aurais pas de souci.**

GUIDE D'ENTRETIEN n°8

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

62. Etes-vous un homme ou une femme ? **Homme**

63. Lieu d'exercice **semi rural**
64. Mode d'exercice ? **libéral**
65. Date de thèse **1986**
66. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **il y en a de moins en moins**
67. Secteur d'exercice **1**
68. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **oui, Je travaille la clinique des Moussault et Evry**
69. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Système informatique**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

18 Que faites-vous pendant cette consultation **? A cet âge-là on propose le GARDASIL®. En général c'est plutôt nous qui en parlons avec des réticences des parents.**

19 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

27- Que faites-vous ? **On parle de la contraception des MST et on remet une couche sur le GARDASIL®. Pas de gène de parler de MST avec les parents**

28- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites ?

29- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

17- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ? **Reprendre avec elle son suivi gynécologique son suivi frottis, revoir avec elle si elle a fait une prise de sang pour savoir si elle peut toujours prendre une contraception orale, si elle en prend toujours une. Après on discute avec elles, on demande si elles n'ont pas de vie sexuelle et savoir si c'est quelque chose de stable ou si elles ont des partenaires multiples. Dans ce cas il faudra faire une prévention encore plus rapprochée.**

b. Si non pour quelle raison ?

18- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche **? Non, C'est le Labo qui les fait. Je n'ai pas forcément le temps de les faire, je préfère les adresser aux frottis.**

b. Si oui Comment vous organisez vous ?

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous **? S'il y a des lésions je l'adresse au gynéco-obstétriciens, que ce soit une lésion malpighienne de haut grade, bas grade, des lésions glandulaires.**

Si c'est un ASC-US, je l'adresse aussi.

S'il y a eu des anomalies je préfère qu'elle soit suivie ensuite par le gynécologue

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ? **Aucune Idée**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ? **Oui…., Mais malheureusement des femmes qui sont complètement réfractaires à tous les dépistages.**

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **L'incitation à le faire, je pense que ce n'est pas une mauvaise chose. Même si il y aura toujours certaines personnes qui ne le feront pas. Si ça peut inciter certaines personnes à le faire, oui**

Que pensez-vous du GARDASIL® ? **Ca a déjà montré, une diminution des verrues et des condylomes donc oui pourquoi pas, on espère y croire et que ça marche. Mais le problème actuellement, c'est que les patients ont des refus de la vaccination. Il y a eu l'hépatite B qui a entrainer beaucoup de tort pour vaccination ensuite il y a eu la grippe A**

GUIDE D'ENTRETIEN n°9

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

70. Etes-vous un homme ou une femme ? **homme**
71. Lieu d'exercice **semi rural**
72. Mode d'exercice ?**libéral**
73. Date de thèse **1981**
74. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **Beaucoup sur Noisy le Grand ou Neuilly Plaisance mais il n'y en a plus sur Neuilly sur Marne**
75. Secteur d'exercice **2**
76. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **oui**
77. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Système informatique**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

20 Que faites-vous pendant cette consultation ? **On aborde le sujet du vaccin GARDASIL® ou on ré-aborde le sujet, les jeunes filles sont au courant elles en parlent à l'école. Le plus souvent c'est moi qui propose les mamans ne me le demandent pas et les jeunes filles ne le demandent pas non plus.**

21 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ? **Je la propose car je pense que c'est un bon vaccin même si on n'a pas le recul suffisant. Mais je réexplique à la maman que c'est un vaccin contre le papillomavirus et non contre le cancer du col de l'utérus.**

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

30- Que faites-vous ? **C'est des consultations très rares. J'aborde le sujet, je lui demande si elle a déjà eu des rapports sexuels, pourquoi elle veut la prendre est ce qu'elle sait comment se passe un cycle, je lui prescris un bilan général et je lui parle du préservatif.**

31- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites ? **je lui explique les risques qu'elles encourent si elle n'a pas de protection. Mais elles le savent déjà. Elles connaissent tout elles connaissent l'usage du préservatif, mais dans la pratique elles ne le font pas**.

32- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ? **Rien mais la question ne se présente pas, parce que ce sont des jeunes filles que je connais depuis qu'elles sont toutes petites, elles préfèrent aller voir le gynécologue ou aller à la PMI où il y a un planning familiale. A 16 ans, la jeune fille soit elle en**

parle avec sa maman qui l'emmène chez son gynécologue, soit elle va au planning familial.

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

19- Que faites-vous ? **On voit le problème pour lequel elle vient, je ne sais pas si j'aborderai la question de sa sexualité, si elle a été suivie ailleurs, je refais le point sur ses vaccins. Je ne sais pas si j'aborderai le problème de sa contraception. Je ne pense pas que j'aborderai le suivi gynécologique**

a. Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ?

b. Si non pour quelle raison ? **Parce que je ne fais pas de la gynécologie. On voit beaucoup d'enfant. Alors pourquoi c'est la situation, parce qu'il y a un planning, qu'elles me consultent en tant que généraliste. Elles viennent me voir surtout pour des problèmes aigues, des infections urinaires, des vaginites.**

20- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ?

b. Si oui Comment vous organisez vous ? **Ça m'arrive, mais à des femmes d'âge mûres qui n'ont pas retrouvées de gynécologue mais je ne fais pas de suivi. Ça s'est fait spontanément, ce n'est pas un choix personnel**

c. Quelle méthode utilisez-vous ? ? **On utilise les lames**

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? **Je ne sais pas. Je lui demande de faire un frottis de contrôle à 3 mois en fonction de l'aspect. Mais j'adresse chez le gynécologue.**

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ? **Non. Le nombre de décès me surprend.**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Pour la mammo déjà ce n'est pas facile. Je ne me rends pas compte pour les jeunes si elles le feraient. C'est vrai qu'il y a un grand nombre de femmes qui ne sont plus suivies après leur dernier accouchement. Ça pourrait être bien, un dépistage est toujours intéressant, si c'était gratuit peut-être que les femmes iront**

Que pense- vous du GARDASIL® ? **Je pense que c'est un bon vaccin même si on n'a pas le recul suffisant encore.**

GUIDE D'ENTRETIEN n°10

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

78. Etes-vous un homme ou une femme ?**une femme**
79. Lieu d'exercice rural semi rural urbain. **urbain**
80. Mode d'exercice ? **Libéral**
81. Date de thèse**. 1982**
82. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ?**beaucoup**
83. Secteur d'exercice**2**

84. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ?**oui**

85. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients**?** **Fiche et j'ai un réseau informatique également**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

22 Que faites-vous pendant cette consultation ?

Je regarde toutes les vaccinations si elle est à jour ou pas. C'est tous les 5 ans pour DT polio, je regarde si elle a été vaccinée pour l'hépatite B, je vérifie avec un bilan le VHC et puis je demande un tpha vdrl sauf si elle n'a jamais eu de rapports sexuels

23 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?**oui**

24 Est-ce que les mères demandent la vaccination HPV ou les filles ?

C'est beaucoup nous qui proposons la vaccination par GARDASIL®, les parents sont assez réticents devant la vaccination. Vous savez ils vont se renseigner sur internet et il y a des cas, je ne sais plus si c'est au Canada et aux Etats Unis une jeune fille de 19 ans qui est décédée. Par rapport à ses vaccinations il n'y pas une adhérence totale

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

33- Que faites-Vous pendant la consultation ? **si j'ai un bilan bio je ne le refais pas ou je redemande la glycémie et le cholestérol pour voir si je peux donner la pilule mais je donne la pilule absolument.**

34- Avez –vous l'habitude de faire de la prévention au sujet des MST ?

35- (si la réponse est positive) comment aborde-t-elle le sujet et quelles sont les recommandations faites ?

Oui, je leur en parle et je reparle du GARDASIL®, mais vous savez elles sont plus au courant que moi. Elles sont très pertinentes à cet âge-là. Avant c'était à 17 ans qu'elles avaient leur premier rapport, maintenant c'est plus tôt vers 14 ans

36- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

Rien ne m'empêche de faire la présentation MST, Les mamans pendant la consultation ne me gênent absolument pas

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

21- Vous assurez-vous que la patiente est un suivi gynécologique ?

Je rappelle aux femmes de faire les frottis c'est indispensable

Si oui par quel moyen (fiche, système informatique de rappel) ? **Je leur rappel de faire les frottis grâce à des fiches**

a. Si non pour quelle raison ?

22- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ? **non je ne propose pas parce qu'il y a beaucoup de gynécologue te je ne vais pas prendre leur travail**

b. Si oui Comment vous organisez vous ?

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpingienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ?

Il y a beaucoup de gynécologues dans le quartier donc c'est eux qui gèrent les frottis, les résultats et qui font les colposcopies

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous le nombre du cancer du col de l'utérus en France **? Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Je pense que c'est une bonne idée**

Que pensez-vous du GARDASIL® ? **Je ne préfère pas vous dire. (Même après insistance, n'a pas voulu me donner son opinion) Moi je n'ai pas fait vacciner mes nièces.**

Vous pensez qu'il n'y pas de recul ? Je sais pas il y a eu des problèmes et je ne sais pas lesquels

GUIDE D'ENTRETIEN n°11

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

86. Etes-vous un homme ou une femme ? **Femme**
87. Lieu d'exercice **urbain**
88. Mode d'exercice ? **libéral**
89. Date de thèse **2004**
90. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier **? beaucoup de gynécologue dans le quartier**

91. Secteur d'exercice **2**

92. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **je travaille à Beaujon**

93. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Système informatique**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

25 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je regarde le carnet de santé, je regarde les vaccins habituels sont à jour (DTpolio), je regarde le vaccin contre la méningite, je propose, le vaccin contre le cancer du col de l'utérus à elle et à la maman. J'explique en quoi ça consiste et je propose, le GARDASIL® et le CERVARIX et les modalités pour les 2. Je demande l'avis de la maman.**

Il y a des mamans qui me demandent la vaccination mais il y a également beaucoup de parents réfractaires depuis 2 ans avec la polémique sur les vaccins, Je dirai 1/3. Les jeunes filles à 14 ans ne m'en parlent pas, elles ont plus de mal, alors que les jeunes filles de 16 ans en parlent plus facilement

26 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

37- Que faites-vous ? **Je lui demande si elle a déjà eu des rapports sexuels. Je vérifie si elle a eu des vaccins. Si elle n'a pas eu de rapports ou si on est dans la première année, je lui propose le GARDASIL® ou le CERVARIX. Je lui parle de contraception mais aussi de MST, de préservatifs des modalités… Si elle a déjà eu des rapports je lui prescrits des sérologies.**

38- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ? **Je n'ai pas de difficultés à parler préservatif et maladies sexuellement transmissibles. La maman peu déranger pendant la consultation. Souvent, je demande si elles viennent avec leur maman et que la jeune fille commence à parler et dès qu'elle est gênée souvent je demande à la maman de sortir.**

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

23- Vous assurez-vous que la patiente ait un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen ? **Je lui pose directement la question, la dernière date de frottis, si elle prend une contraception. Je fais les frottis au cabinet en phase liquide**

b. Si non pour quelle raison ? (rebondir sur la réalisation des frottis)

24- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ?

b. Si oui Comment vous organisez vous ? **C'est le laboratoire qui me fournit le matériel pour le frottis avec l'enveloppe à renvoyer. J'utilise des spéculums jetables. C'est un peu cher mais au niveau hygiène je trouve ça mieux même si plus cher que le spéculum en métal**

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? (re-convocation des patientes, annonce de l'anomalie)

Si le résultat est normal, je lui refais à un an si c'est le premier puis tous les 2 ans. Si elles a des anomalies de types ASC-US, je lui fais refaire un frottis si elle est jeune, ça dépends quel âge elle a. Si elle a 30 ans je lui demande une recherche HPV. Si elle a un fort taux d'HPV oncongène je lui fait faire une colposcopie. Par contre i c'est une jeune fille assez jeune, qui a 20 ans, je refais faire un frottis à 6 mois, souvent il y a de l'HPV mais il part tout seul.

Si il y a des anomalies malpighiennes de haut grade, de bas grade ou glandulaire je fais faire une colposcopie.

A qui adressez-vous pour une colposcopie ? Comment vous organisez-vous ? Après anomalie comment faites-vous suivre la patiente ? **Moi je travaille à Beaujon, je fais des consultations gynécologique, alors j'adresse avec les médecins avec qui je travaille à Beaujon pour faire les colposcopies**

Si la colposcopie revient négative, je continue à la suivre et je fais un frottis tous les 6 mois. Par contre s'il y a une lésion plus grave c'est le gynéco de Beaujon qui s'en occupe, s'il y a un laser ou quoique ce soit. Mais après le laser, l'intervention, c'est moi qui re-suit les femmes

C'est moi qui reçois les résultats du frottis et j'appelle la patiente quand il y a une anomalie.

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ? **Non on me l'a dit mais…**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? Ce serait bien, je pense que c'est toujours les populations les plus favorisée qui font le dépistage. S'il y avait une lettre envoyé comme dans le cancer du sein

Que pensez-vous de GARDASIL® ? **Moi je suis pour**

GUIDE D'ENTRETIEN n°12.

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

94. Etes-vous un homme ou une femme ? homme
95. Lieu d'exercice **urbain**
96. Mode d'exercice ?**libéral**
97. Date de thèse **1975**
98. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **je fais moi-même la gynécologie**
99. Secteur d'exercice **2**
100. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **oui dans chaque spécialité**
101. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Système informatisé**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

27 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je regarde son carnet de santé…. C'est pour le vaccin sur le cancer du col ? Moi, j'ai une hésitation pour ça, je le prescris que s'il y a une grosse demande de la mère. Sinon je ne le propose pas forcement bien qu'il s'affiche sur mon logiciel. Pour l'instant j'attends de voir comment tout ça évolue. Il y a des jeunes filles qui demandent également le vaccin.**

28 Proposez-vous la vaccination HPV ? Pourquoi ?

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

39- Que faites-vous ? **Je m'en occupe. J'aborde le sujet des MST.**

40- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ? **Je n'ai pas de problème pour en parler souvent à 16 ans quand elles arrivent elles sont bien mûres déjà. Quelques-unes viennent avec leur mères pendant la consultation, je n'hésite pas à la faire sortir.**

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

25- Vous assurez-vous que la patiente ait un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen ? **Oui par l'intermédiaire de système informatique. Mais je fais beaucoup de gynécologue la moitié de ma clientèle vient me voir pour la gynécologue**

b. Si non pour quelle raison ? (rebondir sur la réalisation des frottis)

26- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ?

b. Si oui Comment vous organisez vous ? **oui je le fais en phase liquide. Mes spéculums ne sont pas jetables je les stérilise avec une solution et ensuite j'envoie au poupinel pour la stérilisation. C'est le labo qui me fournit le matériel. Si les résultats sont normaux la patiente les reçoit sinon je les reçois et je recontacte la patiente pour lui dire qu'il y a une anomalie.**

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? (re-convocation des patientes, annonce de l'anomalie) **Quand c'est un frottis normal, je refais le frottis tous les ans tous les 2 ans ça dépend de la patiente. S'il y a des lésions j'adresse à un de mes correspondants pour une colposcopie. Mes correspondants sont des gynécologues de ville.**

Comment organisez-vous la colposcopie ?

Avez-vous un ou plusieurs correspondants à qui adresser pour la colposcopie ?

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ? **Non**

Quels sont les différentes causes de cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Non je ne pense pas je pense qu'il est un peu fait quand même. Les patientes étant obligées de consulter pour avoir une contraception. Je pense que les gynécos s'en occupent**

Que pensez-vous de GARDASIL® ? **Je trouve ce vaccin hyper cher dans une époque où l'on doit faire des économies, ça m'hérisse si encore ça empêcher de faire les frottis je veux bien mais là je ne vois pas où ça permet de faire des économies. J'ai lu également des articles comme quoi ça pouvait comme le vaccin de l'hépatite B entrainé des maladies auto-immunes. Je le prescris mais j'ai une petite hésitation**

GUIDE D'ENTRETIEN n°13

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

102. Etes-vous un homme ou une femme ? **Femme**

103. Lieu d'exercice ? **Urbain**

104. Mode d'exercice ? **Centre-médico-social**

105. Date de thèse ? **2000**

106. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier ? **très peu**

107. Secteur d'exercice 1

108. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **Oui, je travaille surtout avec les hôpitaux car ils sont en secteur 1**

109. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **On vient de mettre en place un système informatique, pendant la transition on travaille sur les 2.**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

29 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Pendant cette consultation, je m'assure que la jeune fille est à jour pour les vaccins obligatoires comme le DT polio. Je lui propose le GARDASIL ou le CERVARIX ou du moins je commence à en parler. J'ai du mal à en parler quand il y a des réticences des parents, je ne suis pas vraiment pour, mais je le propose quand même. C'est un sujet qui n'est pas facile à aborder devant des différences culturelles, les relations sexuelles avant le mariage est un vrai tabou. Mais il faut quand même expliquer qu'il faut maintenir les frottis**

30 Est-ce que les jeunes filles ou les parents le demandent ? **Oui, oui elles viennent m'en parler.**

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

41- Que faites-vous ? **Pour une ordonnance de pilule, on va pas mal discuter de maladies sexuellement transmissibles de préservatifs, de comment elle a fait jusqu'à présent.**

On reparle du vaccin si c'est rapports sexuels sont de plus d'un an ça ne sert à rien de la vacciner, si c'est moins d'un an on lui propose. On peut faire un examen gynéco et commencer les frottis.

Mais surtout, surtout, il faut luis parler des maladies sexuellement transmissibles et éventuellement prescrire ou si elle n'a pas d'argent ou si elle ne veut pas que sa famille soit au courant, il faut l'envoyer vers un planning familiale.

42- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

27- Vous assurez-vous que la patiente ait un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen ? **Oui, tout le temps**

b. Si non pour quelle raison ? (rebondir sur la réalisation des frottis)

28- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ?

a. Si non qu'est qui vous en empêche ?

b. Si oui Comment vous organisez vous ? **Oui, je le fais je m'organise une demi-journée de consultation pour la gynécologie. Je fais les frottis en phase liquide, le matériel est donné par le laboratoire. J'utilise, des spéculums jetables**

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? (re-convocation des patientes, annonce de l'anomalie)

Je l'appel et la convoque.

A qui adressez-vous ? Pour une colposcopie ? Comment vous organisez-vous ? **Après anomalie comment faites-vous suivre la patiente ? Je l'adresse pour une colposcopie à l'hôpital, le plus rapidement possible. Les résultats me sont envoyés par courrier par le médecin qui l'a examinée.**

Comment organisez-vous la colposcopie ?

Avez-vous un ou plusieurs correspondants à qui adresser pour la colposcopie ?

Questions subsidiaires :

Vous faites le rappel de FCV tous les combien ? **D'après les recommandations on le fait la première année suivant les rapports sexuels, un autre à un an puis tous les 3 ans. Quand j'ai des jeunes filles qui changent souvent de partenaire, je lui fais tous les ans.**

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Je pense que chez les femmes âgées, ce serait une bonne idée, l'incidence du cancer est plus élevée et elles se font moins dépistées.**

Que pensez-vous de gardasil ? **Je ne suis pas pour. Dans prescrire ils sont assez réservés, je ne rappelle plus des arguments.**

GUIDE D'ENTRETIEN n°14

→ PRESENTATION DU MEDECIN :

110. Etes-vous un homme ou une femme ? **Homme**

111. Lieu d'exercice. **Rural**

112. Mode d'exercice ? **Cabinet Libéral**

113. Date de thèse **1988**

114. Quelle est la densité de gynécologue médicale dans le quartier **? Il y a sur Rambouillet, il y en a 4.**

115. Secteur d'exercice **1**

116. Avez- vous un réseau de spécialistes avec lesquels vous travaillez ? **oui**

117. Dans votre cabinet, utilisez-vous un système informatique ou des dossiers papiers pour le suivi des patients? **Un système par fiche**

2ème PARTIE : L'entretien

Melle F, accompagnée de sa mère, vous consulte pour faire le point sur ses vaccins. Elle a actuellement 14 ans et vous la suivait depuis sa naissance.

31 Que faites-vous pendant cette consultation ? **Je regarde si elle a son carnet de santé, je lui propose, le GARDASIL, et je vérifie les rappelles du DT polio.**

32 Y a-t-il des parents réticents au GARDASIL ? **Très peu très peu, même pas 5%**

33 Proposez-vous la vaccination HPV ? **Oui systématiquement, je pense que c'est bénéfique.**

A 16 ans, la jeune fille revient vous voir sans sa maman, pour vous parler contraceptif.

43- Que faites-vous ? **Je lui demande son carnet, j'examine son carnet, je l'examine elle, et si tout va bien, je lui demande si elle fume et je lui prescrits une pilule**

44- Vous lui parlez des MST ? **Oui, les jeunes filles sont assez ouvertes.**

45- (si la réponse est négative) Qu'est qui vous empêche de le faire ?

La jeune fille revient vous voir 10 ans plus tard

29- Vous assurez-vous que la patiente ait un suivi gynécologique ?

a. Si oui par quel moyen ? **Si c'est la même personne, je l'ai vu entre temps je serais au courant de ses antécédents. Si je suis son médecin traitant, je reçois les comptes rendus des spécialistes.**

b. Si non pour quelle raison ? (rebondir sur la réalisation des frottis)

30- Proposez-vous de faire les suivis gynécologiques et les frottis ? **Non, je n'en fais pas. Je les adresse soit au laboratoire soit aux gynécologues. Je leur rappel de le faire tous les 2 ans.**

a. Si non qu'est qui vous en empêche ? **Ça me gave de faire les frottis.**

b. Si oui Comment vous organisez vous ?

La jeune fille revient vous voir 1 mois après avec les résultats de frottis suivant (une feuille avec résultat normal, une autre avec anomalie de cellules glandulaires, une autre avec lésion malpigienne intra-épithéliale de haut grade)

Que faites-vous ? (re-convocation des patientes, annonce de l'anomalie) **J'adresse vers le gynécologue pour faire une colposcopie, soit le spécialiste libéral soit à l'hôpital sans différences. Je travaille surtout avec les gynécologues de Rambouillet.**

Questions subsidiaires :

Connaissez- vous la fréquence du cancer du col de l'utérus en France ? **Non**

Que pensez-vous d'un dépistage de masse en Ile de France ? **Oui se serait pas mal, mais à partir de quel âge ? Ça pose un problème de coût sinon je pense que la sécurité sociale le proposerait**

Que pensez-vous de GARDASIL ? **Je trouve que ce vaccin est bénéfique.**

DEPOUILLEMENT DES ENTRETIENS

le gardasil n'est pas dangeureux				4				8	9					14
je propose systématiquement le gardasil				4				8			11			14
Le vaccin anti HPV est bien accepté par les jeunes filles à 14 ans	1	2							9			12		14
Le vaccin anti HPV est bien accepté par mères des jeunes filles à 14 ans	1	2												14
il n'y a plus de gynécologues en ville ou se raréfie			3		5	6	7	8	9					14
les gynécologues sont chèrs pour ma patientèle				4		6	7							
les gynécologues de ville ont beaucoup d'attentes				4										
les jeunes filles de 16 ans parlent plus facilement du gardasil que celles de 14 ans											11			
le gardasil donne l'autorisation aux jeunes fille d'avoir des Rapports sexuels à 14 ans					5									
je vaccine si elles ont commencé leur vie sexuel					5									
le vaccin ne protège pas contre tous les cancers du col					5	6	7							
on n'a pas assez de recul sur la vaccination					5				9			12		
je ne propose pas le gardasil					5	6	7		9			12		
j'en parle avec les parents				4					9	10	11			
il y a des parents qui refusent				4				8		10	11			
les mères des jeunes filles de 14 ans ne demandent pas la vaccination HPV			3		5		7	8	9	10				
les mères demandent la vaccination HPV	1	2		4	5	6					11	12		
les jeune filles de 14 ans ne demandent pas la vaccination HPV spontanément	1				5		7		9		11			
Les consultations d'adolescentes de 14 ans seules sont rares	1					6								
les jeunes filles de 14 ans demandent la vaccination		2				6						12	13	
la relation mère-fille gêne le médecin traitant			3			6	7				11			
le frottis previent mieux le cancer du col qu la vaccination						6	7							
le vaccin ne dispense pas du frottis				4		6	7		9				13	
n'aborde pas les MST spontanement lors d'une consultation de contraception	1				5		7		9	10				
je profite de la consultation de contraception pour reparler du gardasil			3	4				8		10			13	14
je ne fais pas sortir la maman pendant la consultation MST			3							10				
il est facile de parler de MST avec une jeune fille de 16 ans		2	3		5	6	7		9	10	11	12		14
la consultation de contraception à 16 ans est chronophage	1													
le nombre d'items à aborder au cours de la consultation de contraception de 16 ans est élevé	1													
il est difficile d'aborder la question du préservatif à 16 ans	1													
je parle du préservatif sans problème						6	7	8	9	10	11		13	
j'imagine que les jeunes filles savent se servir du préservatif	1								9					
je suis gêné pour parler de préservatif à une jeune fille de 16 ans	1			4	5									
la consultation de contraception à 16 ans est avant tout une demande de pilule	1				5		7			10				
les jeunes filles de 16 ans me parlent elle-même des IST					5				9	10				
les jeunes filles de 16 ans ne se posent pas la question des IST	1													
à 16 ans on est trop jeune pour gérer le risque d'IST	1													
la prévention des IST est difficile à cause d'origine culturel (pas de rapports avant le mariage)						6	7						13	
les messages préventifs sont complexes pour une jeune fille de 16 ans	1			4		6			9					
je n'examine pas une jeune fille de 16 ans même si elle a déjà eu des rapports	1					6								
il est difficile de parler de frottis avec une jeune fille de 16 ans	1													
j'oublie de parler de la vaccination anti HPV	1													
il me manque du temps pour aborder la vaccination anti HPV	1													
je ne veux pas agresser la patiente				4										
je fais sortir la maman si la jeune fille le demande							7				11	12		
j'adresse au planing familiale en cas de probleme d'argent ou familiale													13	
les jeunes filles vont au planning familiale pour parler de contraception									9					
les spéculums ne sont pas jetables												12	13	
je n'insiste pas sur les antecedents gynécologiques			3						9					
je verifie les ANTD gynécologiques et je note la date de frottis sur mon logiciel				4	5	6		8		10	11	12	13	
j'oublie de vérifier le suivi gynéco pour les patientes que je connais depuis longtemps	1			4			7		9					
je préfère qu'elle se fasse suivre par un gynécologue quand je les ai connu jeunes					5				9					
le frottis est simple à réaliser en médecine générale	1	2				6	7				11	12	13	
ça ne m'intèresse pas de faire les frottis														14
le speculum jetable est cher	1										11			
je n'ai pas le matériel pour faire les frottis			3											
le laboratoire fournit le materiel	1	2									11	12	13	
je n'ai pas la formation pour faire les frottis			3											
je ne me sens pas capable de faire des frottis			3											
le frottis est chronophage				4				8						
je ne suis pas installé pour faire des frottis				4										
le laboratoire m'a fait comprendre qu'il préférer faire les frottis					5			8						
je propose de faire le suivi gynécologique						6	7				11	12	13	
le frottis n'est pas rémunéré				4										
j'utilise la methode en milieu liquide						6	7				11	12	13	
il ya des gynécologues dans mon quartier, je ne vais leur prendre leur travail										10				
sur les anomalies de bas grade je recontrôles à 6 mois		2												
sur les ASCUS je refais le frottis			3		5				9		11			
sur es ASCUS j'adresse pour une coloscopie												12	13	
sur les anomalies de bas grade je mets un antiseptique et je contrôle ensuite le frottis	1													
sur les anomalies de haut grade je prescris une colposcopie	1										11	12	13	
sur les anomalies de haut grade j'adresse au gynécologue		2	3					8	9		11	12	13	
il n'y a plus de correspondant colposcopiste	1		3		5									
j'adresse à l'hopital car l'attente est trop longue en ville				4										
j'adresse à l'hopital car les gynécologues en villes sont en secteur 2						6	7						13	
j'adresse à l'hôpital car je n'ai plus de correspondant en gynécologie			3			6	7							
les anomalies du frottis inquiètent peu les femmes	1													
j'adresse à un gynécologue quelque soit les anomalies				4		6		8	9	10		12		14
après une anomalie je refais les frottis tous les ans						6								
apres une anomalie je préfère qu'elles soient suivies par un gynécologues								8						
le dépistage de masse n'est pas utile	1											12		
le dépistage de masse est une bonne idée			3	4	5	6	7	8	9	10	11		13	14
certaines femmes ne fonts pas de frottis car elles ne peuvent pas avancer les frais							7		9					
le dépistage doit etre commencer chez ds personnes agées			3										13	14
le cancer du col est une maladie sociale	1						7				11			
je dépiste moins les personnes ni CSP élevée		2												
je dépiste plus les pauvre		2												
je ne sais pas si gardasil et meilleur que cervarix			3											
si toutes les femmes faisaient leur frottis, on n'aurait pas besoin du vaccin				4		6	7							
il faut vacciner les hommes car ils transmettent l'HPV				4										
je ne crois pas en gardasil					5	6	7			10		12	13	
les parents refusent les vaccins								8		10	11			
gardasil est un bon vaccin								8	9		11			14

TABLEAU DES ENTRETIENS

Colonne1	Médecin n°1	Médecin n°2	Médecin n°3	Médecin n°4	Médecin n°5	Médecin n°6	Médecin n°7	Médecin n°8	Médecin n°9	Médecin n°10	Médecin n°11	Médecin n°12	Médecin n°13	Médecin n°14
Secteur	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
date de thèse	1983	2000	1986	1985	1985	1991	2001	1986	1981	1982	2004	1975	2008	1988
sexe	homme	femme	femme	homme	femme	femme	femme	homme	homme	femme	femme	homme	femme	homme
lieu d'exercice	urbain	urbain	semi-rural	semi-rural	urbain	semi-rural	semi-rural	semi-rural	semi-rural	urbain	urbain	semi rural	urbain	rural
mode d'exercice	libéral	libéral	libéral	libéral	libéral	libéral en cabinet de groupe	libéral cabinet de groupe	libéral	libéral	libéral	libéral et hospitalier	libéral	centre-médico-social	libéral
présence de gynéco aux	4	peu	0	oui	oui mais se raréfie	non	peu 3 dans une PMI	peu	non	beaucoup	beaucoup	10	peu	peu
utilisation de système	oui	oui	non	oui	oui mais se raréfie	oui	OUI	oui	oui	non	oui	oui	c'est en cours	non
pratique la gynécologie	non	oui	non	non	non	oui	OUI	non	non	non	oui	oui	oui	non
adresse à l'hopital		oui (moins cher que gynéco de ville)	oui (abs de gynéco de ville)	oui car moins d'attente		oui (abs de gynéco libéral)	OUI (gynéco de ville trop chère)	oui	oui (abs de gynéco)	non	oui	non	oui les gynéco sont en secteur 1	oui

	Médecin n°1	Médecin n°2	Médecin n°3	Médecin n°4	Médecin n°5	Médecin n°6	Médecin n°7
VACCINATION							
propose la vaccination gardasil	oui	oui	oui	oui	non sauf demande parentale	non sauf sur demande	non sauf sur demande
les mères demandent la vaccination	oui	oui	non	raremenr	parfois	parfois	non
les jeunes filles demandent la vaccination	non	oui	rarement	non	non	souvent	non
raison d'opposition au Gardasil	non	non	non	non	âge (trop jeune pour une sexualité)	intérêt du vaccin limité	pas assez de recul
MST							
Aborde le sujet des MST	oui	oui	difficilement	oui, mais je ne veux pas les agresser	oui	oui	oui
les obstacles à la prévention MST	gène et manque de temps	aucune	les mamans	contexte familial	non	les mamans , contexte culturel	non mais contexte culturel
FROTTIS							
Pratique le frottis	oui	oui	non	non	non	oui	oui
les raisons pour ne pas faire de frottis			pas de formation	manque de tps, pas rémunéré	le laboratoire préfère les faire		
méthode	phase liquide	spatule d'ayre				phase liquide	phase liquide
intervalle de temps entre chaque frottis	3 ans	2 ans	2 ans	2 ans	2 ans	3ans	2 ans
devant une nomalie type ASCUS	antiseptique locaux et frottis à 1 mois	refais le frottis à 6 mois	refais le frottis à 2 mois	adresse aux gynécologues	frottis à 3 mois	adresse au gynécologue	adresse au gynecologue
devant une autres anomalie	adresse pour unr colposcopie	adresse pour colposcopie	adresse pou une colposcopie	adresse aux gynécologues	adresse pour colposcopie	adresse au gynécologue	adresse au gynecologue
connait le nombre de nouveau cas de cancer du col	non	non	non	non	non	non	oui
pour un dépistage de masse	non, c'est un cancer social	oui, c'est une bonne idée	oui	oui	oui	oui	oui, c'est social, problème d'avances des frais
que pensez-vous du gardasil	oui	c'est une bonne idée	c'est un bon vaccin	il faudrait vacciner les hommes	pas de recul, il n'est que quadrivalent , il y a beaucup d'autres souches virales. Il faudrait vacciner plus tard	non	non

	Médecin n°8	Médecin n°9	Médecin n°10	Médecin n°11	Médecin n°12	Médecin n°13	Médecin n°14
VACCINATION							
propose la vaccination gardasil	oui	oui	oui	oui	oui sur demande parental	oui	oui
les mères demandent la vaccination	non rétiscences des parents	rarement	rarement	oui mais 1/3 sont réticents	oui sur demande parental	oui	oui
les jeunes filles demandent la vaccination	non	non	non	oui mais vers 16 ans	parfois	oui	oui
raison d'opposition au Gardasil	non	non	reticent mais ne sais pas pourquoi	oui	hésitaion du médecin	oui	non
MST							
Aborde le sujet des MST	oui	non	non pas spontanement	oui	oui	oui	oui
les obstacles à la prévention MST	aucune gène	la situation ne se présente pas souvent	pense que les jeunes filles sont au courant	je n'hésite pas à faire ortir la mère	non	socio-culturel	non
FROTTIS							
Pratique le frottis	non	parfois en dépanage	non	oui	oui (moitié de sa clientèle)	oui	non
les raisons pour ne pas faire de frottis	manque de temps	je suis plus orienté pédiatrie	gynécologues dans le quartier		non	non	manque d'intêret
méthode		lame avec fixateur		phase liquide	phase liquide	phase liquide	
intervalle de temps entre chaque frottis		ne le rappel pas	tous les 2 ans	2 ans	tous les 2 ans	tous les 3 ans et tous les ans si multipartenaires	tous les 2 ans
devant une nomalie type ASCUS	adresse au gynécologue	adresse aux gynécologues	les gynécologues s'en occupent	refais les frottis à 6 mois	adresse aux gynécologues	adresse aux gynécologues	adresse aux gynécologues
devant une autres anomalie	adresse au gynécologue	adresse aux gynécologues	les gynécologues s'en occupent	adresse pour une colposcopie	adresse aux gynécologues	adresse aux gynécologues	adresse aux gynécologues
connait le nombre de nouveau cas de cancer du col	non	non	non	non	non	non	non
pour un dépistage de masse	oui	oui	oui	oui c'est un cancre social	non je pense que les gynéco s'en occupent	oui surtout pour les femmes de 40 ans	oui, définir âge de début
que pensez-vous du gardasil	oui a déjà montré des effets positifs mais retissences des patients aux vaccins	c'est un bon vaccin mais manque de recul	non manque de recul	oui	non, vaccin cher et n'empêche pas de faire les frottis	non	bénéfique

R É S U M É

Contexte : Le dépistage du cancer du col de l'utérus, dans le contexte de la disparition programmée des gynécologues médicaux, repose dorénavant sur les médecins généralistes. L'HAS a codifié la stratégie préventive du cancer du col de l'utérus.

Objectifs : En France, actuellement, la procédure de dépistage/prévention du cancer du col ne fait pas l'objet de procédure organisée (sauf dans quelques départements) ; elle se décline en 3 points, la vaccination anti-HPV, la prévention des MST, la réalisation du frottis cervico-vaginal et son suivi. La présente étude a pour objectif d'identifier les obstacles rencontrés par les médecins généralistes au cours de l'application de cette procédure.
Méthode : La méthode qualitative a été choisie, l'étude a été réalisée auprès de médecins généraliste d'Île de France, par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés.

Résultats : Après dépouillement des entretiens, plusieurs obstacles sont identifiés à chaque étape de la stratégie préventive :

- Le manque de gynécologues libéraux est ressenti par la plupart des généralistes rencontrés
- La vaccination anti HPV ne fait pas consensus au sein des généralistes interrogés. Les arguments sont : le manque de recul, la crainte de l'apparition de nouvelles souches virales oncogènes venant combler une niche écologique vacante, le fait que la vaccination ne dispense pas du frottis, et une certaine opposition ressentie par les généralistes de la part des parents des jeunes filles à qui la vaccination est proposée.
- La prévention des MST se heurte pour les généralistes interrogés aux difficultés liées à l'origine culturelle de certaines patientes, et à la relation mère fille qu'ils ressentent comme un obstacle à la transmission d'un message préventif idéal. Certains médecins, plus souvent les hommes, ne sont pas à l'aise à l'idée d'aborder le sujet.
- La réalisation pratique du frottis apparaît difficile pour certains médecins, qui invoquent le manque de temps, leur manque de formation, l'absence de rémunération spécifique, la nécessité d'un investissement sur du matériel cher et le manque d'intérêt personnel pour ce geste et ce secteur d'activité. La plupart des médecins, même quand ils font des frottis, ne prennent pas en charge la gestion des frottis anormaux et préfèrent la déléguer à un gynécologue
- Tous les médecins rencontrés dans cette étude s'accordent sur l'intérêt d'un dépistage organisé au niveau national.

Conclusion : La mise en œuvre dans les faits d'une stratégie complète de prévention du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes se heurte à de nombreux freins, identifiés par le présent travail. Aucun de ces obstacles n'est toutefois insurmontable, et des solutions sont proposées. L'importance relative de chacun des freins que nous avons identifiés impose un travail complémentaire de recherche quantitative. Ce n'est qu'au terme de la réalisation de ce complément d'investigation qu'une stratégie d'action hiérarchisée pourra être proposée pour optimiser la mise en place d'un dépistage organisé, adapté aux conditions d'exercice de la médecine générale.

Mots clés : cancer du col de l'utérus, dépistage, prévention, vaccin, papillomavirus, frottis cervico-vaginale, maladie sexuellement transmissibles, étude qualitative.