

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Analyse des obstacles rencontrés par les femmes ne répondant pas au dépistage par frottis cervico-utérin ni aux auto-prélèvements à domicile dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus

Etude ODACC

MOIREAU Alix

Née le 15 décembre 1994 à Saint Jean de Braye (45)

BOLLEN Julie

Née le 3 février 1993 à Marche en Famenne (Belgique)

Sous la direction de Mme TESSIER-CAZENEUVE Christine

Membres du jury

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume | Président

Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Directrice

Madame le Docteur BANASZUK Anne-Sophie | Codirectrice

Madame le Docteur LAVIGNE Emmanuelle | Membre

Soutenue publiquement le :
21 octobre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Alix MOIREAU
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **20/09/2021**

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Julie BOLLEN
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **20/09/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine

GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATTI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine

PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
POIROUX Laurent	Soins Infirmiers	Médecine

ATER

BOUCHENAKI Hichem	Physiologie	Pharmacie
MESSAOUDI kHALED	Immunologie	Pharmacie
MOUHAJIR Abdelmounaim	Biotechnologie	Pharmacie

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

Remerciements communs de Julie et Alix

Docteur Christine Tessier-Cazeneuve, merci pour ton investissement, ta présence, et ta bienveillance. Avoir travaillé avec toi nous a été très enrichissant.

Docteur Anne-Sophie Banaszuk, merci de nous avoir proposé de participer à cette étude. Merci pour ton accompagnement et ton aide tout au long de ce travail.

Docteur Emmanuelle Lavigne, merci de nous avoir formées tant sur le plan pratique que sur le plan humain. Merci de nous avoir orientées au début de notre thèse et d'être là aujourd'hui.

Professeur Guillaume Legendre, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail.

Merci au Professeur Christopher Payan, Docteur Somany Sengchanh-Vidal et à toute l'équipe de l'étude ODACC pour votre aide et votre travail. Merci également à Marion Branchereau du CRCDC d'Angers pour nous avoir guidées dans l'élaboration du guide d'entretien.

Merci à toutes les femmes ayant participé à cette étude et tout particulièrement à celles ayant accepté de prendre le temps de répondre à nos entretiens téléphoniques.

Un grand merci à tous ceux qui nous ont aidé dans notre travail : Alice, Els, Marie, Sophie, Théo, Véronique.

REMERCIEMENTS

Remerciements d'Alix

Merci à toutes les personnes que j'ai pu croiser dans mes stages et qui m'ont beaucoup apporté, tout particulièrement à mes co-internes du SMIT durant ce fameux semestre et à l'équipe de l'USMP pour cette ambiance.

Merci à tous mes grands-parents pour votre présence. Papy Serge et mamie Michèle, merci pour votre bienveillance sans limite. Vous êtes un modèle pour moi.

Merci à mes cousins pour tous ces moments partagés et ces souvenirs, à mes oncles et tantes, tout particulièrement Anne et Franck, merci de m'avoir accueillie aussi souvent et d'avoir pris soin de moi.

Théo, t'avoir comme frère est un bonheur. Merci pour ta présence, et tous nos moments passés ensemble.

Papa et Maman, merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Vous avez toujours été là, je ne pouvais et ne peux rêver mieux. Je vous aime.

Merci à mes amies d'enfance, Clémence et Héloïse, devenues mes amies de toujours. Vous avez toujours été là, vous retrouver est, et sera toujours un bonheur.

Merci à mes amis de la fac, que je ne revois pas aussi souvent que je le voudrais. Julie et Laura, merci pour toutes ces soirées et ces moments partagés. Nora, tu es une des personnes les plus bienveillantes que je connaisse. Merci pour tout.

A cette team like a Forrest, qui m'a permis de passer un externat heureux. Barbie et Alvin, être avec vous, et partir en vacances avec vous est toujours un bonheur. Merci pour tous les moments que l'on a partagés. Alvin, tu as été le coloc idéal.

Merci à notre équipe du VI bar. Toto, Adri et Baptiste, merci pour toutes ces soirées au top. Alice et Julie, vous êtes mes plus belles rencontres de cet internat, vous êtes des amours. Julie, merci de m'avoir supportée tout au long de cette thèse.

Guillaume, merci pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Je t'aime.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Julie

A ma Maman, merci pour ton soutien, ta présence, tes conseils depuis maintenant 28 ans. Merci d'avoir toujours été là dans les bons moments mais aussi dans les moments difficiles.

Merci à mon Papa pour ton soutien, tous ces moments de rires depuis toutes ces années.

Merci à mes sœurs, Astrid, Marie et Sophie pour notre complicité, votre présence et tous ces merveilleux moments à vos côtés.

Petit remerciement spécial à Sophie pour avoir été mon porte bonheur pendant ces 6 choix de stages.

Merci à François de m'avoir permis de toujours me sentir chez moi pendant mes séjours.

Pauline, merci pour ton soutien indéfectible, ta présence et ces centaines d'heures au téléphone pendant toutes ces années.

Merci à l'équipe du VI bar. Alice et Alix, merci d'avoir toujours été présentes. J'ai tellement de chance de vous avoir.

Alix, merci d'avoir partagé cette thèse avec moi et merci pour tout ce que tu as fait.
Adrien, Baptiste, Guillaume et Thomas, merci pour tous ces moments de complicité, de rires, votre humour piquant... et toutes ces soirées au Gainzbar !

Merci à toutes mes amies bretonnes. A mes amies d'enfance, Aless et Sarah, merci d'avoir toujours été présentes depuis maintenant 16 ans.

Clara Bella, Claro, Gaëlle, Manon et Pauline, merci pour ces belles années partagées avec vous.

Olwen, merci pour ton amitié et ta joie de vivre.

Petites pensées à nos compagnons préférés : Guinness, Nadja, Doudou et surtout Mia, à l'origine de nombreuses conversations, débats, photos et câlins.

Liste des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
AP	Auto-Prélèvement
APU	Auto-Prélèvement Urinaire
APV	Auto-Prélèvement Vaginal
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CCR	Cancer ColoRectal
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRCDC	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
DMO	Dépistage de Masse Organisé
DOCCU	Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus
E1 à E12	Entretien 1 à Entretien 12
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human PapillomaVirus
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MT	Médecin Traitant
NR	Non Répondante
ODACC	Obstacle du Dépistage par frottis et Auto-prélèvement à domicile du Cancer du Col de l'utérus
QR Code	Quick Response Code
RSA	Revenu de Solidarité Active
SF	Sage-Femme

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODE

1. Partie quantitative de l'étude

- 1.1. Sélection des participantes
 - 1.1.1. Critères d'inclusion
 - 1.1.2. Critères de non inclusion
 - 1.1.3. Constitution de la cohorte
- 1.2. Protocole de l'étude
- 1.3. Recueil des données

2. Partie qualitative de l'étude

- 2.1. Recrutement et constitution de l'échantillon
- 2.2. Protocole de l'étude
- 2.3. Analyse des données

3. Ethique et réglementation

RÉSULTATS

1. Partie quantitative de l'étude

- 1.1. Analyse de l'ensemble des réponses
 - 1.1.1. Sur le plan social
 - 1.1.1.1. Age
 - 1.1.1.2. Situation professionnelle
 - 1.1.1.3. Rythme de travail
 - 1.1.1.4. Catégorie socioprofessionnelle
 - 1.1.1.5. Niveau d'études
 - 1.1.1.6. Condition de vie familiale
 - 1.1.1.7. Condition de parentalité
 - 1.1.1.8. Statut d'aidant
 - 1.1.2. Sur le plan médical
 - 1.1.2.1. Maladie chronique
 - 1.1.2.2. Antécédents familiaux de cancer gynécologique
 - 1.1.3. Sur le plan du suivi
- 1.2. Comparaison des 58 femmes à jour de leur frottis et des 193 femmes non à jour
 - 1.2.1. Sur le plan social
 - 1.2.1.1. Selon la situation professionnelle
 - 1.2.1.2. Selon la catégorie socioprofessionnelle
 - 1.2.1.3. Selon le temps de travail
 - 1.2.1.4. Selon le niveau d'étude
 - 1.2.1.5. Selon la condition de vie familiale
 - 1.2.1.6. Selon la condition de parentalité
 - 1.2.1.7. Selon le statut d'aidant

- 1.2.2. Sur le plan médical
 - 1.2.2.1. Selon la présence de pathologie chronique
 - 1.2.2.2. Selon les antécédents familiaux de cancer gynécologique
- 1.3. Analyse descriptive des 193 femmes non à jour de leur frottis
 - 1.3.1. Accès aux soins
 - 1.3.2. Attention portée aux autres dépistages
 - 1.3.3. Connaissances sur le frottis cervico-utérin et le suivi
 - 1.3.4. Avis concernant la vaccination contre le cancer du col de l'utérus
 - 1.3.5. Représentations autour du dépistage du cancer du col de l'utérus
 - 1.3.6. Freins potentiels au dépistage du cancer du col de l'utérus
 - 1.3.7. Avis concernant l'auto-prélèvement

2. Partie qualitative de l'étude

- 2.1. Description de la population
 - 2.1.1. Caractéristiques de la population interrogée
 - 2.1.2. Suivi gynécologique
- 2.2. Analyse des entretiens
 - 2.2.1. La réticence au dépistage
 - 2.2.1.1. Le sentiment d'une médecine déshumanisée
 - 2.2.1.2. Le manque de connaissances sur le sujet
 - 2.2.1.3. Les peurs
 - 2.2.2. La passivité vis-à-vis du dépistage
 - 2.2.2.1. La préservation de l'intimité
 - 2.2.2.2. La non-priorisation de la santé
 - 2.2.3. La précarité
 - 2.2.4. La position active dans le dépistage
 - 2.2.4.1. La quête d'informations
 - 2.2.4.2. Les éléments favorisants l'examen gynécologique
 - 2.2.4.3. L'adhésion à un dépistage différent
 - 2.3. Analyse complémentaire sur l'auto-prélèvement

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites de l'étude

- 1.1. Forces de l'étude
 - 1.1.1. Validité externe
 - 1.1.2. Validité interne
- 1.2. Limites de l'étude

2. Principaux résultats

- 2.1. Comparaison des 58 femmes à jour de leur frottis et des 193 femmes non à jour
- 2.2. Analyse des freins chez les femmes non à jour de leur dépistage
 - 2.2.1. Accès aux soins – Méconnaissance des acteurs du dépistage
 - 2.2.2. Rôle de la précarité économique
 - 2.2.3. Vécu de l'examen gynécologique
 - 2.2.4. Sentiment d'être non-concernée - Représentations du cancer
 - 2.2.5. Influence des connaissances
 - 2.2.6. Rôle du médecin
 - 2.2.7. Avis sur l'auto-prélèvement

3. Perspectives et conclusions

- 3.1. Généralisation de l'auto-prélèvement
- 3.2. Maintien d'une place centrale du médecin traitant
- 3.3. Développement de la formation et sensibilisation à la prévention du cancer du col de l'utérus des médecins
- 3.4. Amélioration du système de communication et d'information concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus
- 3.5. Modification de la prise en charge financière du dépistage
- 3.6. Amélioration des échanges avec l'assurance maladie afin d'avoir une base de données à jour

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

1. [**Annexe 1 : Questionnaire**](#)
2. [**Annexe 2 : Lettre d'information**](#)
3. [**Annexe 3 : Guide d'entretiens semi-dirigés**](#)

Analyse des obstacles rencontrés par les femmes ne répondant pas au dépistage par frottis cervico-utérin ni aux auto-prélèvements à domicile dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus

Alix Moireau, Julie Bollen

Le travail a été réalisé de façon équitable entre les auteurs. La réalisation de la grille d'entretien a été créée de façon commune et les entretiens semi-dirigés ont été partagés en deux entre les auteurs, chacun retranscrivant les entretiens qu'il a lui-même réalisés.

Les résultats de la partie qualitative ont été analysés d'abord de façon individuelle pour l'ensemble des entretiens puis les modifications se sont faites à partir d'une réflexion commune.

La rédaction de l'ensemble de la thèse a été partagée entre les deux auteurs de façon équitable.

RESUME

Analyse des obstacles rencontrés par les femmes ne répondant pas au dépistage par frottis cervico-utérin ni aux auto-prélèvements à domicile dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus

Introduction : L'incidence du cancer du col de l'utérus est estimée à 2920 nouveaux cas en 2018. Il est responsable de 1117 décès en France. Malgré la mise en place d'un dépistage organisé en 2018, le taux de participation reste bien en deçà de l'objectif de 80% de couverture fixé par le Plan cancer 2014-2019. L'étude des freins au dépistage a permis de proposer une alternative au frottis : l'auto-prélèvement vaginal et urinaire.

L'objectif de cette étude est d'identifier les freins persistants chez des femmes non répondantes aux multiples relances.

Méthode : L'étude se compose d'une analyse quantitative multicentrique via un questionnaire envoyé aux femmes non répondantes aux sollicitations de dépistage par frottis cervico-utérin et par auto-prélèvement, dans 3 départements (Maine-et-Loire, Indre-et-Loire et Finistère) puis d'une analyse qualitative sur la base d'entretiens semi-dirigés individuels de femmes n'ayant pas répondu au questionnaire.

Résultats : Sur 11255 envois, 260 réponses au questionnaire ont été recueillies. 58 femmes étaient finalement à jour de leur frottis, 193 ne l'étaient pas. L'analyse s'est portée sur ces 2 catégories de population. Par la suite, 12 entretiens semi-dirigés ont été menés.

Les femmes non à jour, de façon significative, appartenaient plus souvent aux catégories socioprofessionnelles précaires, étaient célibataires, sans enfant au domicile. Des freins ont été mis en évidence tels que les difficultés d'accès aux soins mais aussi un manque de connaissance globale sur les modalités du dépistage et du cancer en lui-même, retrouvé également lors des entretiens individuels. Ceux-ci mettaient en évidence chez ces femmes une perte de confiance dans le système de santé ainsi qu'un impact des expériences de vie sur la volonté de réaliser le dépistage. 75% des femmes étaient favorables à l'auto-prélèvement, avec une préférence pour l'urinaire.

Conclusion : L'étude a mis en évidence différents axes d'action notamment l'amélioration du système de communication et d'information sur le dépistage et le développement de la formation et sensibilisation des médecins. Une majorité de femmes interrogées étaient favorables à la généralisation de l'auto-prélèvement comme nouvelle méthode de dépistage.

Il reste de nombreux éléments à améliorer afin de majorer la participation au dépistage, l'auto-prélèvement en fait partie.

Mots clés : dépistage organisé, cancer du col de l'utérus, prévention secondaire, frottis cervico-utérin, freins, auto-prélèvement.

INTRODUCTION

L'incidence du Cancer du Col de l'Utérus (CCU) est estimée en 2018 à 2920 nouveaux cas et est responsable de 1117 décès en France. (1) C'est le 12ème cancer chez la femme par ordre de fréquence en France. Il fait suite à des lésions précancéreuses d'évolution lente induite par un virus, le Papillomavirus Humain (HPV). Plusieurs stratégies complémentaires ont été mises en place afin de réduire l'incidence de ce cancer : la prévention primaire par la vaccination contre l'HPV, chez les filles de 11 à 19 ans, étendue depuis janvier 2021 aux garçons de 11 à 19 ans et la prévention secondaire par le dépistage du cancer du col de l'utérus. (2) Ce dépistage, initialement individuel puis s'intégrant dans le cadre du Dépistage de Masse Organisé (DMO) reposait initialement sur le Frottis Cervico-Utérin (FCU), réalisé 1 fois tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans après 2 frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle. (3) La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis à jour les recommandations sur le dépistage en 2019, suite à la publication de plusieurs études montrant que le dépistage était plus efficient en réalisant un frottis tous les 3 ans de 25 à 30 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle, puis un test de dépistage HPV tous les 5 ans de 30 à 65 ans. (4)

Cependant, ces préventions restent insuffisantes : en 2018, la couverture vaccinale contre l'HPV était d'environ 23% (5) et le dépistage individuel était suivi par 59% des femmes. (1) Or le plan cancer 2014-2019 avait pour objectif, en mettant en place le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, d'obtenir une couverture vaccinale de 60% et un taux de dépistage dans la population cible de 80% (6) afin d'éviter 90% des cancers du col de l'utérus (7). Pour améliorer l'adhésion à ce dépistage, plusieurs stratégies ont été mises en place, dont l'organisation en DMO. En effet l'étude Duport, évaluant le dépistage organisé du CCU dans 13 départements pilotes dont le Maine-et-Loire et l'Indre-et-Loire, avait montré une majoration de participation de 11% au dépistage du CCU (et une participation globale de 60%). (8) Cependant, les taux de

participation les plus élevés dépassaient à peine 70%, bien en deçà de l'objectif de 80% de couverture fixé par le Plan cancer 2014-2019.

Plusieurs études qualitatives avaient donc été réalisées afin de rechercher les freins au dépistage, qui sont multiples : manque d'information, manque de temps, délai d'obtention d'un rendez-vous trop long, oubli ou négligence, réticence vis-à-vis de l'examen gynécologique ou encore peur du résultat. (3,9-11)

L'Institut National du Cancer (INCa), en étude préliminaire à la généralisation du dépistage organisé, avait identifié des grands groupes de femmes non-répondantes : les femmes de plus de 50 ans, en situation médicale défavorable, dans une situation économique et/ou sociale défavorable, ainsi que des cas particuliers (femmes enceintes, femmes migrantes, femmes homosexuelles,...) (12)

A l'étranger, dans plusieurs études dont une importante revue de la littérature, des freins similaires étaient retrouvés : gêne face à un examen gynécologique, peur de la douleur ou du résultat, sentiment d'être non concernée, manque de connaissance ou de temps, barrière liée au praticien ou à l'examen gynécologique en lui-même. L'influence du niveau socio-économique était d'autant plus marquée en fonction du système de soin du pays. (13-15)(16)

En France, des études ont été réalisées afin de proposer des pistes alternatives dans le but d'améliorer le dépistage du CCU, tels que l'Auto-Prélèvement Vaginal (APV) et Urinaire (APU), et d'en vérifier leur efficacité. En 2007, l'étude Payan-Ducancelle, menée par les Centres du Finistère et du Maine-et-Loire, avait démontré l'efficacité du dépistage du CCU par la recherche d'HPV dans les urines par rapport au FCU. (17) En 2013, l'étude APACHE-1, réalisée en Indre-et-Loire sur un large échantillon de 722 femmes, avait montré que l'auto-prélèvement vaginal était un moyen performant pour détecter l'HPV en comparaison avec un FCU. (18)

L'étude Roland réalisée en 2015, à Brest, avait mis en évidence un groupe de femmes favorables à un nouveau dépistage par détection de l'HPV par Auto-Prélèvement (AP) urinaire ou vaginal (de 36 à 49 ans, actives, habitant en zone urbaine). (9)

De même une étude de l'INCa en 2015, incluant une revue de la littérature, proposait l'utilisation de kit d'AP afin d'augmenter la participation au dépistage. (12)

Ces résultats étaient également corrélés par l'étude CapU3 réalisée dans le Maine-et-Loire entre 2016 et 2018 : la proposition de réaliser un auto-prélèvement urinaire à un échantillon de femmes n'ayant pas réalisé leur FCU depuis plus de 8 ans avait permis une augmentation de la participation au dépistage du CCU de 15%. (19)

Puis les études APACHE-2 et APACHE-3, réalisées en Indre-et-Loire, montraient une meilleure participation au dépistage du CCU en proposant aux femmes non à jour un dépistage par auto-prélèvement vaginal. (20,21)

Malgré ces propositions d'alternatives au FCU, il existe encore de nombreuses femmes ne répondant à aucune des stratégies de dépistage disponible, probablement en lien avec la persistance de multiples freins, déjà identifiés ou non.

Cette étude, appelée étude ODACC (Obstacles du Dépistage par frottis et Auto-prélèvement à domicile du Cancer du Col de l'utérus) faisait suite aux trois études citées précédemment (CapU pour le Maine-et-Loire, PapU pour la Bretagne et Apache pour l'Indre-et-Loire) et avait pour objectif d'identifier les freins persistants chez ces femmes non-répondantes au dépistage par FCU et à l'envoi à domicile d'un AP. Elle avait également pour but de recueillir leur avis concernant l'AP, au travers d'une analyse quantitative et qualitative.

MÉTHODE

1. Partie quantitative de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative multicentrique, de cohorte, rétrospective, par auto-questionnaires envoyés par voie postale aux femmes non-répondantes aux sollicitations de dépistages par FCU et AP.

1.1. Sélection des participantes

1.1.1. Critères d'inclusion

Être une femme, éligible au dépistage du cancer du col de l'utérus, non-répondante à la sollicitation par courrier d'incitation au FCU dans le cadre du DMO et à l'envoi d'un kit d'AP vaginal ou urinaire à domicile, ayant participé à l'une des études suivantes : Apache pour la région d'Indre-et-Loire, PapU29 pour la région de Bretagne et CapU1 et CapU3 pour la région du Maine-et-Loire.

1.1.2. Critères de non inclusion

Être âgée de plus de 68 ans au 01/07/2020, avoir déménagé dans une autre région avec changement de caisse d'assurance maladie avant le 01/07/2020, avoir réalisé un FCU dans les 3 dernières années, être en cours de suivi pour un FCU pathologique, avoir eu une hystérectomie totale, être décédée.

1.1.3. Constitution de la cohorte

Une base de données initiale d'environ 45 000 femmes a été constituée suite aux études CapU, Apache et PapU29 réalisées par les centres de dépistage des cancers de l'Ouest entre 2010 et 2018. Ces études concernaient des femmes n'ayant pas réalisé leur dépistage du CCU par frottis cervico-utérin et à qui il avait alors été proposé la

réalisation d'un auto-prélèvement (vaginal ou urinaire) afin d'augmenter la participation au dépistage dans ces populations.

Afin d'atteindre une puissance statistique suffisante, le nombre minimal de réponses était estimé à 1000 questionnaires. En se basant sur un taux de réponse de 10%, il était prévu d'inclure dans l'étude ODACC 12000 femmes tirées au sort dans la base de données initiale des 45000 femmes. En cas de non-réponse au questionnaire dans un délai d'un mois, une relance était prévue par SMS auprès de 5000 femmes tirées au sort parmi celles n'ayant pas répondu à l'auto-questionnaire.

Après retrait de la base de données initiale des femmes présentant des critères de non inclusion, il restait 11255 femmes pour constituer la cohorte de l'étude.

1.2. Protocole de l'étude

L'auto-questionnaire (Annexe 1) a été élaboré par l'équipe du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Brest à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès des femmes ayant participé à l'étude PapU29.

Cette première analyse qualitative a permis de retenir les questions les plus pertinentes concernant les freins au dépistage à inclure dans l'auto-questionnaire. Les caractéristiques associées au fait d'être non répondantes (situation socio-économique, crainte liée au dépistage, information sur ce dépistage, accessibilité à un médecin, leviers favorisant le dépistage) ont été prises en compte. L'auto-questionnaire a par la suite fait l'objet de modifications par les trois centres participants à l'étude ODACC (Bretagne, Maine-et-Loire, Indre-et-Loire), par méthode ronde Delphi, puis a été testé par téléphone sur un groupe d'une vingtaine de personnes tirées au sort dans le Finistère.

L'auto-questionnaire a été envoyé par voie postale le 2 novembre 2020, accompagné d'une lettre d'information (Annexe 2) rappelant le bénéfice du dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que d'un lien permettant d'accéder au questionnaire en ligne grâce à un QR Code (Quick Response Code). Le questionnaire a été paramétré avec le logiciel Sphinx au CHU de Brest avec un accès en ligne.

Les participantes avaient donc le choix de remplir le questionnaire papier et de le renvoyer par voie postale dans une enveloppe T, ou de le remplir directement en ligne. A chaque femme a été attribué un numéro personnel anonyme, permettant d'éviter les doublons de remise d'un questionnaire papier et numérique.

Concernant la relance par SMS, elle s'est faite le 1 février 2021 de façon centralisée par l'équipe localisée à Brest. Le SMS comprenait un lien permettant d'accéder au questionnaire en ligne. (22)

1.3. Recueil des données

La réception des questionnaires papiers s'est réalisée à Angers, avec saisie manuelle des données sur le logiciel Sphinx. Les données des questionnaires en ligne ont directement été intégrées sur ce logiciel. La période d'enquête était définie à 3 mois maximum. L'extraction a ensuite été réalisée sous un format Excel à partir du logiciel Sphinx, puis l'ensemble des données a été analysée via le logiciel de statistique Jasp par la méthodologue recrutée pour l'étude. L'analyse a été descriptive et comparative, réalisée via un test du Chi 2.

2. Partie qualitative de l'étude

La seconde partie était une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels. Initialement des entretiens semi-dirigés de groupe (focus-group) étaient prévus mais n'ont pu être réalisés du fait de la crise sanitaire.

Les critères d'inclusion et de non inclusion sont les mêmes que pour l'étude quantitative. Le fait de ne pas avoir répondu au questionnaire était un critère d'inclusion supplémentaire.

2.1. Recrutement et constitution de l'échantillon

Les participantes sont des femmes incluses dans l'étude ODACC et n'ayant pas répondu ni au premier envoi du questionnaire ni à la relance par SMS et dont le numéro de téléphone était renseigné dans la base de données des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages et des Cancers (CRCDC). Toutes les participantes ayant répondu aux appels téléphoniques ont donné leur consentement oral pour participer à l'étude après présentation du déroulement et des objectifs de celle-ci.

L'échantillonnage s'est fait en recherche de variation maximale selon les critères d'âge, de localisation et de situation de vie de famille.

Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à saturation théorique des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

2.2. Protocole

Le guide d'entretien (Annexe 3) a été élaboré à partir des hypothèses issues de la littérature, et des réponses de l'analyse quantitative.

Avant l'entretien, un recueil de données a été réalisé reprenant quelques questions de l'auto-questionnaire. Par la suite, l'entretien s'est composé de 11 questions ouvertes abordant des grands thèmes tels que les éléments personnels, les facteurs environnementaux et sociaux et les facteurs médicaux. Après une brève explication du fonctionnement, des questions ouvertes puis une question fermée portant sur l'avis des femmes concernant l'AP ont été posées afin d'approfondir les freins et motivations à la réalisation de celui-ci.

Ce guide d'entretien avait fait l'objet de relectures et de modifications avant validation par l'équipe de l'étude ODACC.

Les entretiens se sont déroulés du mois d'avril 2021 au mois de juillet 2021.

Les femmes ont été contactées une première fois, avec message vocal laissé en cas de non-réponse. Elles ont été appelées en sélectionnant dans la base de données, de manière équilibrée, des femmes habitant dans les régions d'Indre-et-Loire, de Maine-et-Loire et du Finistère, en milieu rural ou urbain, avec des variations d'âge.

Il était proposé aux femmes de réaliser l'entretien en visioconférence ou en entretien téléphonique. Le choix leur était aussi donné de programmer un rendez-vous ultérieurement ou de réaliser l'entretien au moment du premier appel.

La participante était informée oralement quant à la confidentialité, l'anonymisation des entretiens et un consentement oral était recueilli.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou d'un enregistreur vocal sur ordinateur.

Ils étaient ensuite intégralement retranscrits mot pour mot sur le logiciel de traitement de texte Word®, par l'interne ayant conduit l'entretien.

2.3. Analyse des données

Les données retranscrites ont été analysées au fil de l'eau pour identifier les unités minimales de sens afin de les classer en catégories puis en thèmes selon une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée. Une double lecture des entretiens et de leur codage par les enquêtrices a permis une triangulation afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

3. Ethique et réglementation

L'étude ODACC a été validée par le Comité de Protection des Personnes (CPP) (référence de validation n°ODACC : 29BRC19.0253) et a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

RÉSULTATS

1. Partie quantitative de l'étude

1.1. Analyse de l'ensemble des réponses

L'envoi des 11255 questionnaires par courrier s'est fait le 19/11/2020. Trois centres ont participé aux envois pour cette enquête : Maine-et-Loire (n=7899, 70%), Bretagne (n=2352, 21%) et Indre-et-Loire (n=1004, 9%).

La réception des réponses aux questionnaires s'est faite de novembre 2020 à février 2021. Le taux de réponse était, en moyenne pour les 3 centres, d'un peu plus de 2% soit un total de 223 réponses sur l'ensemble des courriers envoyés.

Tableau I : Réception des questionnaires

	Maine- et-Loire	Bretagne	Indre-et- Loire	TOTAL
Nombre de courriers envoyés	7899	2352	1004	11255
Nombre de PND*	151	67	20	238
Nombre de questionnaires papier reçus	101	85	37	223
Taux de participation papier	1.30%	3.72%	3.76%	2.02%
Envoi SMS	866	276	495	1637
Nombre de questionnaires remplis via lien SMS	2	30	5	37
Nombre de questionnaire total	103	115	42	260
Taux de participation total	1.30%	4.89%	4.18%	2.31%

*PND : Pli non distribué

Du fait d'un manque de coordonnées (obtention de 1637 numéros de portables versus les 5000 prévus initialement), afin d'obtenir un taux de réponse maximal, la relance SMS a été adressée à l'ensemble des femmes de la cohorte n'ayant pas renvoyé l'auto-questionnaire.

Sur les 1637 SMS envoyés, 1517 SMS ont été reçus par les participantes, 120 n'ont pas été reçus (échec opérateur, abonné inconnu).

Suite à la relance par SMS, le 01/02/2021, 37 réponses supplémentaires ont été collectées auprès des 3 centres de dépistage des cancers permettant d'obtenir au total 260 réponses : Maine-et-Loire (n=103), Bretagne (n=115) et Indre-et-Loire (n=42).

1.1.1. Sur le plan social

1.1.1.1 Age

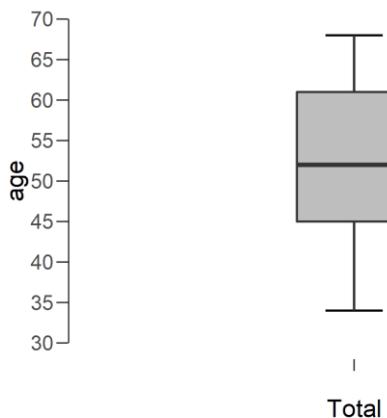


Figure 1 : Boite à moustache de l'âge

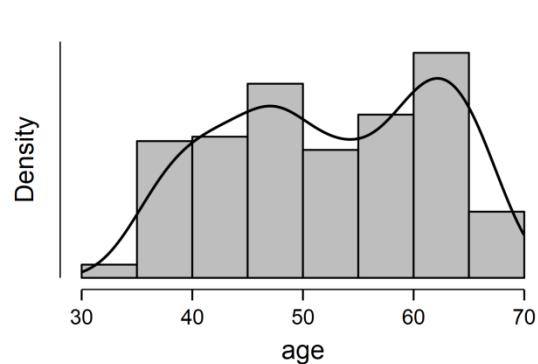


Figure 2 : Histogramme par classe d'âge

Les femmes présentaient un âge moyen de 52 ans [34 ans-68 ans]. Elles avaient pour la majorité plus de 35 ans.

1.1.1.2 Situation professionnelle

Tableau II : Distribution des situations principales

Situation	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Emploi	137	52.7	55.5	67.6
Chômage	19	7.3	7.7	12.1
Retraite ou préretraite	67	25.8	27.1	100.0
Femme au foyer	13	5.0	5.3	72.9
Autre	11	4.2	4.5	4.5
Données manquantes	13	5.0		
Total	260	100.0		

Un peu plus de la moitié des femmes (53%) avait un emploi et un peu plus d'un quart d'entre elles (26%) étaient en préretraite ou en retraite.

1.1.1.3 Rythme de travail

Concernant les personnes avec emploi, 59% travaillaient à temps complet et 41% à temps partiel.

1.1.1.4 Catégorie socioprofessionnelle

Tableau III : Distribution des catégories socioprofessionnelles

Catégories socioprofessionnelles	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Agricultrice exploitante	5	1.9	2.0	2.0
Artisane	6	2.3	2.4	4.5
Commerçante	9	3.5	3.7	16.7
Cheffe d'entreprise	2	0.8	0.8	13.0
Cadre et PI supérieure, profession libérale	19	7.3	7.7	12.2
Profession intermédiaire	28	10.8	11.4	98.4
Employée	155	59.6	63.0	79.7
Ouvrière	18	6.9	7.3	87.0
Vous n'avez jamais travaillé	4	1.5	1.6	100.0
Manquante	14	5.4		
Total	260	100.0		

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était "employée" (59.6%).

1.1.1.5 Niveau d'études

Tableau IV : Distribution du niveau d'études

Niveau d'étude	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Sans diplôme, scolarité interrompue	14	5.4	5.7	100.0
Certificat d'études primaires	8	3.1	3.3	94.3
Brevet des collèges	15	5.8	6.1	57.8
CAP ou BEP	81	31.2	33.2	91.0
BAC**, Brevet professionnel ou équivalent	43	16.5	17.6	51.6
BAC +1 ou +2	32	12.3	13.1	15.6
BAC +3 ou +4	38	14.6	15.6	31.1
BAC +5 et plus	7	2.7	2.9	34.0
Autre*	6	2.3	2.5	2.5
Manquantes	16	6.2		
Total	260	100.0		

*Certificat d'aide-soignante, Certificat de fin d'études secondaires, concours administratifs, IME, Niveau V, niveau CAP tourneur fraiseur

** Baccalauréat

Concernant le niveau d'étude des participantes, 16,6% avaient un niveau baccalauréat (BAC), près d'un tiers avaient fait des études supérieures (31,6%) et 45,5% n'avaient pas le niveau BAC.

1.1.1.6 Condition de vie familiale

Tableau V : Distribution de la situation familiale

Situation familiale	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Autre *	5	1.9	2.0	2.0
En couple	175	67.3	71.4	73.5
Seule	65	25.0	26.5	100.0
Manquantes	15	5.8		
Total	260	100.0		

* Seule avec sa mère, seule avec 1 enfant, avec père et sœur, veuve 3 enfants, avec sa mère

Concernant la situation familiale des participantes, 67,3% des femmes étaient en couple et 25% d'entre elles vivaient seules.

1.1.1.7 Condition de parentalité

Sur les 260 participantes, 141 femmes vivaient sans enfant au domicile soit 54,2%.

Cent dix-neuf femmes (119) vivaient avec au moins un enfant au domicile : 39 femmes avaient un enfant, 47 en avaient 2, 26 en avaient 3, 5 en avaient 4 et 2 en avaient 5.

1.1.1.8 Statut d'aidant

Tableau VI : Distribution des femmes aidantes

Femmes aidantes	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	180	69.2	74.1	74.1
Oui, actuellement	13	5.0	5.3	79.4
Oui, par le passé	50	19.2	20.6	100.0
Données manquantes	17	6.5		
Total	260	100		

Près d'un quart des femmes étaient (5%) ou avaient été (19,2%) aidantes principales pour une personne malade de leur entourage.

1.1.2. Sur le plan médical

1.1.2.1 Maladie chronique

Tableau VII : Distribution des maladies chroniques

Maladie chronique	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	139	53.5	57.9	57.9
Oui	101	38.8	42.1	100.0
Données manquantes	20	7.7		
Total	260	100.0		

Plus de trente-huit pourcents (38,8%) des femmes déclaraient avoir une maladie chronique nécessitant une prise régulière de médicaments et des consultations chez le spécialiste.

1.1.2.2 Antécédents familiaux de cancer gynécologique

Sur les deux cent soixante (260) participantes, 45 femmes, soit 17,3%, déclaraient avoir des antécédents familiaux de cancers gynécologiques (cancer du sein, cancer de l'ovaire et cancer de l'utérus confondus).

1.1.3. Sur le plan du suivi

Cinquante-huit des 260 femmes (soit 22,3%) déclaraient avoir réalisé un frottis dans les 3 dernières années, ce qui ne correspondait pas aux données des CRCDC.

Neuf femmes n'avaient pas répondu à cette question.

1.2. Comparaison des 58 femmes à jour de leur frottis et des 193 femmes non à jour

Devant ces résultats, il a été réalisé une comparaison des femmes ayant répondu au questionnaire et déclarant avoir réalisé leur frottis dans les 3 dernières années (n=58) de celles n'étant pas à jour de leur dépistage (n=193) puis par la suite une analyse portant seulement sur les 193 femmes déclarant ne pas avoir réalisé leur frottis.

La comparaison des femmes s'est faite sur les questions portant sur les données socioprofessionnelles dans la mesure où la deuxième partie du questionnaire ne concernait que les femmes n'ayant pas fait de frottis dans les 3 dernières années.

1.2.1. Sur le plan social

1.2.1.1 Selon la situation professionnelle

Tableau VIII : Distribution croisée des situations principales

Situation	Frottis au cours des 3 dernières années			Total
	Non	Oui		
Autre	Effectif	6.00	4.00	10.00
	% en colonne	3.2 %	6.9 %	4.1 %
Chômage	Effectif	16.00	3.00	19.00
	% en colonne	8.6 %	5.2 %	7.8 %
Emploi	Effectif	98.00	39.00	137.00
	% en colonne	52.4 %	67.2 %	55.9 %
Femme au foyer	Effectif	9.00	4.00	13.00
	% en colonne	4.8 %	6.9 %	5.3 %
Retraite ou préretraite	Effectif	58.00	8.00	66.00
	% en colonne	31.0 %	13.8 %	26.9 %
Total	Effectif	187.00	58.00	245.00
	% en colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	9.108	4	0.058
N	245		

Il existait plus de femmes en retraite/préretraite chez celles n'ayant pas fait leur frottis (31%) que chez celles l'ayant fait (13,8%).

De même, chez les femmes à jour de leur dépistage du CCU, les femmes avec un emploi (67%) étaient plus nombreuses que les femmes sans emploi (un peu moins d'un tiers).

La comparaison des femmes ayant réalisé ou non leur frottis durant les 3 dernières années selon leur situation socioprofessionnelle était cependant non significative (*p* 0,058).

1.2.1.2 Selon la catégorie socioprofessionnelle

Tableau IX : Distribution croisée des catégories socioprofessionnelles

Catégories socioprofessionnelles	Frottis au cours des 3 dernières années			Total
	Non	Oui		
Agricultrice exploitante	Effectif % en colonne	2.00 1.1 %	3.00 5.2 %	5.00 2.0 %
Artisane	Effectif % en colonne	3.00 1.6 %	3.00 5.2 %	6.00 2.4 %
Cadre et profession intellectuelle supérieure, profession libérale	Effectif % en colonne	13.00 7.0 %	6.00 10.3 %	19.00 7.8 %
Cheffe d'entreprise	Effectif % en colonne	0.00 0.0 %	2.00 3.4 %	2.00 0.8 %
Commerçante	Effectif % en colonne	5.00 2.7 %	4.00 6.9 %	9.00 3.7 %
Employée	Effectif % en colonne	120.00 64.2 %	35.00 60.3 %	155.00 63.3 %
Ouvrière	Effectif % en colonne	16.00 8.6 %	2.00 3.4 %	18.00 7.3 %
Profession intermédiaire	Effectif % en colonne	25.00 13.4 %	2.00 3.4 %	27.00 11.0 %
Vous n'avez jamais travaillé	Effectif % en colonne	3.00 1.6 %	1.00 1.7 %	4.00 1.6 %
Total	Effectif % en colonne	187.00 100.0 %	58.00 100.0 %	245.00 100.0 %

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	20.84	8	0.008
N	245		

Les catégories socioprofessionnelles les plus élevées (chef d'entreprise, cadre et profession intellectuelle supérieure, ..) étaient plus représentées chez les femmes à jour de leur frottis.

Une différence significative était retrouvée ($p = 0.008$) entre les femmes ayant réalisé ou non un frottis selon la catégorie socioprofessionnelle.

1.2.1.3 Selon le temps de travail

Tableau X : Distribution croisée du temps de travail

Temps travail	Frottis au cours des 3 dernières années			Total
	Non	Oui		
Non	Effectif	81.00	19.00	100.00
	% en colonne	44.5 %	32.8 %	41.7 %
Oui, temps complet	Effectif	58.00	25.00	83.00
	% en colonne	31.9 %	43.1 %	34.6 %
Oui, temps partiel	Effectif	43.00	14.00	57.00
	% en colonne	23.6 %	24.1 %	23.8 %
Total	Effectif	182.00	58.00	240.00
	% en colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	3.067	2	0.216
N	240		

Les résultats ne mettaient pas en évidence de différence significative concernant le temps de travail effectif (temps plein, temps partiel ...).

1.2.1.4 Selon le niveau d'étude

Tableau XI : Distribution croisée du niveau d'étude

Etude	Frottis au cours des 3 dernières années			Total
	Non	Oui		
Autre	Effectif 6.00	0.00		6.00
	% en colonne 3.2 %	0.0 %		2.5 %
BAC +1 ou +2	Effectif 23.00	8.00		31.00
	% en colonne 12.4 %	13.8 %		12.8 %
BAC +3 ou +4	Effectif 27.00	11.00		38.00
	% en colonne 14.6 %	19.0 %		15.6 %
BAC +5 et plus	Effectif 5.00	2.00		7.00
	% en colonne 2.7 %	3.4 %		2.9 %
BAC, Brevet professionnel ou équivalent	Effectif 32.00	11.00		43.00
	% en colonne 17.3 %	19.0 %		17.7 %
Brevet des collèges	Effectif 13.00	2.00		15.00
	% en colonne 7.0 %	3.4 %		6.2 %
CAP* ou BEP**	Effectif 60.00	21.00		81.00
	% en colonne 32.4 %	36.2 %		33.3 %
Certificat d'études primaires	Effectif 7.00	1.00		8.00
	% en colonne 3.8 %	1.7 %		3.3 %
Sans diplôme, scolarité interrompue	Effectif 12.00	2.00		14.00
	% en colonne 6.5 %	3.4 %		5.8 %
Total	Effectif 185.00	58.00		243.00
	% en colonne 100.0 %	100.0 %		100.0 %

* CAP : Certificat d'Aptitude Pratique

** BEP : Brevet d'Etude Professionnelle

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	5.021	8	0.755
N	243		

La comparaison des femmes selon leur niveau d'étude étaient non significative ($p = 0.755$), cependant une discrète tendance à une proportion plus importante de niveau d'étude supérieur chez les femmes ayant réalisé leur frottis était notée.

1.2.1.5 Selon la condition de vie familiale

Tableau XII : Distribution croisée des conditions de vie familiale

Situation familiale	Frottis au cours des 3 dernières années		
	Non	Oui	Total
Autre	Effectif	4.00	4.00
	% en colonne	2.2 %	0.0 %
En couple	Effectif	125.00	49.00
	% en colonne	67.6 %	84.5 %
Seule	Effectif	56.00	9.00
	% en colonne	30.3 %	15.5 %
Total	Effectif	185.00	58.00
	% en colonne	100.0 %	100.0 %

Chi-Squared Tests

Value	df	p
X ²	6.611	2 0.037
N	243	

Parmi les femmes à jour de leur frottis, 84,5% étaient en couple et 15,5% célibataires, et parmi les femmes non à jour, 67,6% étaient en couple et 30,3% célibataires. Cette différence concernant la condition de vie de famille (*p* 0.037) était donc significative.

1.2.1.6 Selon la condition de parentalité

Tableau XIII : Distribution croisée des conditions de parentalité

	Frottis au cours des 3 dernières années		
	Non	Oui	Total
Féminin	Effectif	33.00	15.00
	% en colonne	17.1 %	25.9 %
Masculin	Effectif	45.00	26.00
	% en colonne	23.3 %	44.8 %
Sans enfant	Effectif	115.00	17.00
	% en colonne	59.6 %	29.3 %
Total	Effectif	193.00	58.00
	% en colonne	100.0 %	100.0 %

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	16.86	2	<0.001
N	251		

Plus de soixante-dix pourcents (70,7%) des femmes à jour dans leur dépistage vivaient avec des enfants au domicile versus 40,4% des femmes non à jour de leur frottis. Cette différence en fonction de la condition de parentalité était significative ($p<0.001$).

1.2.1.7 Selon le statut d'aidant

Tableau XIV : Distribution croisée des aidantes

Aidant	Frottis au cours des 3 dernières années			Total
	Non	Oui		
Non	Effectif	131.00	49.00	180.00
	% en colonne	70.8 %	86.0 %	74.4 %
Oui, actuellement	Effectif	11.00	2.00	13.00
	% en colonne	5.9 %	3.5 %	5.4 %
Oui, par le passé	Effectif	43.00	6.00	49.00
	% en colonne	23.2 %	10.5 %	20.2 %
Total	Effectif	185.00	57.00	242.00
	% en colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	5.307	2	0.070
N	242		

Parmi les femmes non dépistées 29,1% étaient aidantes ou avaient été aidantes par le passé (respectivement 5,9% et 23,2%), et parmi celles à jour de leur dépistage par le frottis, 14% étaient aidantes ou avaient été aidantes (respectivement 3,5% et 10,5%). Cette différence était non significative ($p = 0.07$).

1.2.2. Sur le plan médical

1.2.2.1 Selon la présence de pathologie chronique

Tableau XV : Distribution croisée des maladies chroniques

Maladie chronique	Frottis au cours des 3 dernières années			Total
	Non	Oui		
Non	Effectif	103.00	36.00	139.0
	% en colonne	56.3 %	63.2 %	57.9 %
Oui	Effectif	80.00	21.00	101.0
	% en colonne	43.7 %	36.8 %	42.1 %
Total	Effectif	183.00	57.00	240.0
	% en colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	0.843	1	0.359
N	240		

Il existait une discrète différence entre les femmes non à jour de leur frottis ayant une maladie chronique et celles n'ayant pas de pathologie chronique, sans différence significative.

1.2.2.2 Selon les antécédents familiaux de cancer gynécologique

Tableau XVI : Distribution croisée des antécédents de cancers gynécologiques

ATCD de cancer gynécologique	Frottis au cours des 3 dernières années			Total
	Non	Oui		
Non	Effectif	152.00	44.00	196.00
	% en colonne	82.6 %	77.2 %	81.3 %
Oui	Effectif	32.00	13.00	45.00
	% en colonne	17.4 %	22.8 %	18.7 %
Total	Effectif	184.00	57.00	241.00
	% en colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	0.841	1	0.359
N	241		

Il n'était pas mis en évidence de différence significative concernant la présence d'antécédents de cancer gynécologique (cancer du sein, cancer de l'ovaire et cancer de l'utérus confondus) dans la famille.

1.3. Analyse descriptive des 193 femmes non à jour de leur frottis

1.3.1. Accès aux soins

Tableau XVII : Distributions « Estimez-vous habiter une zone manquant de professionnels de santé ? »

Couverture médicale	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	135	69.9	73.8	73.8
Oui	48	24.9	26.2	100.0
Données manquantes	10	5.2		
Total	193	100.0		

Presque vingt-cinq pourcents (24,9%) des femmes estimaient habiter dans une zone manquant de professionnels de santé.

En termes de temps de trajet déclaré, l'accès à un médecin généraliste se faisait en 12,5 minutes en moyenne, et pour le gynécologue en 31 minutes en moyenne.

Tableau XVIII : Distribution du nombre de femmes pour qui le délai pour obtenir un rendez-vous pour faire un frottis paraît trop long

Chez le médecin traitant	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	117	60.6	82.4	82.4
Oui	25	13.0	17.6	100.0
Données manquantes	51	26.4		
Total	193	100.0		

Chez le gynécologue	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	45	23.3	36.6	36.6
Oui	78	40.4	63.4	100.0
Données manquantes	70	36.3		
Total	193	100.0		

Ce délai pour obtenir un rendez-vous chez le médecin traitant paraissait trop long pour 13% des femmes, et chez le gynécologue pour 40 % d'entre elles.

A noter que plus d'un quart des femmes n'avaient pas répondu à cette question : en prenant en compte le pourcentage valide de réponse, parmi les 142 femmes ayant répondu à la question, 17% estimaient que le temps pour obtenir un rendez-vous chez leur médecin traitant était trop long et 63,4% concernant les délais de rendez-vous chez le gynécologue.

1.3.2. Attention portée aux autres dépistages

Tableau XIX : Distribution du nombre de femmes selon l'attention portée aux autres dépistages

	Oui	Non	Non répondantes	Total	%	% valide
Cancer colorectal	79	52	62	193	40.9	60.3
Cancer du sein	121	10	62	193	62.6	92.3

En ce qui concernait l'intérêt porté aux autres dépistages, elles étaient un peu plus de 60% à se déclarer concernées par le cancer du sein et un peu plus de 40% par le cancer colorectal.

A noter que le nombre de non-réponses était important pour cette question : en considérant les 131 femmes ayant répondu à la question, 121 se sentaient concernées par le dépistage du cancer du sein, soit 92,3%, et 79 se sentaient concernées par le dépistage du cancer colorectal, soit 60,3% d'entre elles.

1.3.3. Connaissances sur le frottis cervico-utérin et le suivi

Tableau XX : Distribution selon les professionnels de santé identifiés comme susceptibles de pratiquer un FCU

	Oui	Non	Non répondantes	Total	%	% valide
Gynécologue	152	24	17	193	78.7	86.3
Médecin traitant	114	62	17	193	59	64.7
Sage-femme	50	126	17	193	25.9	28.4
Biologiste médical	11	165	17	193	5.6	6.2
Infirmier	11	165	17	193	5.6	6.2
Autres *	2	174	17	193	1	1.1

* Pas de précision

Sur les participantes, près de 80 % identifiaient leur gynécologue comme professionnel de santé pouvant réaliser le FCU, près de 60% identifiaient leur médecin traitant et un quart identifiaient la sage-femme comme professionnel participant à ce dépistage.

Tableau XXI : Distribution des examens possibles permettant la réalisation du dépistage du CCU

Examen	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Prise de sang	61	31.6	43.6	100.0
Prélèvement génital en position gynécologique	55	28.5	39.3	51.4
Prélèvement d'urine	12	6.2	8.6	12.1
Prélèvement salivaire	4	2.1	2.9	54.3
Discussion abordant la sexualité	3	1.6	2.1	56.4
Autre	5	2.6	3.6	3.6
Données manquantes	53	27.5		
Total	193	100		

Sur les femmes interrogées, 28,5% savaient que le dépistage du cancer du col de l'utérus se faisait par la réalisation du FCU. Plus d'un tiers des femmes (31,6%) pensaient que le dépistage pouvait se faire à l'aide d'une prise de sang.

A noter que plus d'un quart des femmes n'avaient pas répondu à cette question.

Tableau XXII : Distribution du nombre de femmes s'étant vu proposer un frottis par un professionnel

	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	141	73.1	81.5	81.5
Oui	32	16.6	18.5	100.0
Données manquantes	20	10.4		
Total	193	100.0		

Selon les femmes interrogées, 16,6% d'entre elles s'étaient vues proposer par un professionnel la réalisation d'un FCU.

1.3.4. Avis concernant la vaccination contre le CCU

Tableau XXIII : Distribution « Doutez-vous de l'efficacité du vaccin contre le CCU ? »

	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	108	56.0	65.1	65.1
Oui	58	30.1	34.9	100.0
Données manquantes	27	14.0		
Total	193	100.0		

Cinquante-huit (58) femmes soit 30% déclaraient douter de l'efficacité du vaccin. A noter que 27 femmes (14%) n'avaient pas répondu à cette question.

Tableau XXIV : Distribution des femmes ayant vacciné leur fille

	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	65	33.7	64.4	64.4
Oui	36	18.7	35.6	100.0
Données manquantes	92	47.7		
Total	193	100.0		

Presque la moitié des femmes n'avaient pas répondu à la question, possiblement parce qu'elles n'étaient pas concernées (pas de fille, ou fille non en âge d'être vaccinée). Si l'on considère le nombre de réponses valides, près de deux tiers des femmes, soit 64,4%, déclaraient ne pas avoir vacciné leur fille.

Tableau XXV : Distribution « recommanderiez-vous ce vaccin à vos proches ?»

	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non	56	29.0	40.6	40.6
Oui	82	42.5	59.4	100.0
Données manquantes	55	28.5		
Total	193	100.0		

Quarante-deux pourcents et demi (42,5%) des femmes recommanderaient ce vaccin à leur proche versus 29% qui ne le recommandaient pas.

A noter que pour cette question il existait 28,5% de données manquantes. En considérant le pourcentage valide, presque 60% des répondantes recommanderaient ce vaccin à leurs proches.

1.3.5. Représentations autour du dépistage du CCU

Tableau XXVI : Représentations des femmes autour du dépistage du CCU (en %)

	Pas du tout d'accord	Peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Ø	Total
Le dépistage du cancer du col de l'utérus est entièrement pris en charge par l'assurance maladie	2,1	4,7	9,8	69,4	14	100
Je suis attentive aux symptômes, si quelque chose n'allait pas, je le saurai	8,8	20,7	38,3	19,2	13	100
Etant donné ma vie sexuelle, il y a peu de risque que je développe cette maladie	28	12,4	19,2	22,8	17,6	100

La majorité des répondantes pensaient que le dépistage du CCU était pris en charge par la sécurité sociale (79,2% en accord).

En ce qui concerne les croyances en lien avec le CCU, plus de la moitié des femmes (57,5%) pensaient que l'apparition du CCU était en lien avec l'apparition de symptômes (38,3% "plutôt d'accord" et 19,2% "tout à fait d'accord") et 42% d'entre elles considéraient qu'elles n'étaient pas concernées par le dépistage du CCU de par leur activité sexuelle (22,8 % "plutôt d'accord" et 17,6 % "tout à fait d'accord").

1.3.6. Freins potentiels au dépistage du CCU

Tableau XXVII : Raisons pour lesquelles les femmes déclarent ne pas avoir réalisé leur FCU (en %)

Je n'ai pas eu de frottis...	Pas du tout d'accord	Peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Ø	Total
...par manque de temps	28,5	7,3	18,1	18,7	27,5	100
...par manque d'argent	44	11,9	7,3	6,2	30,6	100
...par manque d'intérêt	28	16,6	17,1	9,8	28,5	100
...par manque d'envie	17,6	8,8	24,9	21,8	26,9	100
...par peur du résultat	31,1	11,9	16,1	12,4	28,5	100
...par peur de l'examen gynécologique	25,4	8,3	18,7	20,7	26,9	100
...par peur d'avoir mal	30,6	11,4	17,1	10,9	30,1	100
...car mon médecin ne me l'a pas proposé	20,7	7,8	16,6	26,9	28	100
... car je préfère ne pas savoir de quoi demain sera fait	38,9	10,4	11,9	9,3	29,5	100

A noter que pour cette question, arrivant à la fin du questionnaire, il existait 25 à 30% de données manquantes pour chacune des propositions. L'analyse des résultats s'est faite sur la totalité des réponses (193).

Pour plus d'un tiers des 193 femmes (36,8%), le manque de temps était un frein potentiel (18,1% "assez d'accord" et 18,7% "assez d'accord"). Elles étaient moins d'un tiers (28,5%) à ne pas être en accord avec cette notion.

L'argent ne serait pas un frein pour la majorité des répondantes. Elles étaient 13,5% (7,3% "assez d'accord" et 6,2% "tout à fait d'accord") à considérer que l'aspect financier jouait un rôle dans le fait de ne pas réaliser le dépistage par FCU.

Un peu plus d'un quart des femmes (26,9%) pensaient que le manque d'intérêt pour le dépistage était un frein à la réalisation du frottis.

Près de la moitié (46,7%) considéraient que le manque d'envie était un frein à la réalisation du FCU (24,9% "un peu d'accord" et 21,8% "tout à fait d'accord").

Vingt-huit pourcents et demi (28,5%) d'entre elles considéraient la peur du résultat comme un frein à la réalisation du FCU.

Près de quarante pourcents (39,4%) des femmes déclaraient que la peur d'un examen gynécologique pouvait être un frein (18,7% "assez d'accord" et 20,7% "tout à fait d'accord").

Inversement, la peur de la douleur n'était pas un frein pour 42% d'entre elles (30.6% "pas du tout d'accord" et 11,4% "peu d'accord").

Elles étaient 43,5% à déclarer que le fait que leur médecin ne leur avait pas proposé la réalisation du FCU était un frein à sa réalisation (16,6% "plutôt d'accord" et 26,9% "tout à fait d'accord").

Près d'une femme sur 5 (21,2%) citait comme frein à la réalisation du FCU le besoin de ne pas savoir de quoi demain sera fait, 11,9% sont "assez d'accord" avec cette idée et 9,3% sont "tout à fait d'accord".

1.3.7. Avis concernant l'auto-prélèvement

Tableau XXVIII : Avis des femmes concernant l'auto-prélèvement

	Effectifs	%	% valide	% cumulés
Non favorable	25	13.0	14.9	14.9
Favorable	143	74.1	85.1	100.0
Données manquantes	25	13.0		
Total	193	100.0		

Près de trois quarts des femmes étaient favorables à l'auto-prélèvement.

Concernant les femmes favorables à la réalisation d'un auto-prélèvement :

Tableau XXIX : Préférence du type d'auto-prélèvement

Type d'auto-prélèvement	Effectif	%	% valide
Urinaires	103	53.3	74.1
Vaginal	66	34.1	47.4
Sanguin	51	26.4	36.6
Salivaire	58	30	41.7

Cent trente-neuf (139) femmes sur les 143 favorables à l'AP faisaient part de leur préférence en ce qui concerne le type d'auto-prélèvement pour la réalisation du dépistage du CCU.

Sur ces femmes, près de 75% étaient favorables à un auto-prélèvement urinaire et un peu moins de la moitié à l'auto-prélèvement vaginal.

La dernière question du questionnaire comprenait une réponse libre.

Plusieurs motifs à la non réalisation du test étaient évoqués tel que "*manque de temps*", "*manque d'envie*", "*peur du résultat*". Certaines citaient le manque de confiance dans le test par auto-prélèvement et le manque d'information le concernant "*J'y serais plus favorable, mais pas intéressée, par manque d'informations*". Plusieurs expliquaient avoir seulement oublié de le réaliser ou que la date de péremption du test était dépassée. Quelques femmes nous expliquaient avoir eu une hysterectomie. Certaines ne se sentaient pas concernées de par leur vie sexuelle, "*lié je pense à mon activité sexuelle = peu de risques*" ou de leur âge, d'autres nous faisaient part d'une perte de confiance vis à vis de la médecine "*Le manque de confiance du corps médical (=décue par une expérience précédente douloureuse)*".

2. Partie qualitative de l'étude

2.1. Description de la population

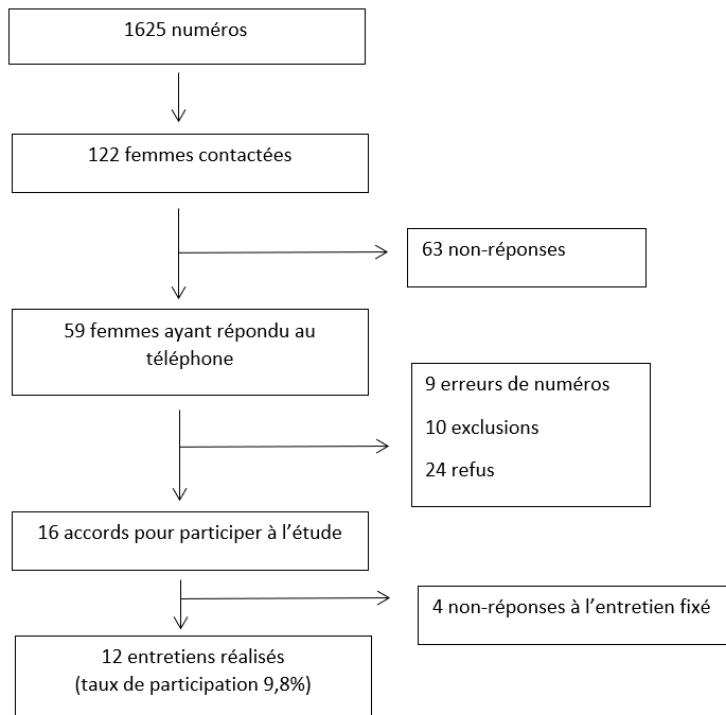


Figure 3 : Recrutement des participantes (Flow Chart)

D'avril à juin 2021, 122 femmes ont été contactées : 57 dans la région du Maine-et-Loire, 55 dans la région d'Indre-et-Loire et 21 dans la région de Bretagne. Parmi elles, 59 personnes ont répondu. Il existait 9 erreurs de numéro (numéro de téléphone appartenant à un homme ou numéro non attribué), 10 exclusions (5 hysterectomies, 2 à jour de leur FCU, 3 femmes de plus de 68 ans) et 24 refus.

Il était prévu de poursuivre les appels jusqu'à saturation des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

Seize (16) femmes ont accepté initialement de participer à l'étude. Parmi celles-ci, 12 entretiens ont été réalisés : 4 dans la région du Maine-et-Loire, 5 dans la région d'Indre-et-Loire et 3 dans la région de Bretagne.

Il était proposé à chaque femme de réaliser l'Entretien (E) soit par appel téléphonique soit en visioconférence et de le programmer à une date ultérieure si elles le souhaitaient.

Les 12 femmes interrogées ont toutes choisi de réaliser l'entretien par appel téléphonique, souvent pour une raison pratique, une expliquait se sentir plus à l'aise pour parler de sujets personnels. Quatre entretiens ont été programmés ultérieurement, huit ont été réalisés au moment du 1er appel.

2.1.1. Caractéristiques de la population interrogée

Tableau XXX : Caractéristiques de la population

Entretien	Durée	Age	Statut relationnel	Enfants	Statut professionnel	Localisation
E1	15 min	66 ans	veuve	3	retraitée	M* : urbain
E2	19 min	68 ans	célibataire	1	retraitée	I* : rural
E3	15 min	46 ans	en couple	1	sans emploi	I : urbain
E4	14 min	46 ans	en couple	2	emploi	M : urbain
E5	19 min	59 ans	en couple	3	emploi	I : urbain
E6	16 min	61 ans	célibataire	0	retraitée	I : semi-rural
E7	19 min	63 ans	en couple	2	retraitée	I : semi-rural
E8	19 min	61 ans	en couple	2	retraitée	M : rural
E9	20 min	62 ans	veuve	2	retraitée	B* : semi-rural
E10	15 min	42 ans	célibataire	0	sans emploi	M : rural
E11	23 min	59 ans	en couple	0	emploi	B : rural
E12	27 min	40 ans	en couple	2	emploi	B : rural

M* : Maine-et-Loire Angers, B* : Bretagne, I* : Indre-et-Loire

Les femmes ayant accepté de participer à l'étude étaient âgées de 40 à 68 ans (moyenne d'âge 56 ans). Elles étaient plus de la moitié à être en couple, les trois quarts avaient des enfants. La moitié des femmes étaient retraitées, un tiers avaient un emploi et un sixième étaient sans emploi.

Moins de la moitié vivaient dans un milieu rural, un tiers en milieu urbain et un quart en milieu semi-rural.

Les entretiens ont duré entre 14 et 27 minutes soit une moyenne de 18 minutes et 30 secondes. Les entretiens ont été réalisés en intégralité, hormis un entretien (E6) qui a été écourté pour raison d'un double appel, proche de la fin de l'entretien (durée de 16 minutes).

2.1.2. Suivi gynécologique

Tableau XXXI : Caractéristiques du suivi gynécologique

Entretien	suivi gynécologique	dernier frottis
E1	Médecin généraliste	Il y a 4 ans
E2	Médecin généraliste Pas de suivi depuis 15-20 ans	Il y a plus de 20 ans
E3	Médecin généraliste	Jamais de FCU réalisé
E4	Gynécologue	Il y a 6 ans
E5	Gynécologue	Il y a plus de 10 ans
E6	Pas de suivi	Jamais de FCU réalisé
E7	Gynécologue Pas de suivi depuis 15 ans	Jamais de FCU réalisé
E8	Médecin généraliste et gynécologue	Il y a plus de 5 ans
E9	Pas de suivi	Il y a plus de 15 ans
E10	Pas de suivi	Jamais de FCU réalisé
E11	Pas de suivi	Il y a plus de 20 ans
E12	Médecin généraliste	il y a 6 ans

En ce qui concernait leur suivi et le dépistage par FCU, une seule participante déclarait avoir réalisé un FCU il y a moins de 5 ans (en 2017). Trois d'entre elles déclaraient avoir fait un frottis il y a plus de 5 ans, quatre d'entre elles il y a plus de 10 ans et quatre d'entre elles n'avaient jamais réalisé de frottis.

2.2. Analyse des entretiens

2.2.1. La réticence au dépistage

Dans l'ensemble des entretiens, les femmes faisaient part de leur réticence face au dépistage du cancer du col de l'utérus et de leur négligence vis-à-vis de celui-ci "Il est très ancien, oui je vous dis ça fait ptet 20 ans" (E2), "J'ai quand même beaucoup d'occupations donc c'est vrai que heu ... que c'que j'peux enlever de mon emploi du temps que j'considère inutile" (E6).

2.2.1.1 Le sentiment d'une médecine déshumanisée

Plusieurs femmes de l'étude soulignaient réaliser leur suivi par obligation et non par réel intérêt pour leur santé " Si faut y aller, j'y vais hein, y'a pas de problème, mais j'veais être... voyez comme quand on va chez un dentiste on y va à reculons" (E5), "Ma situation professionnelle faisait qu'on me l'imposait parce que j'étais militaire" (E11)

Elles évoquaient à de nombreuses reprises leur sentiment envers la médecine d'aujourd'hui qu'elles trouvaient déshumanisée "on a l'impression d'être des marchandises, plus des humains" (E2), "on est des boîtes à fric, des numéros" (E2).

Ces femmes rapportaient également un manque de confiance envers leur médecin. Elles disaient de fait ne pas se sentir à l'aise avec lui, ce qui pouvait parfois les amener à ne pas suivre ses recommandations "Quand j'ai besoin je passe par là, pour avoir une ordonnance avoir ce dont j'ai besoin" (E6).

Cette idée de déshumanisation associée à une perte de confiance, créait d'après ces femmes le sentiment de ne plus être considérées en tant que personnes "ce type d'examen c'est pas facile psychologiquement en tant que femme parce que [...] on est à moitié nue dans une position pas très confortable et oui pas très agréable du coup

quand la personne en face, en tant que médecin, n'en tient pas compte" (E12). Les participantes à l'étude semblaient avoir, suite à ces sentiments, un véritable besoin de préserver leur intimité, au dépend de leur *suivi "bah heu j'ai pas envie d'écartier les pattes et de me faire voir"* (E2).

Elles rapportaient une véritable perte de confiance dans le système de santé, "*Pour avoir un rendez-vous [...] faut attendre 1 mois et demi voire 2 voir 3 voire même 6 mois, c'est pas possible, on a le temps de crever pendant ce temps là*" (E2), "*quelque part j'ai plus confiance en la médecine*" (E2) et également dans l'efficacité de la médecine "*j'ai une fille qui est malade, gravement malade et heu j'ai tellement vu de médecins se gratter la tête que...*" (E6).

2.2.1.2 Le manque de connaissances sur le sujet

Toutes les femmes interrogées rapportaient soit un manque de connaissances vis-à-vis du CCU, soit des connaissances erronées.

La plupart des participantes associaient le cancer du col de l'utérus à une vie sexuelle active, et de ce fait elles ne se sentaient concernées : "*Ma vie sexuelle est plutôt derrière moi, je ne me sens pas, plus concernée quoi*" (E1).

D'autres femmes pensaient qu'il n'existe aucun lien entre les deux "*je pense pas que ça ait un rapprochement à voir avec l'activité sexuelle*" (E8)

Pour certaines des femmes interrogées, le risque de développer le CCU était plus important à un âge jeune "*Étant donné que j'ai 66 ans, il y a moins de risque que quand j'étais plus jeune [...] c'est moins important car je rentre dans la vieillesse.*" (E1), "*Pour moi le papillomavirus c'est plus une maladie qui touche les jeunes*" (E9).

D'autres participantes pensaient être moins à risque après la ménopause "*depuis que je suis ménopausée j'ai jamais refait faire de frottis*" (E2), et semblaient de fait moins craindre les conséquences du CCU "*on risque de se faire retirer l'utérus ou voilà après ... bon à l'âge que j'ai j'aurai plus d'enfants*" (E9).

La grande majorité des participantes pensaient qu'il n'y avait pas de cancer sans symptômes "*j'veais bien, donc j'considère que j'ai pas besoin*" (E9).

Certaines rapportaient agir une fois les symptômes installés "*j'ai pas de problème, pas d'infections pas de pertes blanches pas de truc comme ça voilà j'ai jamais eu de tout ça donc bah voilà*" (E2), d'autres pouvaient aller jusqu'à ignorer ceux-ci "*Moi je, ben voilà je soigne quand le mal est là*" (E11).

Parmi les femmes interrogées, quelques unes rapportaient ne pas se sentir concernées du fait de l'absence de cancer gynécologique dans leur famille "*dans ma famille il n'y a pas de cancer [...] donc je pense que forcément heu j'ai cette alerte là en moins*" (E12), "*dans la famille on est plutôt en bonne santé*" (E6).

Une femme interviewée évoquait le fait qu'avoir une bonne hygiène de vie protégeait du CCU "*je pense avoir une vie saine donc heu je sais pas*" (E2).

Les quelques participantes informées de l'existence de la vaccination contre l'HPV méconnaissaient son intérêt, pensant que le vaccin protégeait totalement du cancer "*si on est vacciné je ne vois pas l'intérêt*" (*au sujet du frottis*) (E4).

Quelques femmes interrogées exprimaient un manque de connaissances sur le dépistage par FCU ou sur la vaccination anti HPV "*de nom oui, heu ça m'évoque un souvenir lointain*" (E12), "*j'avoue que j'ai jamais fait de dépistage du col [...] je sais même pas comment ça se passe d'ailleurs*" (E7) "*Il y a des vaccins ? Bah déjà je ne savais pas que ça existait*" (E4).

2.2.1.3 Les peurs

Certaines participantes exprimaient une peur entraînant un déni vis-à-vis d'un éventuel cancer : "*si j'creuse un peu au fond de moi peut-être un peu la politique de l'autruche sans doute. Voilà, tout va bien donc si tout va bien tout va bien.*" (E9). Elles décrivaient une véritable crainte, l'éventualité d'un résultat positif étant source

d'angoisse "j'pense que je stresserai jusqu'à temps que j'ai le résultat quoi [...] pendant ce temps-là vous avez le temps de vous poser des questions" (E7), "Le seul truc que j'aurai à craindre c'est le résultat" (E2).

Cette crainte du résultat pouvait être alimentée notamment par un vécu, une expérience difficile. C'est le cas notamment des femmes de l'étude ayant ou ayant eu un proche atteint de cancer, que cela soit un cancer gynécologique ou tout autre cancer "*ma petite sœur qui est morte d'un cancer du sein, y'a des problèmes de cancer du côlon dans la famille du côté de maman*" (E5).

Plusieurs femmes de l'étude soulignaient le fait que la peur de la douleur les freinaient dans la réalisation d'un examen gynécologique et donc dans le dépistage : "*j'suis une personne qui souffre tout le temps de maux de vie, mais j'trouve que ce terrain là il est plus fragile qu'ailleurs*" (E5).

Parfois une mauvaise expérience d'un examen gynécologique était rapportée par des participantes, à l'origine du choix de ne plus réaliser d'examen "*Elle m'a fait très mal puis j'ai heu.. j'ai arrêté*" (E5).

Dans certaines situations, l'examen en lui-même n'était pas envisageable : une femme interrogée décrivait avoir "*une crainte et une aversion*" (E10) envers l'examen sans pouvoir réellement développer ce ressenti.

Enfin, il a été abordé avec toutes les participantes la question de l'auto-prélèvement urinaire et vaginal. Une peur, spécifique à ce type d'auto-prélèvement, était soulevée par quelques-unes de ces femmes : la peur de mal faire le prélèvement et donc de fausser les résultats "*ouais bah j'aime mieux aller chez mon médecin traitant, parce que mon médecin bah j'ai plus confiance que moi de me l'faire c'est là que je rate et tout, là elle me le fait et tout y'a pas de soucis*" (E3).

2.2.2. La passivité vis-à-vis du dépistage

Dans la majorité des entretiens, une certaine passivité des femmes vis-à-vis de leur santé était exprimée. En effet, si certaines femmes de l'étude ne rapportaient pas être à l'initiative de leur dépistage, ni actrice de leur prévention, elles déclaraient se montrer assez disciplinées dans la réalisation de leur frottis "*c'était moi ou elle, ça peut arriver que ça soit moi mais c'est plutôt à son initiative qui me dit bah on va faire un frottis*" (E1). La plupart des participantes disaient suivre l'avis de leur médecin, soulignant la confiance qu'elles accordaient à celui-ci, voire la nécessité d'une "autorité médicale" : "*oui.. bah oui je suis quand même ... assez obéissante de ce côté-là* (E7), "*oui si mon médecin me le propose ... je ... je fais tout ce qu'il me dit*" (E9).

Pour quelques-unes de ces femmes, cette passivité pouvait amener à un suivi qu'elles n'auraient pas initié "*tout simplement il m'a dit je veux vous reprendre en main, je veux vous voir tous les 3 mois au départ et maintenant c'est tous les 5-6 mois voilà c'est très bien.*" (E6), mais il était rare que celui-ci soit très régulier.

2.2.2.1 La préservation de l'intimité

La plupart des femmes interviewées soulignaient que leur réticence à la réalisation d'un examen gynécologique les menait à l'absence de dépistage : "*je n'ai pas dépassé le stade où je trouve que l'examen est trop désagréable pour que j'ai envie de le faire*" (E12). Cette réticence à l'examen gynécologique pouvait être due, d'après les participantes, au sentiment d'être considérée comme un *objet* "*Si ce n'est que c'est jamais très agréable, c'est pas une position agréable, c'est pas heu... voilà. C'est médical*" (E9), ainsi que la peur de la douleur.

Souvent d'après ces femmes, c'était le besoin de préserver leur intimité qui pouvait jouer comme frein à l'examen gynécologique : "*bah c'est invasif au sens heu bah en*

fait tout ce type d'examen au niveau de la pudeur c'est pas très compatible avec la pudeur en fait, donc heu personnellement j'ai tendance à me dire que moins j'en fais mieux je me porte" (E12). Presque la totalité des femmes exprimaient le besoin de préserver leur intimité "*j'aime pas qu'on aille trop farfouiller de ce côté là voilà" (E2), "les examens c'est vraiment quelque chose que... heu... j'aime pas d'trop quoi... c'est quelque chose d'intime" (E5), "Donc heu, moi ça me convient pas. L'examen en lui-même quoi. C'est une partie du corps qui est assez particulière, je sais pas" (E11)*

Si la raison à cette pudeur n'était pas forcément expliquée, l'influence de l'entourage et de l'éducation pouvaient être évoquée par certaines participantes "*C'est un blocage peut-être, ou alors c'est mon éducation qu'a été comme ça [...] c'est une chose tabou chez nous. A : les relations sexuelles aussi c'était tabou ? X : tabou, ouais. C'est peut-être... pour moi c'est surtout ça" (E5).* Pour cette femme, l'impact de la culture était également évoqué "*Vous savez c'est normal je suis portugaise" (E5).*

Pour la majorité des interviewées, le besoin de préserver son intimité pouvait être renforcé par le genre du médecin traitant "*C'est une femme, alors c'est plus simple comme ça" (E3).*

2.2.2.2 La non-priorisation de la santé

Une partie des interviewées expliquait placer leur santé au second plan. Parfois, cela pouvait être dû à l'existence d'une pathologie chronique, dont le suivi pouvait prévaloir sur le dépistage "*j'ai un traitement pour le diabète" (E6), "j'la vois heu... tous les 3 mois quoi pour refaire les médicaments" (E7).* Ces pathologies chroniques pouvaient également freiner la réalisation de l'examen gynécologique. En effet, une des participantes venant "*d'être diagnostiquée autiste Asperger" (E10)* se déclarait opposée à la réalisation d'un examen gynécologique et pouvait être freinée par l'idée de l'auto-prélèvement "*c'est galère ça, les prélèvements c'est très très galère" (E10).*

D'autres participantes déclaraient placer leur santé au second plan, car elles étaient dans une position de prendre soin des autres et pas d'elles-mêmes "*En ce moment pour me déplacer j'peux pas trop parce que mon mari... j'peux pas aller trop loin parce que j'ai mon mari qui a des problèmes de santé donc il peut pas rester tout seul.*" (E5), "*j'ai une fille qui est malade, gravement malade*" (E7).

Pour certaines femmes de l'étude, il pouvait également exister une forme de culpabilité venant renforcer cette attitude "*Et ça fait 3 ans que j'veis un enfer à cause de ça. Donc c'est très compliqué pour moi. C'est un contexte heu... voilà, (long silence) - A : vous avez l'impression d'avoir moins de temps aussi pour prendre soin de vous ? - X : il est clair que j'en ai beaucoup moins. Parce qu'elle est handicapée à plus de 80%. Elle est tombée du 6e étage. Par la fenêtre, si vous voyez ce que j'veux dire. Heu donc pour moi maintenant c'est un enfer. Enfin un enfer, j'veux dire, faut qu'je sois disponible - A : ça demande du temps, de la présence... - X : de la présence, de la patience, parce que c'est pas quelqu'un de très facile...*" (E7).

Plusieurs patientes expliquaient leur absence de dépistage par un manque de disponibilité psychique "*mon mari a eu, [...] des gros problèmes de santé. J'étais perturbée par cette histoire là donc j'ai un peu zappé mon cas à moi par rapport à lui.*" (E8), "*j'étais vraiment à une période de ma vie un peu compliquée et dans le déni total. Total [...] le décès brutal de mon mari, j'ai eu un moment de passage à vide et j'me suis pas vraiment occupée de ma santé*" (E9).

2.2.3. La précarité

Cette précarité, d'abord médicale, pouvait être liée pour certaines participantes à une difficulté d'accès aux soins, que ce soit de manière spatiale "*j'ai pas d'autre médecin attitré à côté de chez moi*" (E2), ou bien temporelle "*faut attendre un mois et demi*

voire deux voire trois voire même six mois” (E2), “aller prendre rendez-vous, ça veut aussi dire quitter le travail plus tôt” (E12).

Il existait pour plusieurs des femmes interviewées une dépendance aux autres “*j’habite Roscoff, et faut aller à Morlaix et je n’conduis pas, donc c’était plus heu voilà le... être obligée de déranger quelqu’un pour m’amener...*” (E9), “*les médecins ne se déplacent plus à domicile, [...] les gens ils hésitent ça c’est sûr. Même si vous êtes pas capable de prendre votre voiture bah faut la prendre ou trouver quelqu’un qui vous amène*” (E2).

La situation précaire de certaines femmes de l’étude “*logement HLM*” (E1), “*je recherche un emploi*” (E10), engendrait une réticence à la réalisation des soins non pris en charge à 100% “*là j’ai pu avoir la CMU en plus, là j’suis tranquille car j’ai la CMU jusqu’en 2022, mais si y’avait quelque chose à avancer j’pourrai pas le faire, parce qu’il faut avoir l’argent. Si on a une mutuelle bah faut avancer à la mutuelle, faut avoir l’argent parce-que moi vu que je touche que le RSA*” (E3).

Pour une des participantes, face à des difficultés financières, la santé n’était pas une priorité “*ça fait pas grand chose à deux, puis vu que y’a les factures et tout qui met dedans avec le RSA à la fin du mois avec les factures on n’a pas grand chose voilà c’est.. des mois .. c’est chaud parce que j’ai pas le droit aux restos du cœur parce que j’dépasse, le secours catholique j’dépasse.. voilà on s’débrouille on mange des pâtes à la fin du mois*” (E3).

Pour cette même femme et dans des situations de grande précarité, l'illettrisme pouvait également jouer un frein majeur à la réalisation du FCU, tout particulièrement aux relances ou propositions d'auto-prélèvement “*J’ai du mal à lire. Des fois j’arrive à lire mais si c’est trop expliqué des choses comme ça bah c’est trop compliqué pour moi j’arrive pas... par exemple des meubles à monter bah ça j’arrive mais pour des trucs comme ça, je préfère faire ça avec mon médecin*” (E3).

2.2.4. La position active dans le dépistage

2.2.4.1 La quête d'informations

Les femmes interrogées qui se disaient actives dans le dépistage déclaraient pouvoir demander l'information à leur médecin "*Quand j'ai besoin je lui pose des questions*" (E4), mais n'allait pas forcément considérer leur médecin comme seule source d'information. Ces participantes rapportaient le sentiment d'être responsable de leur santé "*peut être que si j'posais des questions au médecin il pourrait m'en parler hein, c'est vrai que du coup j'ai jamais posé de question sur ce sujet donc heu... j'ai une part de responsabilité dans mon ignorance*" (E7), "*vous savez le manque d'informations... j'ai 59 ans, l'information elle y est. Il faut aller la chercher aussi*"(E12).

Cette volonté d'être informée et de chercher l'information pouvait apporter chez ces femmes de l'étude certaines connaissances. En effet, plusieurs participantes rapportaient des notions notamment sur la physiopathologie du CCU "*je sais que les rapports sexuels peuvent apporter le cancer du col de l'utérus avec le papillomaviral*" (E2), "*Je pense que c'est des cellules du col de l'utérus qui mutent*" (E12), et sur l'intérêt du frottis "*je pense que c'est analysé en laboratoire et ça permet de voir si y a des cellules anormales ou pas*" (E12). Certaines femmes ne faisaient pas nécessairement de lien entre cancer et symptômes "*quel que soit le cancer, souvent de fois c'est quand heu c'est bien avancé que on s'aperçoit que on l'a*" (E2), cela pouvait les amener à considérer les risques.

Ce sentiment de responsabilité rapporté par quelques participantes : "*c'est à chaque personne de se prendre en charge [...] c'est à chacun de prendre sa santé en main*" (E8) pouvait les amener à avoir un suivi régulier, comme pour cette même femme qui

considérait "qu'il vaut mieux prévenir que guérir" et consultait de fait régulièrement son gynécologue "Pour un suivi quoi, pour être sûre que tout va bien. Y'a rien de spécial mais à partir d'un certain âge je pense que c'est bien de suivre, hormis le frottis, voir si tout va bien" (E8).

Elles étaient cependant très peu parmi les femmes interrogées à avoir des connaissances à ce sujet, et la démarche d'instaurer un suivi n'était retrouvée que dans un seul entretien.

2.2.4.2 Les éléments favorisants l'examen gynécologique

L'ensemble des femmes interrogées déclaraient avoir une relation de confiance avec leur médecin traitant "oui avec cette médecin là je me sens en confiance" (E3). Certaines des participantes attribuaient à celui-ci un véritable rôle d'acteur dans leur prévention, le plaçant au centre de leur suivi notamment gynécologique "j'ai eu un médecin traitant [...] qui faisait le suivi gynécologique et les frottis c'est lui qui me les faisait" (E2). Plusieurs femmes interviewées rapportaient se sentir à l'aise avec leur MT et considérées en tant que personne "elle a pris le temps d'échanger avec moi d'abord de discuter sur comment ça se passait sur comment je me sentais dans ma vie en ce moment" (E12).

Pour plusieurs participantes, le médecin traitant était celui qui réalisait les examens gynécologiques, invoquant un lien de confiance plus important qu'avec un autre professionnel de santé "je préfère faire ça avec mon médecin, plus confiance" (E3).

Pour certaines femmes de l'étude, l'examen gynécologique ne posait pas de problème, celles-ci étant plus à l'aise avec leur intimité "j'ai jamais eu d'apprehension pour réaliser un examen gynécologique" (E7).

De plus pour quelques participantes, le genre du médecin n'impactait pas sur la réalisation de l'examen gynécologique "En fait je pense que c'est pas le sexe de la

personne qui change mais son approche en tant que médecin. Voilà la manière dont elle prend en compte la personne en face” (E12).

Il a été évoqué plus haut dans l'analyse que la peur du cancer pouvait être un frein au dépistage, mais elle pouvait également être un levier.

En effet certaines femmes, après avoir été confrontées au cancer au travers de leur entourage, disaient être motivées à s'impliquer d'avantage dans leur suivi et notamment dans les dépistages “*j'ai eu mon mari qui a été atteint d'un cancer donc je pense que plus on est suivi, mieux ça vaut*” (E8).

De la même manière, chez une des participantes ayant déjà présenté des symptômes pouvant évoquer un cancer, l'adhésion au dépistage pouvait être plus importante par la suite. En effet, ayant eu des kystes mammaires bénins, elle rapportait être très rigoureuse dans la réalisation des mammographies pour le dépistage du cancer du sein “*comme j'ai eu des kystes, et que j'ai quand même flippé [...] donc c'est vrai que du coup j'le fais*” (E7).

2.2.4.3 L'adhésion à un dépistage différent

Si chez ces femmes il existait de nombreux freins à la réalisation du dépistage, certains pouvaient être atténués par une proposition alternative : l'auto-prélèvement. La majorité des participantes de l'étude semblait adhérer à cette idée “*si demain je le recevais, je le ferais*” (E12), “*je trouve ça sensationnel*” (E2).

La plupart des femmes interviewées rapportaient un intérêt pratique. L'économie de temps était régulièrement citée “*plus facile pour moi parce que à la maison*” (E1), “*les gens ils le font ils le renvoient et hop terminé, ils se déplacent pas*” (E2), “*ça nécessite pas une visite médicale*” (E6), ainsi que le confort qu'il apportait “*on se sent quand même beaucoup plus à l'aise quand on est chez soi*” (E11).

La possibilité d'éviter un examen gynécologique était appréciée par les femmes interrogées. Elles disaient que cela permettait de préserver leur pudeur "*enfin un truc où on n'a pas besoin d'être là à se faire voir*" (E2), "*je suis sûre d'avoir l'intimité de ma salle de bain, voilà c'est moins intimidant que de se déshabiller*" (E12), et d'éviter une potentielle douleur, souvent liée à la réalisation de l'examen gynécologique "*c'est pratique, c'est indolore*" (E2).

La simplicité du prélèvement était également soulignée par les participantes, principalement pour l'AP urinaire "*peut être la facilité, si ça se fait par urine.*" (E4), "*le test urinaire j'en ai fait beaucoup donc pas de problème*" (E9), "*en tant que test c'est plus facile dans la réalisation*" (E11).

Les femmes interviewées rapportaient peu de craintes vis-à-vis de l'AP "*j'aime bien savoir, non ça me fait pas peur, du tout*" (E5), "*moi nan si je devais le faire y'aurait rien qui me gênerait nan*" (E8), "*uriner dans un bocal c'est pas compliqué et puis votre histoire de coton-tige, non ça me fait pas peur du tout*" (E12), et considéraient la fiabilité de ce dépistage "*ça serait plutôt par prélèvement [...] j'ai l'impression comme ça que ça pourrait être plus précis*" (E1), "*si vous l'proposez j'imagine que c'est aussi fiable que prendre rendez-vous chez un médecin qui va vous faire un frottis*" (E9).

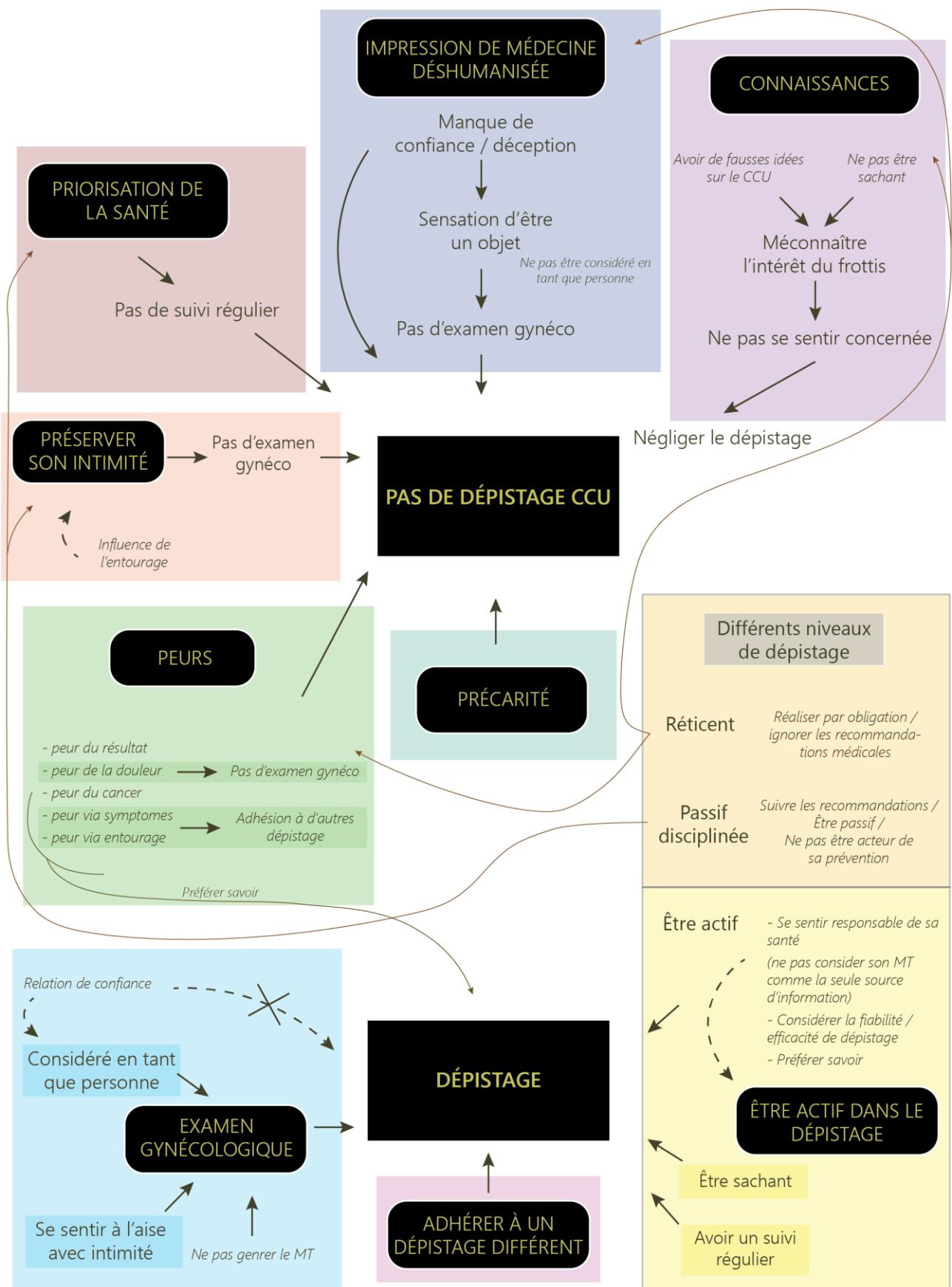


Figure 4 : Diagramme des liens et conséquences des freins au dépistage

2.3. Analyse complémentaire sur l'auto-prélèvement

Pour répondre aux interrogations concernant l'auto-prélèvement, il était prévu de poser des questions fermées dans le guide d'entretien afin d'obtenir des informations supplémentaires. Elles sont regroupées ici.

Tableau XXXII : Avis concernant l'auto-prélèvement

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	Total
Favorable	x	x			x		x	x	x		x	x	8 (66%)
Hésitantes				x		x							2 (16%)
Défavorable			x							x			2 (16%)

Parmi les 12 femmes interrogées, 8 d'entre elles, soit les deux tiers, se déclaraient favorables à l'auto-prélèvement, 2 d'entre elles semblaient hésitantes et 2 n'y étaient pas favorables.

Pour les 8 femmes favorables à l'AP, toutes évoquaient une raison "pratique" avec un dépistage facilité. 3 d'entre elles parlaient également du fait d'éviter un examen gynécologique (par pudeur, peur d'avoir mal,...).

Sur les 4 femmes non ou peu intéressées par l'auto-prélèvement, 2 d'entre elles ne se sentaient pas concernées du fait de l'absence de relation sexuelle, et les 2 autres rapportaient être effrayées par l'idée de mal réaliser l'analyse, ou de se faire mal. Elles exprimaient également un besoin de fiabilité.

Concernant les 8 femmes favorables à l'AP :

Tableau XXXIII : Préférence de réalisation de l'AP chez les femmes favorables

	E1	E2	E5	E7	E8	E9	E11	E12	Total
Vaginal	x	x							25%
Urinariaire			x		x	x	x		50%
Pas de préférence				x				x	25%

Les femmes, qu'elles soient favorables ou hésitantes, préféraient toutes l'idée de réaliser leur dépistage à domicile, hormis une des femmes favorables préférant le laboratoire, pour des raisons de "fiabilité".

Pour ce qui est du type de prélèvement, la moitié des femmes interrogées favorables à l'auto-prélèvement préférait le réaliser par analyse d'urine, invoquant la praticité, un moindre risque de mal faire ou de se faire mal, tout en préservant la pudeur. Un quart préférait plutôt l'auto-prélèvement vaginal, rapportant un sentiment plus fort de fiabilité ou bien ayant l'expérience de ce type de prélèvement. Un quart des femmes n'exprimait pas de préférence.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude fait suite aux études PapU29 (23), CapU1 (24), CapU3 (19), Apache-1 (18), Apache-2 (20) et Apache-3 (21) réalisées dans 3 centres proposant l'AP comme alternative au FCU chez les femmes ne réalisant pas le dépistage du CCU. Elle avait pour but de mettre en lumière les freins persistants chez les femmes non répondantes aux différents modes de dépistages proposés.

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

De nombreuses études ont été réalisées afin de détecter les freins au dépistage par FCU et l'effet de la proposition d'un AP sur l'amélioration du dépistage. Le premier point de cette étude était son originalité, en effet peu d'études avaient été réalisées sur les freins persistants chez les femmes non répondantes à de multiples relances, incluant une proposition d'AP.

De plus, cette étude permettait d'explorer les représentations des femmes non-répondantes vis-à-vis des acteurs de santé et du dépistage, ce que peu d'études avaient fait.

La double méthodologie quantitative et qualitative a permis d'approfondir les résultats sur les représentations des femmes, obtenus à partir des questionnaires mais aussi de répondre à d'autres interrogations ayant été soulevées par certaines réponses à l'auto-questionnaire.

Cette étude a également permis de développer l'opinion des femmes concernant l'auto-prélèvement. En effet, si plusieurs études permettaient de prendre conscience que la proposition d'un auto-prélèvement pouvait augmenter le taux de participation

au dépistage, il existait peu de données concernant l'opinion des femmes sur ce dernier en France.

De par le design de l'étude, les femmes interrogées avaient pour la majorité entre 40 et 65 ans. Il était intéressant d'explorer les freins spécifiques à cette tranche d'âge. En effet, l'adhésion au dépistage du CCU diminue de manière importante à partir de 50 ans, or le pic d'incidence du cancer du col de l'utérus se situe à cet âge-là, avec un âge médian de 53 ans au moment du diagnostic. (25,26)

1.1.1. Validité externe

Les caractéristiques sociales des femmes ciblées dans l'étude quantitative retrouvaient une population un peu plus précaire que dans la population générale, surtout concernant la situation socioprofessionnelle.

Elles étaient 25% à vivre seule dans cette étude. En 2016 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 11,5% des femmes entre 40 et 54 ans vivent seules, et 23,5% des femmes entre 55 et 64 ans. Le nombre de femmes interrogées vivant avec au moins un enfant à domicile était relativement similaire à celui de la population générale (45,8% dans l'étude versus 40,1% dans la population générale).

Les femmes de cette étude avaient moins souvent un emploi et étaient plus souvent à temps partiel que dans la population générale (respectivement 55% en emploi versus 68,2% des femmes de 15-64 ans et 41% à temps partiel versus 29,1% des femmes de 15-64 ans) et que dans leur catégorie d'âge (63,5% des 50-64 ans ont un emploi selon l'INSEE). De même, les catégories socioprofessionnelles élevées étaient peu représentées dans cette étude (7% dans l'étude versus 17,9% des femmes selon l'INSEE).

Elles étaient 54,5% à avoir au moins le niveau BAC, ce qui concorde avec les données de l'INSEE et le pourcentage de bacheliers, croissant, entre 1980 (25,9%) et 1999

(61,6%). Quarante pourcents des femmes de l'étude déclaraient avoir une maladie chronique, ce qui est très supérieur aux chiffres de l'assurance maladie (18,5% des femmes de 35 à 64 ans en ALD (Affection Longue Durée)). Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une déclaration personnelle de maladie chronique sans précision et sans notion de prise en charge en ALD. (27-29)

Près d'un quart des femmes interrogées étaient ou avaient été aidantes pour un proche, 5% déclaraient l'être actuellement. Des estimations de 2020 montrent que 18,3% des femmes sont aidantes pour un proche. Il est à noter que de nombreux aidants sont des séniors, plus âgés que ceux de la population ciblée par l'étude. (30)

L'HAS a réalisé en 2010 un état des lieux du dépistage du CCU en France comprenant notamment les caractéristiques des femmes non participantes.

Le taux de dépistage au CCU diminuait après 50 ans, ce que l'on retrouve également dans l'étude ODACC, les femmes de plus de 50 ans étant les plus représentées.

Si la situation socioprofessionnelle des femmes de cette étude était plus précaire que dans la population générale, elle concorde avec la situation des femmes non dépistées retrouvée dans la littérature. Il est également retrouvé un nombre plus important de femmes célibataires, ce qui concorde avec les caractéristiques des femmes de l'étude. (3,25,31,32)

1.1.2. Validité interne

L'analyse quantitative a été réalisée par une statisticienne agréée.

L'analyse qualitative a utilisé un guide d'entretien élaboré dans le respect des lignes COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research). Le travail en binôme a permis d'optimiser la collecte des données et leur analyse. Le nombre d'entretiens a aidé à obtenir une vision globale et des informations variées. Le double codage et la triangulation des données ont renforcé la validité interne de l'étude. La suffisance des

données semblait être retrouvée en fin d'analyse et a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

1.2. Limites de l'étude

Dans cette étude, il n'existe pas de données concernant les femmes entre 25 et 35 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au moment de la réalisation des études CapU, PapU et Apache (entre 2010 et 2015) celles-ci avaient moins de 25 ans et ne rentraient donc pas dans les critères d'inclusions.

Le taux de réponse globale à l'auto-questionnaire est très faible (en moyenne 2,3%), ce qui peut s'expliquer partiellement par la population ciblée. Celle-ci est connue pour être peu répondante aux différentes sollicitations et pour n'avoir participé à aucune des études dans lesquelles elles étaient incluses.

Le taux de réponse était différent entre les trois centres : 4% pour les centres des régions de Bretagne et d'Indre-et-Loire, 1,3% pour celui du Maine-et-Loire. Cette différence peut s'expliquer par la différence des populations interrogées : dans l'étude Apache, réalisée par le centre d'Indre-et-Loire, les femmes cibles étaient des femmes n'ayant pas répondu 9 mois après la relance pour la réalisation du frottis, alors que pour l'étude CapU, réalisée par le centre du Maine-et-Loire, les femmes cibles étaient des femmes non répondantes depuis 8 ans ou plus.

Il existait des erreurs d'inclusion de participantes, liées à la base de données initiale. En effet, parmi les 260 répondantes à l'auto-questionnaire, 58 déclaraient avoir réalisé un frottis dans les trois années précédentes et 22 avaient bénéficié d'une hystérectomie. Elles étaient donc 80 (soit 30%) à avoir été cibles alors qu'elles ne devraient plus appartenir à la base de données.

De même, lors du recrutement pour la partie qualitative, plusieurs femmes ont déclaré avoir eu un FCU récent ou être hystérectomisées. Dans deux des entretiens,

les femmes avaient un retard au dépistage déclaré plus court que celui attendu. Cela peut être dû à un biais de mémorisation, à un oubli ou à un défaut de transmission des données.

Cette proportion importante de femmes déclarant être à jour est cependant à nuancer. En effet, une partie peut s'expliquer par le fait que certaines femmes peuvent confondre la réalisation d'un FCU avec un autre prélèvement vaginal, ou un simple examen avec mise en place de spéculum. (33)

D'autre part, cela démontre également les difficultés de transmission des informations et de mise à jour des données de l'assurance maladie, qui ne sont pas faites de manière automatique quand le FCU est réalisé en milieu hospitalier, sans trace d'un remboursement individuel.

Ces difficultés de transmission étaient déjà notifiées dans l'analyse du BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) qui rapportait une probable surestimation du nombre de femmes non dépistées. (25)

Devant la présence de 58 femmes déclarant être à jour de leur FCU, il a été réalisé une analyse complémentaire, permettant une comparaison des femmes à jour à celles non à jour. Cette analyse n'était pas initialement prévue dans le design de l'étude mais on y retrouve cependant plusieurs différences significatives, concordantes avec les données de la littérature. (9,10,14,26)

En ce qui concerne l'analyse qualitative, l'inexpérience des chercheurs, novices dans la réalisation d'une recherche qualitative, était une limite.

Les entretiens étaient courts d'une durée moyenne de 18 minutes et 30 secondes, liés probablement aux questions de recueil et au profil des participantes. L'un des entretiens (E6) n'a pu être réalisé en totalité. Celui-ci a été écourté au moment des dernières questions portant sur l'AP (durée de l'entretien : 16 minutes).

2. Principaux résultats

2.1. Comparaison des 58 femmes à jour de leur frottis et des 193 femmes non à jour

Lors du déroulé de l'étude quantitative, 58 des 260 participantes disaient être à jour de leur dépistage par FCU. L'analyse comparative entre ce groupe et le groupe des 193 patientes non à jour a mis en évidence plusieurs différences significatives : les femmes qui avaient réalisé leur dépistage étaient en couple, avec des enfants et appartenaient à une catégorie socioprofessionnelle plus élevée. Ces données sont concordantes avec celles de la littérature, en France comme à l'étranger. (34,35)

Il n'a pas été retrouvé de différence significative quant à leur statut d'aidant ou leur situation professionnelle (avoir un emploi ou non) ni le fait d'avoir une maladie chronique. Cependant, on retrouve dans l'étude une tendance à l'influence de ces caractéristiques, particulièrement pour leur situation professionnelle et leur statut d'aidant.

Dans la littérature, ces facteurs jouent souvent un rôle dans le dépistage : l'étude de l'INCa relevait que les femmes dans une situation médicale défavorable ou dans une situation sociale précaire, adhéraient moins au dépistage du CCU. (12,31)

L'absence de différence significative, concernant des freins déjà connus dans la littérature, malgré une tendance retrouvée dans l'analyse quantitative et qualitative, peut s'expliquer par un manque de puissance de l'étude, du fait d'un échantillon trop faible. En effet, celui-ci était inférieur à la taille de l'échantillon attendue pour obtenir une puissance suffisante.

2.2. Analyse des freins chez les femmes non à jour de leur dépistage

Dans l'étude ODACC, ciblant des femmes Non-Répondantes (NR), les freins retrouvés étaient semblables aux freins au dépistage du CCU retrouvés dans la population générale.

2.2.1. Accès aux soins – Méconnaissance des acteurs du dépistage

Un quart des participantes estimaient habiter une zone manquant de professionnels de santé. En effet, elles étaient 60% à estimer le délai de rendez-vous chez un gynécologue trop long, alors qu'elles étaient près de 50% à ne citer que ce professionnel de santé comme pouvant réaliser leur FCU. De plus, plus de 40% n'identifient pas leur médecin traitant comme pouvant effectuer leur frottis, alors que l'accès à celui-ci était jugé raisonnable en termes de délai et de proximité. La partie qualitative de l'étude montrait que toutes les femmes interrogées avaient un médecin traitant et la plupart avaient un accès simple à ce premier recours.

D'autres part, très peu de participantes identifiaient la Sage-Femme (SF) comme professionnel pouvant réaliser le dépistage par FCU. Ces données correspondent avec celles de la littérature : un état des lieux et perspectives du cancer du col de l'utérus, publié en 2020, confirmait l'influence du problème de démographie médicale mais aussi de la méconnaissance de la possibilité de réaliser un FCU par une sage-femme sur la faible participation au FCU. En Auvergne, après une campagne de communication par le CRCDC sur la possibilité de faire réaliser son FCU par une SF, le nombre de FCU effectués par une SF a été multiplié par sept entre 2014 et 2018 (2,40 % à 13,87 %). (36)

Les différents intervenants possibles dans le cadre du DMO étaient donc peu connus des femmes. Cette méconnaissance peut être identifiée comme un frein au dépistage.

Le manque de suivi semblait avoir un impact d'autant plus important que plusieurs études retrouvaient une association entre suivi régulier et dépistage. (9,18,36)

2.2.2. Rôle de la précarité économique

Trente pourcents (30%) des femmes ignoraient la prise en charge du FCU par l'assurance maladie. Cependant, seuls 13,5% des participantes considéraient l'aspect économique comme un frein au dépistage, loin derrière le manque "d'envie" (50%) et le manque de temps (36%). Ces données sont concordantes avec celles de la littérature. (37)

La partie qualitative de l'étude nuancait ces chiffres : plusieurs femmes expliquaient que le fait de ne pas se sentir concernée ou d'avoir des craintes étaient des freins plus importants que l'aspect financier ou la disponibilité.

Cependant, l'une des participantes soulignait l'impact fort que pouvait avoir la précarité sur le dépistage, les grandes difficultés financières reléguant la santé au second plan et l'illettrisme associé limitant l'accès à l'information et donc au soin.

Les caractéristiques de la population de l'étude semblaient concorder avec le rôle du niveau socio-économique dans la participation au dépistage. Les données de la littérature soulignent le fait que les femmes dans une situation de précarité sont moins dépistées : elles font partie des grandes catégories de populations ne participant pas au dépistage relevées par l'INCa en 2015. (12,38,39)

Dans certains pays comme la Suisse, où le patient participe au coût des soins de santé, les inégalités de dépistage en fonction du niveau socio-économique sont d'autant plus marquées. (40)

En Suède, une autre étude a été réalisée auprès de 1500 femmes sur les freins au dépistage et l'influence du niveau socio-économique. L'étude estimait le coût total de réalisation d'un FCU à 55 euros (comprenant également le transport, garde

d'enfant,...) et le temps alloué à sa réalisation à 144 minutes. Ce temps nécessaire à la réalisation du frottis pourrait avoir plus d'impact chez ces femmes de l'étude, vivant aussi souvent avec des enfants que les femmes de la population générale, mais plus souvent célibataires. (14)

Pour le cas de la France, l'étude de l'INCa en 2015 proposait comme perspectives l'accès au dépistage du CCU sur la même base économique que les autres DMO (pas d'avance de frais et prise en charge à 100%). (12) Actuellement, en France, la prise en charge à 100% du FCU sans avance de frais ne concerne que les femmes dont le frottis date de plus de 3 ans.

2.2.3. Vécu de l'examen gynécologique

Près de 40% des répondantes à l'auto-questionnaire déclaraient que la peur de l'examen gynécologique était un frein à la réalisation du dépistage. Cette peur pouvait être liée à la pudeur, mais aussi à la douleur. Ces deux notions étaient développées dans l'analyse qualitative et étaient souvent associées à de mauvaises expériences passées. Ces freins sont retrouvés de manière omniprésente, en France ou à l'étranger. (9,13,40,41)

Dans une étude réalisée en Angleterre sur plus de 2000 personnes, comprenant 85% de femmes à jour et 15% de femmes non à jour, les freins principaux retrouvés étaient l'embarras, la peur d'avoir mal et la mauvaise expérience d'un ancien FCU. (42) Une autre étude quantitative, française, retrouvait comme freins principaux la peur de l'examen (55%) et la gêne (38,5%). (37)

Les femmes interrogées dans la partie qualitative de cette étude soulignaient l'importance du genre de leur médecin, celui-ci pouvant majorer la gêne ressentie à

l'examen gynécologique et donc être un frein supplémentaire à la réalisation du dépistage. Cette notion est retrouvée dans plusieurs autres études. (36,43)

De plus, deux autres études montraient que les médecins eux-mêmes considéraient également que leur genre pouvait être une limite à la réalisation d'un examen gynécologique, et donc au FCU. (44,45)

Une mise au point de la HAS en 2013 rapportait les résultats d'une méta-analyse Cochrane réalisée entre 2002 et 2006 : faire réaliser le FCU par un médecin femme multipliait par 2,5 le taux d'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus. (46)

En effet, les Médecins Traitant (MT) femmes semblent réaliser plus de FCU : en 2010, 87,5% des MT femmes déclaraient avoir effectué un FCU pour leur dernière patiente éligible au dépistage versus 68,8% des MT hommes. (3)

Cette différence peut également être expliquée par l'implication qu'ont les MT en fonction de leur sexe : en effet, plusieurs études relevaient que les MT femmes étaient plus sensibles au dépistage, notamment pour les cancers gynécologiques. (47,48)

Si dans la littérature il est souligné qu'une relation de confiance avec le médecin traitant (MT) est importante pour la réalisation du dépistage par FCU (45), les données de l'étude qualitative mettaient en évidence que ce n'est pas toujours un facteur suffisant. En effet, l'ensemble des femmes interrogées déclaraient avoir une relation de confiance avec leur médecin, pourtant aucune d'entre elles n'était à jour de leur dépistage.

2.2.4. Sentiment d'être non-concernée - Représentations du cancer

Près de 60% des participantes à la partie quantitative de l'étude pensaient être alertées par des symptômes dès le début de l'évolution du CCU.

Cette vision de la maladie a été explorée dans la partie qualitative de l'étude. Les femmes interviewées associaient symptômes et cancer, leur donnant un sentiment

d'invulnérabilité directement en lien avec une méconnaissance de l'intérêt du frottis et du dépistage en règle générale.

De plus, seules quelques unes d'entre elles identifiaient clairement les symptômes d'alerte d'un CCU, sans pouvoir les corréler au stade d'évolution de celui-ci. Ainsi, une étude Suédoise soulignait le fait que de nombreuses femmes non répondantes au dépistage ne considéraient pas l'intérêt de se faire dépister car se sentant en bonne santé. (49)

L'étude ODACC montrait également le lien qu'établissent les femmes entre leur période d'activité sexuelle et la nécessité d'un dépistage. En effet, dans l'auto-questionnaire, elles étaient plus de 40% à penser que le fait de ne plus avoir d'activité sexuelle entraînait une diminution de leur risque de CCU, et donc un intérêt moindre au dépistage.

La plupart des femmes interrogées dans les entretiens, étant en relation stable ou n'ayant plus de relation sexuelle actuellement, rapportaient cette même idée.

Cette méconnaissance de la physiopathologie du CCU et de l'intérêt du FCU est considérée comme un frein majeur dans la littérature. (42)

Dans une méta-analyse réalisée en 2017, on retrouvait comme facteurs associés au fait de ne pas être à jour les éléments suivants : ignorer le dépistage tant que l'on est asymptomatique, préférer ne pas savoir, penser que ce sont uniquement les femmes qui ont des comportements sexuels à risque qui doivent se faire dépister. (50)

Plus spécifiquement dans la population étudiée, deux freins étaient relevés chez les participantes de plus de 50 ans.

Tout d'abord, de nombreuses femmes de l'analyse qualitative qui mettaient en lien activité sexuelle et HPV associaient également maternité et HPV, et se sentaient

souvent moins concernées une fois ménopausées. Alors que la prévalence du CCU est plus importante chez les femmes plus âgées, les participantes aux entretiens faisaient le lien inverse. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles pouvaient être plus actives sexuellement étant plus jeunes, et qu'avant la ménopause, des dépistages pouvaient être réalisés de manière plus systématique lors d'un suivi gynécologique, une grossesse,... De plus, il ressortait de l'analyse des entretiens qu'elles pouvaient, une fois ménopausées, être amenées à négliger les conséquences potentielles d'un CCU, telles qu'une hystérectomie.

Ensuite, dans la partie quantitative, les femmes non à jour de leur dépistage du CCU déclaraient adhérer au dépistage du cancer du sein pour plus de 90% des femmes ayant répondu à la question, et à celui du Cancer ColoRectal (CCR) pour un peu plus de 60%.

Dans l'analyse qualitative, certaines femmes déclaraient adhérer aux autres dépistages, principalement celui du cancer du sein, quelques unes ayant eu des symptômes évocateurs, d'autres ayant eu des exemples dans l'entourage.

Ces deux freins relevés dans l'étude ODACC étaient cohérents avec la littérature : une étude qualitative réalisée en 2016 sur les freins au FCU chez des femmes de 50 à 65 ans retrouvait un désinvestissement du suivi gynécologique après la ménopause, et une importance moindre accordée à ce dépistage plutôt qu'aux autres. (10)

A cette période de leur vie, les femmes semblaient accorder plus d'importance aux autres dépistages, notamment à celui du cancer du sein, plus fréquent, et ayant des symptômes plus rapidement perceptibles. Cette priorité donnée à certains dépistages est retrouvée dans la littérature : dans une étude réalisée en 2009 par l'INCa sur le rapport des Français au dépistage, la peur du cancer du sein était prédominante (avec le cancer du poumon), puis du CCR. La peur du cancer du col de l'utérus se situait en quatrième position. (51)

Les médecins, de par leur représentation des cancers et des dépistages, peuvent aussi être amenés à reléguer au second plan le dépistage du CCU. Par ailleurs, le DMO du CCU est récent et les courriers d'incitations ne sont pas envoyés systématiquement contrairement aux autres DMO. (52) La visibilité médiatique est également moindre pour ce dépistage. (53,54)

Un autre frein à la réalisation du dépistage est la peur d'un résultat positif, entraînant ce qu'une femme a nommé : "la politique de l'autruche".

Trente pourcents des participantes considéraient que la peur du résultat était un frein et un peu plus de 20% estimaient que "préférer ne pas savoir" était un frein potentiel au dépistage du CCU. Cette peur, explorée dans l'analyse qualitative, a été soulignée par la majorité des interviewées.

Ce frein est retrouvé dans de nombreuses études, sans être prédominant, et chez près de la moitié des femmes dans une étude réalisée aux Etats-Unis auprès de femmes précaires. (13) Cette attitude pouvait être liée à la crainte d'avoir un cancer, influencée ou non par l'entourage. (23,26,55)

A contrario, cette crainte du cancer pouvait parfois être un élément moteur à la réalisation du dépistage. En effet, dans les entretiens, des femmes inquiètes par l'apparition de symptômes, ou ayant des cancers dans leur entourage, présentaient une adhésion plus importante au dépistage. (41)

2.2.5. Influence des connaissances

L'étude ODACC soulignait une méconnaissance importante des modalités de dépistage du CCU. Ainsi, moins d'un tiers des femmes interrogées dans l'auto-questionnaire savaient qu'il se faisait sur prélèvement vaginal.

Ce manque de connaissances, plus développé dans l'analyse qualitative, semblait avoir un rôle majeur dans la non réalisation du FCU.

D'autant plus, de nombreuses études, en France comme à l'étranger, soulignaient le fait qu'avoir des connaissances sur le CCU augmentait significativement l'adhésion à son dépistage. (14,56) En 2013, la HAS rapportait les résultats d'une méta-analyse : les actions d'éducation avec un support vidéo ou en diaporama multipliaient par 4,6 le taux d'adhésion au dépistage du CCU. (46)

Trente pourcents des femmes de l'étude déclaraient douter de l'efficacité du vaccin contre l'HPV, et elles étaient moins de 35% à avoir une fille vaccinée contre l'HPV. Cette méfiance semblait liée à un manque de connaissances et d'informations vis-à-vis de ce vaccin. Dans les entretiens téléphoniques, elles étaient très peu nombreuses à avoir des connaissances sur le celui-ci. De plus, une des participantes rapportait une grande crainte vis-à-vis de ce vaccin, ainsi que des vaccins en général, sans pouvoir préciser la raison. Une étude réalisée en 2017 sur presque 5000 femmes, retrouvait chez près de 70% d'entre elles l'absence d'information comme frein à la vaccination contre l'HPV.

Des freins tels que le doute sur l'efficacité et la crainte du vaccin étaient également retrouvés chez plus de 60% des femmes. (44)

Pourtant, une étude évaluant les connaissances des femmes sur le CCU, relevait que le fait de savoir qu'il est nécessaire de continuer de réaliser le FCU malgré la vaccination faisait partie des trois connaissances associées significativement à la participation au dépistage du CCU. (56)

Si les femmes interrogées dans l'étude n'étaient pas concernées par la vaccination contre l'HPV, elles étaient plusieurs à avoir dans l'entourage des personnes susceptibles d'être vaccinées. De plus, aucune n'abordait le fait que les garçons soient désormais concernés par la vaccination.

2.2.6. Rôle du médecin

Pour expliquer cette carence d'information, certaines femmes rapportaient un manque d'information de la part de leur médecin traitant.

Seulement 16% des répondantes disaient avoir été sollicitées par le médecin pour un dépistage par FCU. Or plus de 40% des participantes considéraient cette absence de proposition comme un frein à la réalisation du FCU.

Dans la partie qualitative, plusieurs femmes nous expliquaient n'avoir pas connaissance de l'existence du FCU, et que leur MT ne l'avait pas évoqué. Si certaines rapportaient la notion qu'elles pouvaient chercher aussi l'information, beaucoup exprimaient une certaine passivité et attendaient que l'information provienne de leur médecin.

Dans une enquête téléphonique réalisée en 2013 auprès de 117 femmes, 64% d'entre elles déclaraient que leur MT ne leur avait pas parlé du dépistage par frottis, et un peu moins de 7% d'entre elles avaient déjà eu un FCU réalisé par leur MT. (56)

Elles étaient 41% à déclarer avoir une pathologie chronique, nécessitant donc un suivi régulier par leur médecin. L'absence de dépistage pourrait s'expliquer par le fait que les consultations de suivi sont généralement centrées sur la pathologie chronique de la personne, mettant au second plan les autres aspects de la santé.

Dans l'analyse qualitative, certains éléments allaient dans ce sens : elles étaient vues régulièrement pour une pathologie chronique, et la consultation était principalement centrée sur le renouvellement des traitements. Si plusieurs études retrouvaient qu'avoir un suivi régulier était associé au dépistage, il était toujours précisé que c'était un suivi gynécologique régulier qui avait un impact. (9,56) De plus, l'INCa avait mis en évidence, parmi les caractéristiques des femmes ne participant pas aux dépistages, une situation médicale défavorable (pathologie chronique...). (12)

Une autre hypothèse était que certains médecins pouvaient être moins à jour des recommandations quant au dépistage du CCU, d'autant plus qu'il ne fait partie des dépistages organisés que depuis 2018. Certains d'entre eux peuvent également ne pas être formés à la réalisation du FCU, et de ce fait moins aborder le sujet avec leurs patientes.

Cette hypothèse est retrouvée dans la littérature : dans une étude réalisée en 2017 auprès de MT, près de la moitié d'entre eux trouvaient que le manque de formation était un frein à la réalisation d'un FCU, alors qu'ils étaient 1/5ème à ne pas être en accord avec ce frein potentiel. (44)

Une synthèse de l'INCa de 2010 a montré que seule la moitié des généralistes déclaraient pratiquer le FCU. (48)

Une hypothèse supplémentaire à la moindre réalisation du FCU par le MT est l'existence de connaissances erronées, comme par exemple celle de l'absence de nécessité de réaliser le FCU si la femme n'est plus en activité sexuelle. Ainsi, dans l'analyse qualitative, des femmes déclaraient ne pas nécessiter de dépistage en cas d'absence d'activité sexuelle, et que leur médecin leur avait confirmé cela.

Dans une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes sur les freins au dépistage du CCU chez les femmes de 50 à 64 ans, certains déclaraient douter de l'intérêt du dépistage après la ménopause ou en l'absence de relations sexuelles depuis plusieurs années. (57)

Une autre hypothèse est que l'incidence plus faible du CCU par rapport aux autres cancers intégrés au DMO peut amener le médecin à insister plutôt sur les autres dépistages.

Dans l'étude de l'INCa citée précédemment, les médecins généralistes déclaraient se sentir moins "indispensables" dans le dépistage du CCU que pour les autres DO (sentiment d'être indispensable pour le CCU pour 49% versus 60% pour le cancer du sein et 66% pour le CCR). (48)

2.2.7. Avis sur l'auto-prélèvement

Les trois-quarts des femmes interrogées dans la partie quantitative étaient favorables à l'AP, tout comme la majorité des femmes de l'étude qualitative.

Ces données concordaient avec d'autres études : une revue de la littérature réalisée en 2017 concernant des études ciblant les femmes difficiles à atteindre par le dépistage du CCU réalisées dans des pays développés (Etats-Unis, Canada, Royaume-Unis, Pays-Bas, Suède, Australie, une en France..) et en développement (Thaïlande, Cameroun,...) confirmait l'acceptabilité de l'AP. (35)

Une étude multicentrique réalisée à Brest entre 2014 et 2015, incluant 461 femmes, proposait la réalisation d'un AP urinaire ainsi qu'un AP vaginal. Elle a relevé une adhésion à l'AP (sans précision de la méthode) supérieure à 95%. (58)

L'avis des femmes concernant l'AP a été développé dans les entretiens téléphoniques. La majorité y était favorable, pour deux principales raisons : la motivation sur le plan pratique (gagner du temps, éviter une consultation,...) et la possibilité de se soustraire à un examen gynécologique (préserver son intimité, moins craindre la douleur).

Peu d'études françaises ont exploré les motivations à l'utilisation de l'AP, mais quelques études réalisées dans des pays de niveau socio-économique comparable à celui de la France retrouvaient des résultats similaires. (16,59,60)

Toutes les femmes de la partie qualitative adhérant à l'AP disaient préférer le réaliser à domicile, ce qui concorde avec les données de la littérature, comme les résultats de l'étude APACHE-3 qui retrouvait un taux de participation d'autant plus élevé quand le test était envoyé au domicile de la patiente. (21)

Une méta-analyse réalisée en 2018 le confirmait : si l'envoi des AP à domicile permettait d'augmenter la participation au dépistage (participation relative 2,33), une autre modalité proposant d'aller le récupérer n'augmentait pas significativement la participation au dépistage. (61) Plusieurs études françaises et étrangères concordaient avec ces résultats.(35)(62)

Si de nombreuses études ont validé la fiabilité de l'AP, qu'il soit urinaire ou vaginal, peu se sont penchées sur le type de prélèvement à privilégier selon les femmes et encore moins sur les raisons expliquant leurs préférences.

Dans la partie quantitative, près de trois-quarts des femmes adhérant à l'AP se dirigeaient vers l'AP urinaire, tout comme la majorité des femmes interrogées dans la partie qualitative. Elles expliquaient cette préférence par la facilité d'utilisation et un sentiment d'être plus à l'aise qu'avec un prélèvement vaginal. De plus, elles semblaient moins craindre la douleur avec un APU qu'avec un APV.

Cette préférence se retrouvait dans une étude réalisée à Brest : les femmes interrogées favorisaient de manière significative l'AP urinaire par rapport à l'AP vaginal. (58) A l'étranger, quelques études ont été réalisées afin d'évaluer la préférence des femmes entre ces deux types d'AP. Aux Etats-Unis, une étude portant sur l'avis de femmes provenant de groupes ethniques différents, rapportait qu'elles préféraient l'APU dans près de 80% des cas. Cette orientation était d'autant plus marquée chez les femmes d'origine hispanique. (63)

Cette étude corrélait également l'avis rapporté par la plupart des femmes au cours des entretiens d'ODACC : les points négatifs de l'APV relevés étaient la difficulté de réalisation ainsi que l'inconfort du prélèvement.

Une autre étude, réalisée en Corée, retrouvait les mêmes avantages de l'AP comparé au FCU. Les freins tels que la gêne, l'inconfort, revenaient de manière moins fréquente pour l'APU que pour le FCU et l'APV. De même, l'adhésion à l'APU était plus élevée que pour les deux autres propositions. (64)

Cependant les femmes incluses dans ODACC n'avaient pas réalisé l'AP envoyé à leur domicile.

D'après l'analyse qualitative et la réponse libre de l'auto-questionnaire, cela pouvait être lié à un manque d'information accompagnant cette relance à domicile, parfois à une incapacité à la lire, et souvent à un oubli. Cet oubli pouvait être en lien avec d'autres priorités de santé, un sentiment d'être moins concernée, déjà développés précédemment. Ces données sont corrélées par les résultats d'une étude explorant les freins des femmes non répondantes à l'étude PapU (soit envoi d'un APU en cas de non-réponse à la relance de proposition de faire un FCU) qui retrouvait comme freins principaux un manque de temps ou un oubli pour près de 50% des femmes. (55)

D'autres réserves ont été exprimées par les femmes dans l'analyse qualitative : une crainte de se blesser, ou de mal réaliser leur prélèvement, ce qui correspond là aussi aux données retrouvées, notamment dans l'étude australienne précédemment citée. (16,59)

Si dans la littérature comme dans ODACC la majorité des femmes préféraient l'APU, certaines femmes interrogées rapportaient une crainte d'un manque de fiabilité lié à un manque d'hygiène (contenant du prélèvement) ou à des difficultés de réalisation du prélèvement. (63)

Enfin, certaines des participantes interrogées dans les entretiens émettaient des réserves quant à la réalisation de l'AP, et préféraient que ce soit leur médecin qui réalise le prélèvement. Ces données peuvent être rapprochées à une étude suisse soulignant la crainte des femmes vis-à-vis du suivi médical. En effet, plusieurs femmes considéraient que l'AP ne remplaçait pas une consultation médicale et craignaient d'être moins bien suivies. (59)

La majorité des études retrouvaient une adhésion au suivi en cas de résultat HPV positif. (19,35) Cependant, une revue de littérature ciblant les femmes NR retrouvait chez les femmes précaires un arrêt fréquent du suivi après le résultat HPV, même positif. (35)

Les femmes restent cependant majoritairement très favorables à l'auto-prélèvement et la plupart des freins persistants sont liés à des représentations du dépistage ou une méconnaissance de celui-ci.

3. Perspectives et conclusions

3.1. Généralisation de l'auto-prélèvement

L'efficacité de l'AP pour le dépistage du CCU est désormais prouvée, et les données de la littérature confirment une augmentation de la participation au dépistage du CCU de 15% en moyenne grâce à celui-ci.

De nombreux pays comme la Turquie, la Suède (65) et la France, ont mis en place le dépistage du CCU via la recherche d'HPV oncogène pour les femmes de plus de 30 ans. Cependant, pour le moment, il est toujours réalisé par les professionnels de santé sur un prélèvement cervico-utérin en phase liquide au cours d'un examen gynécologique.

La proposition de réalisation d'un AP permettrait donc d'augmenter la participation au dépistage. Au vu des résultats de cette étude ainsi que de la littérature, l'envoi à domicile du kit d'AP semble le plus pertinent étant donnée que l'envoi d'une invitation à récupérer un kit chez son MT n'augmentait pas significativement la participation au dépistage. Néanmoins, distribuer des kits d'AP aux MT pour les proposer à leurs patientes consultant au cabinet, et non à jour de leur FCU, pourrait être une alternative intéressante, non étudiée à ce jour.

Si l'acceptabilité de l'AP est validée par les femmes quel que soit le mode de réalisation, l'AP urinaire semble être privilégié par les femmes et pourrait donc aboutir à une majoration de la participation au dépistage. (58)

La réalisation d'envoi d'AP aux femmes non répondantes a déjà été envisagée comme stratégie lors d'une analyse médico-économique de 2016. Dans cette étude, les stratégies "test HPV tous les 5 ans" ou "FCU tous les 3 ans avec envoi d'autotest à domicile pour les NR" étaient les deux les plus efficientes et avec le meilleur rapport coût-efficacité. (66) Le dépistage par recherche HPV tous les 5 ans avec AP envoyé au domicile des NR n'avait pas été analysé dans cette étude, mais l'alternative d'un envoi à domicile d'un kit d'AP chez les femmes NR semblait avoir un coût acceptable.

Les dernières recommandations de la HAS (67) publiées en 2019, et la mise à jour du cahier des charges du programme national du Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus (DOCCU) publiée en juillet 2020, suggéraient l'auto-prélèvement vaginal comme alternative au FCU chez les femmes non répondantes de plus de 30 ans.

Cependant, il existe actuellement peu de précisions quant au mode de distribution de l'APV, la place de l'APU, ainsi que leurs modalités de remboursement. De plus, la place

de l'APU n'est pas mentionnée dans le cahier des charges du DOCCU ni dans les recommandations de la HAS comme alternative au prélèvement cervico-utérin. (4)

3.2. Maintien d'une place centrale du médecin traitant

Dans la littérature la proposition de l'envoi d'un AP à domicile permettait d'augmenter significativement la participation au dépistage. Cependant d'autres études ainsi que les résultats de l'analyse qualitative mettent en lumière que certaines femmes considéraient que l'AP ne remplaçait pas une consultation médicale et craignaient d'être moins bien suivies. Faciliter l'accès médical à des femmes consultant peu semble aussi primordial.

En parallèle de la généralisation de l'envoi de l'AP au domicile des NR, il paraît essentiel d'informer les différents intervenants dans le dépistage du CCU. En effet, les intégrer à cette nouvelle démarche, en laissant une place centrale au MT, permettrait de favoriser une meilleure adhésion, certaines femmes rapportant un manque de confiance à la réception de courriers en l'absence d'information de la part de leur médecin.

3.3. Développement de la formation et sensibilisation des médecins à la prévention du CCU

De nombreux médecins manquent de formation quant à la prévention primaire, secondaire ainsi que ses modalités.

Une étude qualitative réalisée en 2014 auprès de médecins généralistes recherchant les obstacles au dépistage du CCU chez les femmes de 50 à 65 ans révélait un manque de connaissance du médecin sur les modalités du dépistage, une faible motivation à la pratique du FCU, ainsi que des obstacles d'ordre organisationnel. (57)

Ils sont encore la moitié à ne pas réaliser de FCU (48) et plusieurs études montrent l'absence de proposition de réalisation ou d'orientation vers un confrère ou consœur de la part de leur médecin traitant qui les suit régulièrement. (44)

Permettre un accès facilité à des formations pour le personnel de santé pourrait être un élément favorisant, de nombreuses femmes étant passives vis-à-vis du dépistage, mais suivant l'avis de leur médecin.

3.4. Amélioration du système de communication et d'information concernant le dépistage du CCU

Dans cette étude, comme dans la littérature, il est mis en évidence que des connaissances erronées ou que le manque de connaissances joue un rôle majeur dans le fait de ne pas participer au dépistage du CCU.

Le médecin traitant, ainsi que les autres intervenants de santé, ont un rôle majeur à jouer en développant l'information et la communication.

Une méta-analyse de 2017 montrait que l'éducation des femmes sur le CCU augmentait significativement la participation au dépistage. (50)

Informier la population sur les différents intervenants possibles à la réalisation du FCU faisait déjà partie des axes d'amélioration relevés par l'INCa en 2015 (12) et serait à poursuivre.

3.5. Modification de la prise en charge financière du dépistage

Si depuis 2018 le dépistage du CCU fait partie des DMO, il ne suit pas le même mode de prise en charge que les dépistages du cancer colorectal et du cancer du sein. En effet, la prise en charge à 100% n'est réalisée que sur présentation d'une lettre de

relance en cas de retard au dépistage, et les femmes doivent avancer les frais d'une consultation médicale majorée par la réalisation du frottis.

Pour de nombreuses femmes, cela peut être un frein. Permettre une prise en charge à 100%, sans avance de frais de ce dépistage pourrait augmenter la participation des femmes dans une situation précaire.

3.6. Amélioration des échanges avec l'assurance maladie afin d'avoir une base de données à jour

Il existe une probable sous-estimation du nombre de femmes à jour du dépistage du CCU par FCU. En effet, cette étude met en valeur un manque d'actualisation et de transmission des données (FCU réalisé en milieu hospitalier, hysterectomie totale ancienne,...).

Centraliser les données serait donc un point à améliorer avec une transmission systématique du résultat du prélèvement cervico-utérin (cytologie ou test HPV) au CRCDC, ainsi que faciliter la transmission entre les régions ou bien de réaliser une base de données nationale des résultats anatomopathologiques et virologiques, afin que chaque CRCDC y ait accès.

Il serait intéressant de proposer également un moyen plus simple, pour la patiente ou le médecin, de transmettre l'absence d'indication à la réalisation du dépistage chez leurs patientes. Une discussion pourrait être réalisée pour une transmission automatique des hysterectomies totales réalisées chez des femmes de moins de 65 ans au CRCDC et à l'assurance maladie, après accord de celles-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France (SPF). Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Synthèse de la recommandation vaccinale. Vaccination contre le Papillomavirus chez les garçons. décembre 2019
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation en santé publique. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. juillet 2010
4. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation en santé publique. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. juillet 2019
5. Santé Publique France (SPF). Fonteneau L, Barret A-S, Lévy-Bruhi D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France - 2008-2018. avril 2019
6. Institut National du Cancer (INCa). Stratégie de lutte contre les cancers en France. Le Plan cancer 2014-2019
7. Institut National du Cancer (INCa). Dépistage du cancer du col de l'utérus. Cancer du col de l'utérus : pourquoi se faire dépister. mars 2021
8. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH). Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'étude expérimentale du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. novembre 2013
9. Rolland M. Analyse des obstacles rencontrés par les femmes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin lors d'une enquête qualitative réalisée à Brest de juin à septembre 2014. 2 avr 2015;50.
10. Schmitt A. [thèse d'exercice] Freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 50 à 65 ans - étude qualitative en Loire-Atlantique. octobre 2016
11. LECORNU (Héloïse), LECORNU (Héloïse). La prévention du cancer du col de l'utérus vue par les femmes : motivations et freins vis-à-vis de la vaccination anti papillomavirus et du dépistage par frottis cervico-utérin, perspectives d'amélioration. 2016.
12. Institut National du Cancer (INCa). Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus/synthèse/étude médico-économique/Phase 1 - Ref : APDEPCCUSYN16. décembre 2015
13. Akinlotan M, Bolin JN, Helduser J, Ojinnaka C, Lichorad A, McClellan D. Cervical Cancer Screening Barriers and Risk Factor Knowledge Among Uninsured Women. J Community Health. août 2017;42(4):770-8.

14. Östensson E, Alder S, Elfström KM, Sundström K, Zethraeus N, Arbyn M, et al. Barriers to and Facilitators of Compliance with Clinic-Based Cervical Cancer Screening: Population-Based Cohort Study of Women Aged 23-60 Years. PLOS ONE. 26 mai 2015;10(5):e0128270.
15. Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians. J Womens Health. févr 2010;19(2):229-37.
16. Nagendiram A, Bidgood R, Banks J, Heal C. Knowledge and perspectives of the new National Cervical Screening Program: a qualitative interview study of North Queensland women-'I could be that one percent'. BMJ Open. 9 mars 2020;10(3):e034483.
17. Payan C, Ducancelle A, Aboubaker MH, Caer J, Tapia M, Chauvin A, et al. Human Papillomavirus Quantification in Urine and Cervical Samples by Using the Mx4000 and LightCycler General Real-Time PCR Systems. J Clin Microbiol. mars 2007;45(3):897-901.
18. Haguenoer K, Giraudeau B, Gaudy-Graffin C, de Pinieux I, Dubois F, Trignol-Viguier N, et al. Accuracy of dry vaginal self-sampling for detecting high-risk human papillomavirus infection in cervical cancer screening: A cross-sectional study. Gynecol Oncol. août 2014;134(2):302-8.
19. Lefevre C, Pivert A, Guillou-Guillemette HL, Lunel-Fabiani F, Veillon P, Le Duc-Banaszuk A-S, et al. Urinary HPV DNA testing as a tool for cervical cancer screening in women who are reluctant to have a Pap smear in France. J Infect. août 2020;81(2):248-54.
20. Haguenoer K, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, Fontenay R, Marret H, et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. Br J Cancer. 25 nov 2014;111(11):2187-96.
21. Étude APACHE-3 [Internet]. Disponible sur: <https://www.depistage-cancer.fr/centre/15-37/do-col-de-luterus15/403-etude-apache-3>
22. Sphinx [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: https://enquetes.chu-brest.fr/_messages/index.htm?status=451&lang=fr
23. Payan C. PapU29 study: New strategy for cervical cancer screening using an urine HPV testing in general population, cost-effectiveness in 341,534 non-attendees women. Disponible sur: <https://www.longdom.org/proceedings/papu29-study-new-strategy-for-cervical-cancer-screening-using-an-urine-hpv-testing-in-general-population-costeffectivene-6090.html>
24. Ducancelle A, Pivert A, Reiser J, Le Duc-Banaszuk AS, Lunel-Fabiani F. Le test HPV urinaire proposé comme alternative au frottis cervico-utérin (CapU1)
25. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH). Hamers FF. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. 2020;8.
26. Institut National du Cancer (INCa). Dépistage du cancer du col de l'utérus. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre

27. Affections de longue durée (ALD). Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/entree-par-theme/pathologies/affections-de-longue-duree-ald/affections-longue-duree-ald>
28. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Tableau de l'économie française. Niveaux de formation. Version 2020.
29. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Tableau de l'économie française. Population active. Edition 2020
30. Fondation APRIL. Institut BVA. Baromètre des aidants. Chiffres clés 2020 du baromètre des aidants.
31. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH). Barré S, Masseti M, Leleu H, Catajar N, De Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus; 2017, n°. 2-3, p. 39-47
32. Konopka A-M, Barnay T, Billaudeau N, Sevilla-Dedieu C. Les déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus: une analyse départementale. Econ Previs. 2019;n° 216(2):43-63.
33. Blake DR, Weber BM, Fletcher KE. Adolescent and Young Adult Women's Misunderstanding of the Term Pap Smear. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 oct 2004;158(10):966-70.
34. Nagendiram A, Bougner H, Banks J, Hall L, Heal C. Australian women's self-perceived barriers to participation in cervical cancer screening: A systematic review. Health Promotion Journal of Australia - 2020 Sep;31(3):343-353
35. Madzima TR, Vahabi M, Lofters A. Emerging role of HPV self-sampling in cervical cancer screening for hard-to-reach women. Can Fam Physician. août 2017;63(8):597-601.
36. Dauplat J, Grondin M-A, Foulhy C, Kaermmerlen A-G. Le dépistage du cancer du col de l'utérus, état des lieux et perspectives. Sages-Femmes. 1 mars 2020;19(2):26-30.
37. Chanson MC. [thèse d'exercice] Le frottis cervico-utérin : qu'en savent les femmes ? : Analyse des connaissances sur les moyens de prévention du cancer cervico-utérin, de la participation au dépistage et de la perception de l'implication des médecins généralistes. 17 mai 2019;132.
38. Dawidowicz S, Le Breton J,, Moscova L, et al. Facteurs prédictifs d'une absence de participation ou d'une participation partielle aux programmes de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal. Revue exerce 2020;163:202-3..
39. Druel V. Le dépistage du cancer du col de l'utérus : inégalité de dépistage, inégalité de pratique médicale ? Revue exerce 2021;170:68-9.
40. Farnoli V, Petignat P, Burton-Jeangros C. Dépistage du cancer du col de l'utérus en Suisse romande: des trajectoires contrastées. Rev Med Suisse 2015; volume 11. 1358-1361

41. Olga Hoarau, Michel Spodenkiewicz, Philippe Demarchelier, Grégory Reix, Antoine Bertolotti, Sébastien Leruste. Mobiliser les patientes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus Une étude qualitative. Revue exercer 2019;155:292-9.
42. Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J Med Screen. 2009;16(4):199-204.
43. Ahmad F, Stewart DE, Cameron JI, Hyman I. Rural physicians' perspectives on cervical and breast cancer screening: a gender-based analysis. J Womens Health Gend Based Med. mars 2001;10(2):201-8.
44. Dubreuil S. [thèse d'exercice] Freins au dépistage du cancer du col de l'utérus en médecin générale : une enquête observationnelle transversale chez les médecins généraliste et les femmes de 18 à 65 ans du Puy-de-Dôme. 2018.
45. Couturier A. [thèse d'exercice] Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale: stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. février 2018. dumas-01701726f
46. Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). juin 2013
47. Poncet L, Rigal L, Panjo H, Gautier A, Chauvin P, Menvielle G, et al. Disengagement of general practitioners in cervical cancer screening. Eur J Cancer Prev. nov 2016;25(6):547-55.
48. Bungener M, Eisinger F, Erriau G, et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA septembre 2010. Rapport : INCa, 2011-06, 20 p.
49. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG. 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...' – why women choose not to attend cervical cancer screening. Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy. mars 2008;11(1):26-34.
50. Musa J, Achenbach CJ, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L, et al. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 12(9):e0183924.septembre 2017
51. Institut National du Cancer (INCa). Les Français face au dépistage des cancers. février 2009. Disponible sur: https://nanopdf.com/download/les-franais-face-au-depistage-des-cancers_pdf
52. Institut National du Cancer (INCa). Dépistage du cancer du col de l'utérus. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus. Version mai 2021
53. Santé Publique France (SPF). Octobre rose : Santé publique France publie une synthèse des données d'incidence et de dépistage du cancer du sein en France. mai 2019
54. ARS Pays de la Loire. Mars bleu : le mois du dépistage du cancer colorectal. Mars 2020

55. D'Herve C. [thèse d'exercice] Les freins à la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (Etude descriptive par auto-questionnaire chez les femmes non participantes de l'étude PapU 29). 2011. Disponible sur <http://hdl.handle.net/10068/862060>
56. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Sante Publique (Bucur). 6 août 2013;Vol. 25(3):255-62.
57. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz A, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Pratique et organisation des soins 2012/4 (vol.43), pages 261 à 268.
58. Bouée S, Mabille A, James P, Postec-Ollitraut E, Rosec S, Tanniou J, Tran A, Talagas M, Bommelaere F, Collet M, Merviel P, Payan C. Urinary or Vaginal Self-Sampling for Human papillomavirus Testing in Organized Cervical Cancer Screening. Journal of gynecological oncology. septembre 2020
59. Farnoli V, Petignat P, Burton-Jeangros C. To what extent will women accept HPV self-sampling for cervical cancer screening? A qualitative study conducted in Switzerland. Int J Womens Health. 2015;7:883-8.
60. Hermansson RS, Olovsson M, Gustavsson C, Lindström AK. Elderly women's experiences of self-sampling for HPV testing. BMC Cancer. déc 2020;20(1):473.
61. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. BMJ. 5 déc 2018;k4823.
62. Tranberg M, Bech BH, Blaakær J, Jensen JS, Svanholm H, Andersen B. HPV self-sampling in cervical cancer screening: the effect of different invitation strategies in various socioeconomic groups – a randomized controlled trial. Clin Epidemiol. 23 août 2018;10:1027-36.
63. Rohner E, McGuire FH, Liu Y, Li Q, Miele K, Desai SA, et al. Racial and Ethnic Differences in Acceptability of Urine and Cervico-Vaginal Sample Self-Collection for HPV-Based Cervical Cancer Screening. Journal of women's health, Volume 29, Number 7, 2020
64. Shin HY, Lee B, Hwang S-H, Lee DO, Sung NY, Park JY, et al. Evaluation of satisfaction with three different cervical cancer screening modalities: clinician-collected Pap test vs. HPV test by self-sampling vs. HPV test by urine sampling. J Gynecol Oncol. 2019;30(5):e76.
65. Maver PJ, Poljak. Primary HPV-based cervical cancer screening in Europe: implementation status, challenges, and future plans. Clinical Microbiology and Infection 26 (2020) 579-583
66. Barré S, Massetti M, Leleu H, De Bels F. Évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(2-3):48-58.
67. Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. juillet 2020

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Boite à moustache de l'âge.....	14
Figure 2 : Histogramme par classe d'âge	14
Figure 3 : Recrutement des participantes (Flow Chart).....	33
Figure 4 : Diagramme des liens et conséquences des freins au dépistage	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Réception des questionnaires	13
Tableau II : Distribution des situations principales	14
Tableau III : Distribution des catégories socioprofessionnelles	15
Tableau IV : Distribution du niveau d'études	15
Tableau V : Distribution de la situation familiale	16
Tableau VI : Distribution des femmes aidantes	16
Tableau VII : Distribution des maladies chroniques	17
Tableau VIII : Distribution croisée des situations principales	18
Tableau IX : Distribution croisée des catégories socioprofessionnelles	19
Tableau X : Distribution croisée des catégories de temps de travail	20
Tableau XI : Distribution croisée du niveau d'étude	21
Tableau XII : Distribution croisée des conditions de vie familiale	22
Tableau XIII : Distribution croisée des conditions de parentalité	22
Tableau XIV : Distribution croisée des aidantes	23
Tableau XV : Distribution croisée des maladies chroniques	24
Tableau XVI : Distribution croisée des antécédents de cancers gynécologiques ..	24
Tableau XVII : Distributions « Estimez-vous habiter une zone manquant de professionnels de santé ? »	25
Tableau XVIII : Distribution du nombre de femmes pour qui le délai pour obtenir un rendez-vous pour faire un frottis paraît trop long	25
Tableau XIX : Distribution du nombre de femmes selon l'attention portée aux autres dépistages	26
Tableau XX : Distribution selon les professionnels de santé identifiés comme susceptibles de pratiquer un FCU	26

Tableau XXI : Distribution des examens possible permettant la réalisation du dépistage du CCU	27
Tableau XXII : Distribution du nombre de femmes s'étant vu proposer un frottis par un professionnel	27
Tableau XXIII : Distribution « Doutez-vous de l'efficacité du vaccin contre le CCU ? »	28
Tableau XXIV : Distribution des femmes ayant vacciné leur fille	28
Tableau XXV : Distribution « recommanderiez-vous ce vaccin à vos proches ?".	28
Tableau XXVI : Représentations des femmes autour du dépistage du CCU.....	29
Tableau XXVII : Raisons pour lesquelles les femmes déclarent ne pas avoir réalisé leur FCU	30
Tableau XXVIII : Avis des femmes concernant l'auto-prélèvement.....	31
Tableau XXIX : Préférence du type d'auto-prélèvement.....	31
Tableau XXX : Caractéristiques de la population	34
Tableau XXXI : Caractéristiques du suivi gynécologique	35
Tableau XXXII : Avis concernant l'auto-prélèvement.....	49
Tableau XXXIII : Préférence de réalisation de l'AP chez les femmes favorables ...	49

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	XII
RESUME.....	2
INTRODUCTION.....	4
MÉTHODE	7
1. Partie quantitative de l'étude.....	7
1.1. Sélection des participantes	7
1.1.1. Critères d'inclusion	7
1.1.2. Critères de non inclusion	7
1.1.3. Constitution de la cohorte	7
1.2. Protocole de l'étude.....	8
1.3. Recueil des données.....	9
2. Partie qualitative de l'étude	9
2.1. Recrutement et constitution de l'échantillon	10
2.2. Protocole de l'étude.....	10
2.3. Analyse des données	11
3. Ethique et réglementation.....	12
RÉSULTATS.....	13
1. Partie quantitative de l'étude.....	13
1.1. Analyse de l'ensemble des réponses	13
1.1.1. Sur le plan social	14
1.1.1.1. Age.....	14
1.1.1.2. Situation professionnelle	14
1.1.1.3. Rythme de travail	15
1.1.1.4. Catégorie socioprofessionnelle	15
1.1.1.5. Niveau d'études	15
1.1.1.6. Condition de vie familiale	16
1.1.1.7. Condition de parentalité	16
1.1.1.8. Statut d'aide.....	16
1.1.2. Sur le plan médical	17
1.1.2.1. Maladie chronique	17
1.1.2.2. Antécédents familiaux de cancer gynécologique	17
1.1.3. Sur le plan du suivi	17
1.2. Comparaison des 58 femmes à jour de leur frottis et des 193 femmes non à jour ..	17
1.2.1. Sur le plan social	18
1.2.1.1. Selon la situation professionnelle	18
1.2.1.2. Selon la catégorie socioprofessionnelle.....	19
1.2.1.3. Selon le temps de travail	20
1.2.1.4. Selon le niveau d'étude.....	21
1.2.1.5. Selon la condition de vie familiale.....	22
1.2.1.6. Selon la condition de parentalité	22
1.2.1.7. Selon le statut d'aide.....	23

1.2.2. Sur le plan médical	24
1.2.2.1. Selon la présence de pathologie chronique	24
1.2.2.2. Selon les antécédents familiaux de cancer gynécologique	24
1.3. Analyse descriptive des 193 femmes non à jour de leur frottis.....	25
1.3.1. Accès aux soins	25
1.3.2. Attention portée aux autres dépistages	26
1.3.3. Connaissances sur le frottis cervico-utérin et le suivi.....	26
1.3.4. Avis concernant la vaccination contre le cancer du col de l'utérus	28
1.3.5. Représentations autour du dépistage du cancer du col de l'utérus	29
1.3.6. Freins potentiels au dépistage du cancer du col de l'utérus	30
1.3.7. Avis concernant l'auto-prélèvement.....	31
2. Partie qualitative de l'étude	33
2.1. Description de la population	33
2.1.1. Caractéristiques de la population interrogée	34
2.1.2. Suivi gynécologique	35
2.2. Analyse des entretiens.....	36
2.2.1. La réticence au dépistage.....	36
2.2.1.1. Le sentiment d'une médecine déshumanisée.....	36
2.2.1.2. Le manque de connaissances sur le sujet	37
2.2.1.3. Les peurs.....	38
2.2.2. La passivité vis-à-vis du dépistage	40
2.2.2.1. La préservation de l'intimité	40
2.2.2.2. La non-priorisation de la santé.....	41
2.2.3. La précarité	42
2.2.4. La position active dans le dépistage.....	44
2.2.4.1. La quête d'informations	44
2.2.4.2. Les éléments favorisants l'examen gynécologique.....	45
2.2.4.3. L'adhésion à un dépistage différent	46
2.3. Analyse complémentaire sur l'auto-prélèvement.....	49
DISCUSSION ET CONCLUSION	51
1. Forces et limites de l'étude	51
1.1. Forces de l'étude	51
1.1.1. Validité externe	52
1.1.2. Validité interne	53
1.2. Limites de l'étude	54
2. Principaux résultats	56
2.1. Comparaison des 58 femmes à jour de leur frottis et des 193 femmes non à jour ..	56
2.2. Analyse des freins chez les femmes non à jour de leur dépistage	57
2.2.1. Accès aux soins - Méconnaissance des acteurs du dépistage	57
2.2.2. Rôle de la précarité économique	58
2.2.3. Vécu de l'examen gynécologique	59
2.2.4. Sentiment d'être non concernée - Représentations du cancer	60
2.2.5. Influence des connaissances	63
2.2.6. Rôle du médecin	65
2.2.7. Avis sur l'auto-prélèvement.....	67
3. Perspectives et conclusion	70
3.1. Généralisation de l'auto-prélèvement.....	70
3.2. Maintien d'une place centrale du médecin traitant	72

3.3.	Développement de la formation et sensibilisation à la prévention du cancer du col de l'utérus des médecins	72
3.4.	Amélioration du système de communication et d'information concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus	73
3.5.	Modification de la prise en charge financière du dépistage	73
3.6.	Amélioration des échanges avec l'assurance maladie afin d'avoir une base de données à jour.....	74
BIBLIOGRAPHIE	.....	75
LISTE DES FIGURES	.....	80
LISTE DES TABLEAUX	.....	81
TABLE DES MATIERES	.....	83
ANNEXES	.....	I
1.	Annexe 1 : Questionnaire	I
2.	Annexe 2 : Fiche d'information	V
3.	Annexe 3 : Guide d'entretiens semi-dirigés	VIII

ANNEXES

1. Annexe 1 : Questionnaire



DÉPISTAGE
DES CANCERS
Centre de coordination
Bretagne

DÉPISTAGE
DES CANCERS
Centre de coordination
Pays de la Loire

DÉPISTAGE
DES CANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

Recueil des freins au dépistage ODACC

Ce questionnaire vous est adressé pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles vous n'auriez pas eu de frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années, ni d'auto-prélèvement à domicile proposé par votre centre de dépistage départemental.

Merci d'y répondre, cela ne nous prendra que 10 minutes.

1. N° d'inclusion

le numéro d'inclusion qui vous est attribué, est indiqué en haut de la lettre d'invitation

Caractéristique de la population

2. Quel est votre âge ?

3. Quelle est votre situation principale ?

- Emploi Apprentissage Etudes Chômage Retraite ou pré-retraite Femme au foyer Autre

Si 'Autre' précisez :

Ne cochez qu'une seule case

5. Travaillez-vous actuellement ?

- Oui, temps complet Oui, temps partiel Non

6. Quelle est (ou a été) votre profession principale ?

7. Dans laquelle de ces catégories socio-professionnelles vous situez-vous ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Agricultrice exploitante | <input type="radio"/> Cheffe d'entreprise | <input type="radio"/> Employée |
| <input type="radio"/> Artisane | <input type="radio"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure, profession libérale | <input type="radio"/> Ouvrière |
| <input type="radio"/> Commerçante | <input type="radio"/> Profession intermédiaire | <input type="radio"/> Vous n'avez jamais travaillé |

8. Quel est votre niveau d'études ?

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sans diplôme, scolarité interrompue | <input type="radio"/> CAP ou BEP | <input type="radio"/> BAC +3 ou +4 |
| <input type="radio"/> Certificat d'études primaires | <input type="radio"/> BAC, Brevet professionnel ou équivalent | <input type="radio"/> BAC +5 et plus |
| <input type="radio"/> Brevet des collèges | <input type="radio"/> BAC +1 ou +2 | <input type="radio"/> Autre |

Si 'Autre' précisez :

10. Vous vivez ...

- seule en couple Autre

Si 'Autre' précisez :

12-19. Si vous vivez avec des enfants, indiquez leur sexe :

Féminin Masculin

- | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Enfant 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Enfant 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Enfant 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Enfant 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Enfant 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Enfant 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Enfant 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Enfant 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20-27. Si vous vivez avec des enfants, indiquez leur âge :

20. Enfant 1

21. Enfant 2

22. Enfant 3

23. Enfant 4

24. Enfant 5

25. Enfant 6

26. Enfant 7

27. Enfant 8

28. Etes-vous atteint de maladie(s) chronique(s), c'est-à-dire nécessitant une prise de médicament régulière et des consultations chez un spécialiste ?

Oui

Non

29. Si oui, précisez :

30. Vous occupez-vous actuellement (ou par le passé) de personnes très malades dans votre entourage ?

Oui, actuellement

Oui, par le passé

Non

31. Si vous avez été aidant par le passé, il y a combien de temps ?

En nombre d'année(s)

32. Y a-t-il des antécédents de cancer gynécologique dans votre famille ?

Oui

Non

33. Avez-vous réalisé un frottis, au cours des 3 dernières années (2016-2019) ?

Oui

Non

Si vous cochez oui, vous pouvez vous arrêtez là.

Contexte du Dépistage

(si vous avez répondu non à la question précédente)

34. Estimez-vous habiter une zone manquant de professionnels de santé ?

Oui

Non

35-36. Combien de temps en minutes vous faut-il pour aller chez votre ...

35. Chez votre médecin traitant

36. Chez votre gynécologue

En minutes

37-38. Estimez-vous que le délai d'obtention d'un rendez-vous pour faire un frottis est trop long ?

Oui

Non

37. Chez votre médecin traitant

38. Chez votre gynécologue

39. Si oui, êtes-vous attentives aux campagnes de dépistages listées ci - dessous :

Cancer colorectal

Cancer du sein

Infections sexuellement transmissibles

40. Si vous avez cocher au moins une réponse oui à la question précédente , avez vous fait :

le test immunologique (dépistage cancer colorectal)

la mammographie (dépistage cancer sein)

le frottis (dépistage cancer col utérus)

41. Parmi les professionnels suivants, quels sont ceux susceptibles de réaliser le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- Médecin traitant Gynécologue Sage-femme Biologiste médical Infirmier(e) Autre

Si 'Autre' précisez : _____

43. Au cours des trois dernières années, avez-vous essayé de prendre rendez-vous auprès d'un professionnel pour un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

44. Si oui, quel professionnel?

45. Un des professionnels de la santé vous a t-il déjà proposé de participer au dépistage ?

46. Si oui, quel dépistage ?

47. Selon vous, quel(s) examen(s) serai(en)t à effectuer ?

- Une prise de sang Une discussion abordant votre sexualité Un prélèvement d'urine Un prélèvement génital en position gynécologique Un prélèvement salivaire Autre

Si 'Autre' précisez : _____

49. Doutez-vous de l'efficacité du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ?

Oui Non

50. Si vous avez une fille en âge d'être vaccinée, l'avez-vous fait ?

Oui Non

51. Recommanderiez-vous ce vaccin à vos proches ou à votre fille ?

Oui Non

52-55. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ...

	Pas du tout d'accord	Peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
52. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est entièrement pris en charge par l'assurance maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Les médecines douces sont tout aussi efficaces que la médecine moderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Je suis attentive aux symptômes, si quelque chose n'allait pas je le saurai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Etant donné ma vie sexuelle, il y a peu de risque que je développe cette maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56-64. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes : "Je n'ai pas eu de frottis de dépistage ..."

	Pas du tout d'accord	Peu d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
56. par manque de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. par manque d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. par manque d'intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. par manque d'envie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. par peur de résultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. par peur de l'examen gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. par peur d'avoir mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. car mon médecin ne me l'a pas proposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. car je préfère ne pas savoir de quoi demain sera fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Si cela était possible et à efficacité égale, seriez-vous favorable à un dépistage Oui Non
réalisé par vous-même à domicile (kit d'auto-prélèvement) ?

66. Si oui, lequel ?

<input type="checkbox"/> Urinaire	<input type="checkbox"/> Salivaire
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Sanguin

67. Au cours des trois dernières années, avez-vous reçu la proposition de participer Oui Non
au dépistage grâce au kit d'auto-prélèvement ?

68. Si oui, l'avez-vous utilisé ? Oui Non

69. Si non, pourquoi ?

Merci de votre participation à cette enquête. Si vous souhaitez des précisions sur cette enquête,
consultez notre page internet (chu-brest.fr) ou prenez contact avec Pr Payan au 02 98 14 51 02.

2. Annexe 2 : Lettre d'information



Madame,

Mme
Adresse.
Code postal
Ville
N°Inclusion :

Vous avez été invitée à participer dans votre région au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis ou par le biais d'un auto-prélèvement urinaire ou vaginal proposé à domicile. Si vous n'avez pas participé à ce dépistage organisé dans votre région, nous vous proposons de participer à une enquête avec le questionnaire ci-joint ou sur le lien suivant : http://enquetes.chu-brest.fr/enquetes_chu/frein_depistage_ODACC/questionnaire.htm (cf QRcode en fin de cette lettre). Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest est le gestionnaire de cette étude, soutenue et financée par l'Institut National du Cancer, en partenariat avec votre Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers.

► Contexte de l'étude

Ce cancer touche près de 3000 femmes par an en France et l'absence de dépistage par frottis est le premier facteur de ce cancer, 40% des femmes ayant eu un diagnostic de cancer n'ont jamais été dépistées. Aujourd'hui en France, environ une femme sur deux est dépistée et dans certaines régions, une femme sur 4. Il est important de comprendre que ce **cancer est évitable, s'il est dépisté assez tôt**.

► Objectif et déroulement de la recherche

Si vous n'avez pas réalisé de frottis de dépistage au cours de ces 3 dernières années, ni un auto-prélèvement, nous vous proposons dans le cadre d'une étude médicale de participer à une **enquête dont l'objectif est d'évaluer les freins au dépistage** et voir avec vous les raisons de cette absence de dépistage afin d'en améliorer la participation.

► En quoi consiste la participation à cette recherche ?

Si vous acceptez de participer, il vous suffit **simplement de répondre au questionnaire ci-joint dans le mois qui vient et nous le renvoyer dans l'enveloppe T jointe (ou via le lien internet QRcode)**. Votre participation à cette étude ne modifiera pas votre prise en charge. Aucun bénéfice direct n'est attendu pour les participantes et aucune indemnisation n'est prévue.

Cette étude concerne 12000 femmes sur 3 départements ayant proposé un dépistage à domicile (29, 37, 49) dont la durée de participation se résume à la réponse au questionnaire (5-10 mn). Nous vous demandons votre accord pour l'utilisation de vos données médicales pour les besoins de la recherche. Elles sont rendues de manière anonyme.

► Participation volontaire

Le fait de prendre part à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude (en répondant ou non au questionnaire).

Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Dans ce cas, vous devez informer l'investigateur principal de la recherche et vos données seront effacées du fichier informatique. Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Pr Payan au : 02 98 14 51 02. Si vous retirez votre accord, vos données personnelles pourront être conservées si leur effacement est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche. En conséquence, les données collectées antérieurement au retrait de votre participation seront conservées de manière anonyme, conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD art. 17.3 c et 17.3 d) de l'Union Européenne n°2016/679.

► Confidentialité et utilisation des données médicales

Dans le cadre de la recherche, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ce traitement respecte les obligations légales de confidentialité ainsi que le secret médical auquel le personnel impliqué est soumis.

Vos données codées recueillies à l'occasion de la présente recherche seront conservées et archivées au maximum 5 ans après la fin de l'étude ou jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Vos données d'état civil seront codées sous la forme d'un numéro d'inclusion attribué par centre et à reporter sur votre questionnaire (numéro en haut de cette lettre).

Les données médicales recueillies, y compris tout questionnaire et les données relatives à vos habitudes de vie vous concernant, seront transmis au responsable de la recherche au CHRU de Brest, en France. Cette recherche entre dans le champ de la méthodologie de référence MR004 conformément à la délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 de la CNIL pour lequel le Gestionnaire de l'étude a signé un engagement de conformité.

Merci pour votre participation à cette enquête, pour le groupe d'étude, Pr C. Payan.

Informations sur le traitement de vos données

Ce traitement mis en œuvre dans le cadre de la recherche est conforme aux dispositions réglementaires permettant à un établissement de santé de traiter des données à des fins de recherche scientifique (art. 9.2 RGPD). Le responsable de ce traitement est le CHRU de Brest, promoteur de la recherche. Conformément au Règlement Européen sur la Protection des Données*, le CHRU de Brest a désigné un délégué à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse mail suivante : protection.donnees@chu-brest.fr.

Dans le cadre de collaborations futures, le CHRU de Brest pourra transférer ces données codées à des équipes scientifiques institutionnelles ou industrielles en France ou dans le monde afin de poursuivre les recherches sur le sujet ou à des fins de recherche scientifique conformément aux alinéas i et j de l'article 9.2 du RGPD.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation des informations figurant dans ce traitement. Il vous est également permis d'introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos données ne sont pas traitées conformément à la réglementation en vigueur.

Pour l'avenir, vous pouvez vous opposer auprès du coordonnateur à ce que vos données de santé fassent l'objet de recherches, d'analyses de l'activité des services ou d'études dans le domaine de la santé, par l'équipe de ce projet ou par d'autres professionnels dûment habilités sous la responsabilité d'un médecin de l'établissement. Vous pouvez également demander l'accès à votre dossier médical auprès du coordonnateur en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique et du RGPD.

* Règlement relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)

Investigateur Principal / Coordonnateur

Nom : PAYAN Christopher

Adresse : Département de Microbiologie, Hôpital de la Cavale Blanche-CHRU de Brest, Bd Tanguy Prigent, 29609 Brest

Cedex Téléphone/Fax : 0298145102 / 0298145041

Gestionnaire :

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest - 2 avenue Foch – 29609 Brest Cedex

Ce document est remis par courrier à la personne



QR code pour l'accès au questionnaire ODACC en ligne (avec appli QRcode).

3. Annexe 3 : Guide d'entretiens semi-dirigés

Etude ODACC

Guide d'entretiens semi-dirigés

Premier contact - Présentation

- 1) Présentation de l'enquêteur : " Bonjour, je m'appelle Alix Moireau/Julie Bollen, je suis interne en médecine générale et je fais une thèse dans le cadre de l'étude ODACC sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans votre région."
- 2) Présentation de l'étude : " il s'agit d'une étude qui cherche à comprendre d'une part pourquoi il peut être difficile pour les patientes de réaliser un dépistage du CCU, d'autre part si la proposition d'une démarche alternative par un moyen plus adapté leur permettrait de participer à ce dépistage."
- 3) Voulez vous que l'on réalise l'entretien maintenant ou qu'on le planifie à un moment qui vous convient ? Est-il possible pour vous de le réaliser en visioconférence ?
- 4) Informations sur la femme (recherche des critères d'exclusions) :
 - Avez-vous eu un frottis dans les 3 dernières années ?
 - Êtes-vous suivie pour un frottis pathologique ?
 - Avez-vous bénéficié d'une hysterectomie totale ?

Début entretien :

- 1) Fonctionnement de l'entretien
 - Anonymat : " cet entretien restera anonyme, votre nom ne sera jamais cité. "
 - Confidentialité : " l'entretien est confidentiel, il sera utilisé seulement pour être analysé dans le cadre de cette étude et de ma thèse en médecine générale"
- 2) Organisation
 - Durée : " l'entretien va durer entre 10 et 20 minutes, il sera entièrement enregistré, avec votre accord."
 - Durant l'entretien, on ne répondra pas aux questions afin de ne pas vous influencer, mais il existera à la fin de l'entretien un temps d'échange durant lequel je pourrai répondre à vos questions.

"On peut commencer, tout est clair pour vous ?"

Catégorie n°1 : éléments personnel/liés à l'histoire de la femme

- Pouvez-vous vous présenter brièvement ? (*Age, Code postal, Profession*)
- Avez-vous un médecin traitant ? *Le consultez-vous régulièrement?*
- Comment vous sentez vous sur le plan relationnel avec votre médecin traitant (ou votre gynécologue ou votre sage-femme) ?
- Pouvez-vous me raconter comment s'est passé votre dernier bilan gynécologique avec votre médecin (ou votre sage-femme) ? / Quel est votre ressenti global des examens gynécologiques ?
- Selon vous, quels éléments de votre vie pourraient vous freiner dans votre dépistage/examen gynécologique ?

(En relance : sexe du médecin, manque d'accompagnement du médecin, orientation sexuelle, activité sexuelle, célibat, violences, ... ?)

- Si vous êtes sans activité sexuelle actuellement, vous sentez-vous concernée par le dépistage du col de l'utérus ?

Catégorie n°2 : facteurs sociaux

- Qu'est ce qui fait que vous ne vous faites pas dépister ?
(En relance : manque de temps, possibilité de se libérer, de prendre un congé, peur du résultat, sentiment de ne pas être concerné, manque d'argent)
- Que savez-vous de la prise en charge financière ? S'il n'y avait pas d'avance de frais concernant le frottis, est ce que cela serait plus motivant pour vous

Catégorie n°3 : facteurs médicaux

- Que savez-vous du cancer du col de l'utérus ? (**symptômes** : que pouvez vous me dire sur les manifestations et sur leur apparition? lien entre une infection par le Papillomavirus Humain et des lésions sur le col de l'utérus?)
- Que savez-vous du vaccin contre le HPV ?
(En relance : que pensez-vous de l'intérêt à réaliser le frottis si l'on est vacciné ?)
- Que savez-vous du dépistage du cancer du col par le frottis ?
(En relance : Pensez vous manquer d'information concernant l'intérêt du frottis et l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus ?)
- Avez-vous déjà reçu une lettre d'invitation à faire le dépistage par frottis ?
- Si votre médecin vous proposait un frottis, par lui ou par un autre spécialiste, le feriez-vous ?

Catégorie n°4 : les auto-prélèvements

- Que savez-vous du dépistage du cancer du col par l'auto-prélèvement ?
Brève explication si besoin
- Qu'est ce qui pourrait vous faire peur dans la réalisation d'un auto-prélèvement ? (douleur, fiabilité,...)
- Dans quelles conditions préféreriez-vous le réaliser ? (relance à domicile, en cabinet ou au laboratoire ? vaginal, urinaire ?)
- Quel élément manquant vous aurait permis de le faire ? (accompagnement, explication,...)

Demander si elle a des questions supplémentaires ou si elle souhaite revenir sur une question précédente.

Fin de l'entretien

- Remerciements pour la participation.
- Proposition de temps d'échange pour répondre à certaines questions si besoin, non enregistré non analysé.

RÉSUMÉ

MOIREAU Alix et BOLLEN Julie

Analyse des obstacles rencontrés par les femmes ne répondant pas au dépistage par frottis cervico-utérin ni aux auto-prélèvements à domicile dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus

Introduction : L'incidence du cancer du col de l'utérus est estimée à 2920 nouveaux cas en 2018. Il est responsable de 1117 décès en France. Malgré la mise en place d'un dépistage organisé en 2018, le taux de participation reste bien en deçà de l'objectif de 80% de couverture fixé par le Plan cancer 2014-2019. L'étude des freins au dépistage a permis de proposer une alternative au frottis : l'auto-prélèvement vaginal et urinaire. L'objectif de cette étude est d'identifier les freins persistants chez des femmes non répondantes aux multiples relances.

Méthodes : L'étude se compose d'une analyse quantitative multicentrique via un questionnaire envoyé aux femmes non répondantes aux sollicitations de dépistages par frottis cervico-utérin et par auto-prélèvement, dans 3 départements (Maine-et-Loire, Indre-et-Loire et Finistère) puis d'une analyse qualitative sur la base d'entretiens semi-dirigés individuels de femmes n'ayant pas répondu au questionnaire.

Résultats : Sur 11255 envois, 260 réponses au questionnaire ont été recueillies. 58 femmes étaient finalement à jour de leur frottis, 193 ne l'étaient pas. L'analyse s'est portée sur ces 2 catégories de population. Par la suite, 12 entretiens semi-dirigés ont été menés. Les femmes non à jour, de façon significative, appartiennent plus souvent aux catégories socioprofessionnelles précaires, sont célibataires, sans enfant au domicile. Des freins ont été mis en évidence tels que les difficultés d'accès aux soins mais aussi un manque de connaissances globale sur les modalités du dépistage et du cancer en lui-même, retrouvés également dans l'analyse des entretiens individuels. Celle-ci a mis en évidence chez ces femmes une perte de confiance dans le système de santé ainsi qu'un impact des expériences de vie sur la volonté de réaliser le dépistage. 75% des femmes sont favorables à l'auto-prélèvement, avec une préférence pour l'urinaire.

Conclusion : L'étude a mis en évidence différents axes d'action notamment l'amélioration du système de communication et d'information sur le dépistage et le développement de la formation et sensibilisation des médecins. On note une majorité de femmes favorables à la généralisation de l'auto-prélèvement comme nouvelle méthode de dépistage. Il reste de nombreux éléments à améliorer afin de majorer la participation au dépistage, l'auto-prélèvement en fait partie.

Mots-clés : dépistage organisé, cancer du col de l'utérus, prévention secondaire, frottis cervico-utérin, freins, auto-prélèvement.

Analysis of the obstacles encountered by women not responding to cervico-uterine smear screening or to home self-specimens in the context of cervical cancer

ABSTRACT

Introduction : The incidence of cervical cancer is estimated at 2,920 new cases in 2018. It's responsible for 1,117 deaths in France. Despite the implementation of organized mass screening in 2018, its participation rate remains well below the target of 80% coverage aimed by 2014-2019 Cancer Plan. The study of the barriers to screening has made it possible to propose an alternative to the Pap smear : vaginal and urine self-sampling. The objective of this study is to identify persistent barriers of non-responding women to multiple reminders.

Materials and Methods : The study consists of a multicenter quantitative analysis via a questionnaire sent to women who did not respond to requests for screening by Pap smear and by self-sampling, in 3 departments (Maine-et-Loire, Indre-et-Loire and Finistère) then a qualitative analysis based on semi-structured individual interviews with women who did not respond to the questionnaire.

Results : Out of 11,255 sendings, a total of 260 responses to the questionnaire were collected. 58 women were finally up to date with their Pap smear, 193 were not. The analysis focused on these 2 population categories. Afterwards, 12 semi-structured interviews were conducted. Significantly, overdue women for cervical screening mostly belong to precarious socio-professional categories, are single and have no children at home. Barriers were brought out by the analysis of the results, such as difficulties in accessing healthcare, but also a lack of overall knowledge of women on screening methods and cancer itself, also found in the analysis of individual interviews. These showed in these women a loss of confidence in the health system as well as an impact of life experiences on screening. 75% of women are in favor of self-sampling, with a preference for urine self-sampling.

Conclusion : The study brings out various lines of action, including improving the communication and information system on screening and developing training and awareness for practitioners. We note a majority of women in favor of the generalization of self-sampling as a new screening method. Many elements remain to be improved in order to increase participation in screening.

Keywords: mass screening, uterine cervical neoplasms, secondary prevention, Papanicolaou Test, barriers, self-sampling.