

Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes

Erik Bernard, Olivier Saint-Lary, Line Haboubi, Julien Le Breton

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2013/3 Vol. 25 , PAGES 255 À 262
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.253.0255

Date de mise en ligne : 06/08/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-255?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes

Cervical cancer screening: women's knowledge and participation

Erik Bernard¹, Olivier Saint-Lary¹, Line Haroubi¹, Julien Le Breton^{2,3}

➔ Résumé

Objectifs : évaluer les connaissances des femmes vis-à-vis des modalités pratiques du dépistage du cancer du col de l'utérus, rechercher un lien entre leur niveau de connaissance et leur participation, et évaluer leur perception de l'implication des médecins généralistes (MG) dans la mise en œuvre de ce dépistage.

Méthode : enquête par questionnaire téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de femmes âgées de 25 à 65 ans et habitant le département du Val-d'Oise.

Résultats : 117 femmes ont répondu. Les modalités du dépistage étaient globalement méconnues mais la participation était bonne chez 87,9 % des femmes. Connaître la possibilité de réaliser des frottis (FCU) dans un laboratoire d'analyses et la nécessité de poursuivre le dépistage chez les femmes vaccinées contre HPV était associé à une participation effective au dépistage. De même, la consultation d'un gynécologue au cours des 12 derniers mois était associée à une meilleure participation. Selon 64,1 % des femmes, ce dépistage n'avait jamais été abordé par un MG. Seules 6,8 % des femmes avaient déjà eu un FCU réalisé par un MG mais la majorité des femmes (59,8 %) était favorable à une augmentation du nombre de FCU réalisés par les MG.

Conclusion : une meilleure connaissance des femmes vis-à-vis des modalités du dépistage du cancer du col de l'utérus pourrait améliorer leur participation. Les MG réalisent peu de frottis et l'information qu'ils délivrent aux patientes devrait être renforcée.

Mots-clés : Cancer ; Utérus (pathologie) ; Dépistage ; Frottis ; Médecin généraliste

➔ Summary

Objectives: The purpose of this study was to assess women's knowledge of cervical cancer screening, to examine the relationship between knowledge and screening participation, and to gain a better insight into GP involvement in screening.

Method: A telephone survey was conducted on a random sample of women aged 25-65 years living in Val-d'Oise, France.

Results: 117 women responded to the survey. The results show that women were often not aware of screening modalities, although participation was high in 87.9 % of cases. Knowing that cervical smears (CS) can be performed in a medical laboratory and that HPV-vaccinated women should undergo screening were significantly associated with high participation. Women who had consulted a gynaecologist in the last 12 months were also significantly more likely to participate in screening. According to 64.1% of the respondents, the question of screening had never been discussed in GP consultations. Only 6.8% of the women had had a cervical smear performed by a GP, although most of the women (59.8%) felt that GPs should be more involved in cervical smear testing.

Conclusion: Increased knowledge of cervical cancer screening among women may help to increase participation in screening. The study suggests that GPs should be more involved in cervical cancer screening and that their role in providing prevention information to female patients should be promoted.

Keywords: Uterine cervical neoplasms; Early detection of cancer; Cervical smears; General practitioners

¹ Département de médecine générale – UFR des sciences de la santé Simone Veil – Université de Versailles–Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), 2 avenue de la Source de la Bièvre – 78180 Montigny Le Bretonneux – France.

² Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale – Université de Paris-Est Créteil (UPEC), France.

³ Laboratoire d'Investigation Clinique : épidémiologie clinique et évaluation médico-économique, LIC EA 4393 – Université Paris-Est Créteil (UPEC), France.

Introduction

À l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le troisième cancer le plus fréquent chez la femme [1]. En France, avec 2820 cas et 940 décès estimés pour l'année 2010 [2], le cancer du col de l'utérus se situe au douzième rang des cancers chez la femme par sa fréquence et au quinzième rang par sa mortalité. Les coûts médicaux directs du dépistage et de la prise en charge des frottis cervico-utérins (FCU) anormaux, du traitement des lésions pré-cancéreuses et des cancers ont été estimés à près de 332 millions d'euros par an [3].

Dans les pays développés, la mise en œuvre d'un programme de dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) s'est accompagnée d'une réduction de l'incidence et de la mortalité par cancer du col utérin, en permettant le traitement des lésions pré-cancéreuses et la prise en charge précoce des cancers [4]. Par ailleurs, la prévention primaire par la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) représente une nouvelle piste dans la lutte contre le cancer du col en prévenant le développement des lésions pré-cancéreuses même si leur efficacité sur les cancers invasifs n'est pas encore évaluable.

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé. Il s'agit de réaliser un FCU tous les trois ans, après deux FCU normaux à un an d'intervalle, chez les femmes asymptomatiques de 25 ans à 65 ans, ayant ou ayant eu des rapports sexuels [3]. Il s'agit d'un dépistage opportuniste par opposition à un dépistage organisé comme pour le dépistage des cancers du côlon ou du sein. Dans le cadre d'un dépistage opportuniste, la population est recrutée lors d'un recours au soin (recrutement passif) et il en résulte une inégalité d'accès. À l'inverse, dans le cadre d'un programme de dépistage organisé, celui-ci est proposé à l'ensemble de la population cible dans la communauté et, si la participation reste volontaire, l'accès est favorisé et donne de meilleurs résultats [5]. De plus, le dépistage organisé comprend la mise en place de mesures d'assurance qualité des examens effectués, de leur interprétation, et du suivi des résultats anormaux. Dans le cadre du plan cancer 2009-2013, un programme expérimental de dépistage organisé a été mis en place par les pouvoirs publics dans 13 départements. La mise en œuvre d'un programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est recommandée en France [3].

Un niveau élevé de participation au dépistage doit être obtenu pour assurer les bénéfices attendus du dépistage. Sur la période 2006-2008, le taux de couverture de FCU

chez les femmes âgées de 25 à 65 ans bénéficiaires du régime général (hors actes effectués en établissement hospitalier ou structure type maison de santé) était estimé à 56,6 %, stable depuis 6 ans et considéré comme insuffisant [3]. Par conséquent, une meilleure compréhension des facteurs associés à la participation des femmes au dépistage est nécessaire pour concevoir des interventions permettant d'améliorer le taux de participation au dépistage.

La participation au dépistage est moindre chez les femmes le plus socialement défavorisées, les plus jeunes et les plus âgées, et celles atteintes d'affection de longue durée (ALD) [3]. Le manque d'information semble également un motif important de non participation [6-8]. De plus, il existe des disparités géographiques, selon la densité en gynécologues et le niveau socio-économique.

Tous les médecins et les sages-femmes sont habilités à pratiquer des FCU mais la plupart sont réalisés par les gynécologues [3]. L'implication des médecins généralistes et leur pratique vis-à-vis du dépistage sont mal connues. Compte tenu de la démographie médicale et des inégalités territoriales, les médecins généralistes pourraient contribuer à améliorer la participation des femmes. D'ailleurs, leur implication semble souhaitée par les patientes [9].

Notre objectif était d'évaluer les connaissances des femmes vis-à-vis des modalités pratiques du dépistage, de rechercher un lien entre leurs connaissances et leur participation, et d'évaluer leur perception de l'implication des médecins généralistes dans la mise en œuvre de ce dépistage.

Méthodes

Nous avons réalisé une enquête téléphonique par questionnaire auprès d'un échantillon aléatoire de femmes résidant dans le département du Val-d'Oise entre mai et juin 2011.

Sélection des participants

Notre population de référence ciblée par l'enquête était les femmes âgées de 25 à 65 ans, habitant le département du Val-d'Oise et avec une compréhension suffisante du français pour répondre aux questions. Notre base de sondage comportait 500 numéros de téléphone tirés au sort dans l'annuaire téléphonique du Val-d'Oise (Pages Blanches, édition 2011). Les données ont été recueillies du lundi au

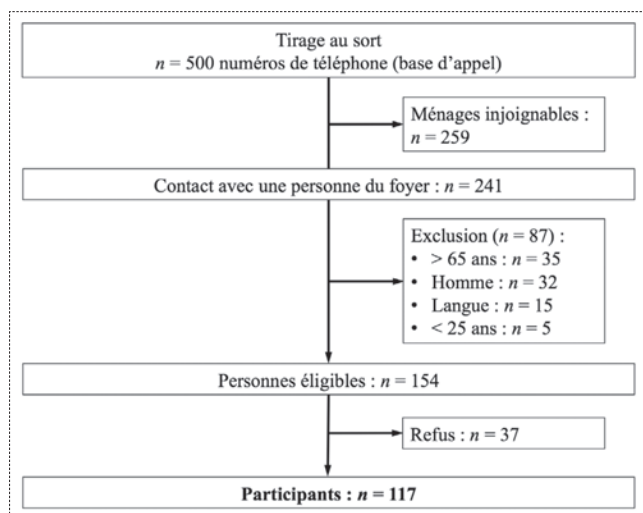


Figure 1 : Sélection des participants

samedi, de 10 heures à 20 heures 30, par deux enquêteurs. Si plusieurs femmes étaient éligibles au sein d'un même foyer, la femme la plus jeune ou la plus âgée était alternativement choisie pour participer à l'étude. Au début de chaque entretien, les femmes étaient informées du caractère anonyme de leurs réponses et leur consentement était systématiquement recherché. Après trois appels restés sans réponse à des moments différents de la journée, le numéro de téléphone était exclu et le ménage considéré comme injoignable (figure 1).

Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une revue de la littérature. Il a été relu par plusieurs médecins généralistes et pré-testé sur une dizaine de femmes de milieux socio-culturels différents. La version finale comportait 17 questions à réponses fermées, réparties en quatre parties : connaissances des femmes vis-à-vis des modalités pratiques du dépistage (professionnels de santé habilités à réaliser les frottis, durée recommandée entre deux frottis normaux, indication du frottis après la ménopause, limite supérieure d'âge recommandée, existence d'un vaccin anti-HPV et poursuite du frottis chez les femmes vaccinées), participation au dépistage (antécédent de frottis, délai depuis le dernier frottis, professionnel ayant effectué le prélèvement, personne ayant prescrit ou conseillé la réalisation, opinion concernant l'auto-prélèvement), implication des médecins généralistes (abord du frottis de dépistage en consultation, antécédent de frottis réalisé par un médecin généraliste, opinion concernant une

augmentation du nombre de frottis réalisés par les médecins généralistes), caractéristiques sociodémographiques (âge, département, catégorie socioprofessionnelle, nombre d'enfants et leur sexe, déclaration d'un médecin traitant, consultation au cours des 12 derniers mois d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste, consultation au cours des trois dernières années d'un médecin généraliste).

Analyses

Nous avons calculé la fréquence ou la moyenne des variables étudiées avec leur intervalle de confiance (IC) à 95 %. Nous avons défini la participation effective au dépistage du cancer du col de l'utérus par un délai depuis le dernier frottis inférieur ou égal à 3 ans. Nous avons analysé les facteurs associés à la participation effective au dépistage, en utilisant le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher, en cas d'effectif insuffisant. Pour chaque facteur étudié, nous avons calculé un *odds ratio* (OR) et son IC à 95 %.

Puis, une modélisation par régression logistique a été réalisée. Les variables explicatives ont été sélectionnées par une procédure pas à pas descendante en supprimant celles avec $p > 20\%$. Dans le modèle final, nous avons ajusté sur l'âge en 4 classes ([25-34] ; [35-44], [45-54] ; [55-65]) et la catégorie socio-professionnelle (CSP) en 3 classes (CSP 1 : agriculteurs, artisans, employés et ouvriers ; CSP 2 : cadres, professions intermédiaires et intellectuelles supérieures ; CSP 3 : retraités et autres personnes sans activité professionnelle). Pour chacun des facteurs étudiés dans ce modèle, nous avons calculé l'OR ajusté (ORa) avec son IC à 95 %.

Tous les tests réalisés étaient bilatéraux et le seuil de significativité était fixé à 5 %.

Le traitement des données a été déclaré auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, déclaration N°1567354). Toutes les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel Stata/IC 10®.

Résultats

Nous avons inclus 117 femmes (figure 1). Le taux de contact était de 48,2 % et le taux de participation de 48,5 % (taux de réponse : 23,4 %) avec un taux de refus de 7,4 %. L'âge moyen des femmes interrogées était de 44 ans et 42,7 % d'entre elles étaient employées. Une grande majorité (81,2 %) avait des enfants, avec 1 à 5 enfants par femme (moyenne = 2,4 ; IC 95 % = [2,1-2,6]) (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques des femmes interrogées (n = 117)

| Caractéristiques | n | (%) |
|--|-----|--------|
| Catégorie socio-professionnelle | | |
| Agriculteurs exploitants | 1 | (0,9) |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 7 | (6,0) |
| Cadres, professions intellectuelles supérieures | 12 | (10,3) |
| Professions intermédiaires | 10 | (8,5) |
| Employés | 50 | (42,7) |
| Ouvriers | 0 | (0,0) |
| Retraités | 10 | (8,5) |
| Autres personnes sans activité professionnelle | 27 | (23,1) |
| Enfants | | |
| Oui | 95 | (81,2) |
| ≥ 1 garçon | 71 | (74,7) |
| ≥ 1 fille | 70 | (73,7) |
| Non | 22 | (18,8) |
| Médecin traitant déclaré | | |
| Oui | 109 | (93,2) |
| Non | 7 | (6,0) |
| Ne sait pas | 1 | (0,8) |
| Consultation d'un gynécologue au cours des 12 derniers mois | | |
| Oui | 89 | (76,1) |
| Non | 28 | (23,0) |
| Consultation d'un généraliste au cours des 12 derniers mois | | |
| Oui | 106 | (90,6) |
| Non | 11 | (9,4) |
| Consultation d'un généraliste au cours des 3 dernières années | | |
| Oui | 115 | (98,3) |
| Non | 2 | (1,7) |

Connaissances des femmes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Les gynécologues étaient les professionnels de santé les mieux identifiés (94,9 %) comme réalisant des frottis en France (tableau II). Seulement 35,9 % des femmes connaissaient la possibilité pour les médecins généralistes de réaliser cet acte de dépistage. Seules deux femmes ont répondu que la durée recommandée entre deux frottis normaux était de 3 ans et la réponse la plus choisie (52,1 %) était 1 an (2 ans : 25,6 % ; 6 mois : 17 % ; 5 ans : 0,8 % ; NSP : 5,1 %). Une large majorité des femmes (83,8 % ; n = 98) a répondu que le dépistage devait être poursuivi après la ménopause. La limite supérieure d'âge pour le dépistage

le plus souvent choisie étaient 65 ans (50,4 % ; n = 59) et un quart des femmes (27,3 % ; n = 32) ne savaient pas (60 ans : 12,0 % ; 55 ans : 9,4 % ; 50 ans : 0,8 %). Trois quarts des femmes interrogées (76,9 % ; n = 90) connaissaient l'existence d'un vaccin anti-HPV. Pour 66,7 % (n = 78) des répondantes, les femmes vaccinées devaient continuer à se faire dépister par frottis et 29,1 % (n = 34) déclaraient ne pas savoir.

Tableau II : Professionnels de santé habilités à réaliser des frottis, selon les femmes interrogées (n = 117)

| Professionnels de santé | Oui | | Non | | Ne sait pas | |
|---|-----|--------|-----|--------|-------------|--------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| Gynécologue | 111 | (94,9) | 2 | (1,7) | 4 | (3,4) |
| Médecin biologiste (laboratoire d'analyses) | 63 | (53,8) | 34 | (29,1) | 20 | (17,1) |
| Médecin généraliste | 42 | (35,9) | 62 | (53,0) | 13 | (11,1) |
| Sage-femme | 28 | (23,9) | 46 | (39,3) | 43 | (36,8) |
| Infirmier(ère) | 19 | (16,2) | 71 | (60,7) | 27 | (23,1) |

Participation au dépistage et dernier frottis

Parmi les répondantes, 93,2 % des femmes (n = 109 ; IC 95 % = [88,6–97,7]) déclaraient avoir eu au moins un frottis au cours de leur vie (aucun frottis : n = 7 ; NSP : n = 1). Chez ces femmes (n = 109), le délai depuis le dernier frottis allait de 1 mois à 11 ans (moyenne = 14,9 mois ; IC 95 % = [11,4–18,4]) et était inférieur ou égal à 36 mois chez 102 femmes (93,6 % ; IC 95 % = [89,0–98,2]). Ainsi, le taux de participation effective au dépistage était de 87,9 % (IC 95 % = [81,9–93,9]) dans notre échantillon.

Le dernier frottis avait été réalisé par un gynécologue dans 90,0 % des cas, dans un laboratoire d'analyses (9,1 %) ou par une sage-femme (0,9 %) mais aucun par un médecin généraliste. La personne ayant prescrit ou conseillé la réalisation de ce frottis était, par ordre décroissant : un gynécologue (63,3 %), la patiente elle-même (24,8 %), un médecin généraliste (8,3 %) ou une personne de l'entourage (0,9 %).

Facteurs associés à la participation au dépistage

En analyse univariée, la participation effective au dépistage était associée à trois connaissances des femmes : (i) les médecins biologistes (laboratoires d'analyses) peuvent réaliser des frottis (OR = 5,03 ; IC = [1,26–20,02]), (ii) le dépistage doit être poursuivi au-delà de la ménopause

(OR = 5,62 ; IC = [1,57–20,11]) et (iii), à la limite de la significativité, le dépistage doit être poursuivi chez les femmes vaccinées contre HPV (OR = 3,20 ; IC = [0,99–10,28]). Aucune autre connaissance n'était associée à la participation effective des femmes.

La participation effective était significativement plus élevée chez les femmes ayant consulté un gynécologue au cours de l'année précédente (OR = 7,86 ; IC 95 % = [2,17–28,48]). Aucune autre caractéristique sociodémographique, notamment ni l'âge, ni la catégorie socio-professionnelle, n'était associée à la participation effective des femmes.

À l'issue de la modélisation, les facteurs associés à une participation effective au dépistage était la consultation d'un gynécologue au cours des 12 derniers mois (OR = 38,7 ; IC 95 % = [4,5–330,6]) et les deux connaissances selon lesquelles (i) il est possible de réaliser un frottis dans un laboratoire d'analyses (OR = 11,4 ; IC 95 % = [1,6–81,9]) et (ii) le dépistage doit être poursuivi chez les femmes vaccinées contre HPV (OR = 8,8 ; IC 95 % = [1,3–60,8]). La connaissance selon laquelle le dépistage doit être poursuivi au-delà de la ménopause n'était plus retrouvée associée à la participation effective des femmes (*tableau III*).

Tableau III : Connaissances et caractéristiques des femmes selon l'ancienneté du dernier frottis (≤ 3 ans ou > 3 ans) et facteurs associés à une participation effective au dépistage du cancer du col de l'utérus, issus d'un modèle de régression logistique

| | ≤ 3 ans (n = 102) | | > 3 ans (n = 14) | | Analyse multivariée | | |
|--|---------------------------|--------|-----------------------|--------|---------------------|--------------|---------|
| | n | (%) | n | (%) | ORa | [IC 95 %] | p* |
| Connaissances des femmes (bonne réponse) | | | | | | | |
| Professionnels de santé effectuant des frottis : | | | | | | | |
| Gynécologue | 99 | (97,1) | 12 | (85,7) | 17,4 | [0,6–497,4] | 0,095 |
| Sage-femme | 24 | (23,5) | 4 | (28,6) | – | – | (0,276) |
| Médecin généraliste | 37 | (36,3) | 5 | (35,7) | – | – | (0,346) |
| Infirmier(ère) | 64 | (62,7) | 6 | (42,9) | – | – | (0,679) |
| Laboratoire d'analyses | 59 | (57,8) | 3 | (21,4) | 11,4 | [1,6–81,9] | 0,016 |
| Durée recommandée entre deux frottis normaux | 1 | (1,0) | 1 | (7,1) | – | – | (0,789) |
| Indication du dépistage après la ménopause | 90 | (88,2) | 8 | (57,1) | – | – | (0,995) |
| Limite supérieure d'âge recommandée | 55 | (53,9) | 4 | (28,6) | – | – | (0,534) |
| Poursuite du dépistage chez les femmes vaccinées | 72 | (70,6) | 6 | (42,9) | 8,8 | [1,3–60,8] | 0,027 |
| Caractéristiques socio-démographiques | | | | | | | |
| Classes d'âge (en années) : | | | | | | | |
| [25–34] | 29 | (28,4) | 2 | (14,3) | 1 | (référence) | 0,274 |
| [35–44] | 22 | (21,6) | 5 | (35,7) | 0,17 | [0,02–1,68] | |
| [45–54] | 25 | (24,5) | 6 | (42,9) | 0,51 | [0,05–4,92] | |
| [55–65] | 26 | (25,5) | 1 | (7,1) | 2,07 | [0,11–38,52] | |
| Catégories socioprofessionnelles : | | | | | | | |
| CSP 1 | 51 | (50,0) | 6 | (42,9) | 1,10 | [0,09–13,90] | 0,741 |
| CSP 2 | 20 | (19,6) | 2 | (14,3) | 1 | (référence) | |
| CSP 3 | 31 | (30,4) | 6 | (42,9) | 0,55 | [0,04–7,60] | |
| Parentalité | 84 | (82,3) | 11 | (78,6) | – | – | (0,290) |
| Déclaration d'un médecin traitant | 96 | (94,1) | 12 | (85,7) | 9,2 | [0,5–170,3] | 0,135 |
| Consultation (12 derniers mois) | | | | | | | |
| Gynécologue | 83 | (81,4) | 5 | (35,7) | 38,7 | [4,5–330,6] | 0,001 |
| Médecin généraliste | 94 | (92,2) | 11 | (78,6) | – | – | (0,996) |

ORa : Odds ratio ajusté ; IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 % ; CSP 1 : Agriculteurs, artisans, employés et ouvriers ; CSP 2 : Cadres, professions intermédiaires et intellectuelles supérieures ; CSP 3 : Retraités et autres personnes sans activité professionnelle.

* Pour chacune des variables exclues lors de la procédure pas à pas descendante, la valeur de p à la sortie du modèle est rapportée entre parenthèses.

Implication des médecins généralistes

Selon 64,1 % ($n = 75$) des femmes interrogées, aucun médecin généraliste n'avait abordé, au cours de leur vie, la question du dépistage par frottis. Les FCU prescrits par un médecin généraliste ont été réalisés dans un laboratoire d'analyses ($n = 5$), par un gynécologue ($n = 3$) ou une sage-femme ($n = 1$). Seules 8 femmes (6,8 %) ont déclaré avoir déjà eu, au cours de leur vie, un frottis réalisé par un médecin généraliste. La majorité des femmes interrogées (59,8 %) était favorable à une augmentation du nombre de frottis réalisés par les médecins généralistes.

Discussion

Les femmes interrogées méconnaissaient les modalités pratiques du dépistage du cancer du col de l'utérus. À l'exception des gynécologues, les professionnels de santé réalisant des frottis étaient largement méconnus des femmes interrogées. Pratiquement aucune femme ne connaissait le rythme recommandé des frottis et le délai était systématiquement surestimé, le plus souvent de façon importante. La plupart des femmes connaissait l'intérêt de poursuivre le dépistage au-delà de la ménopause mais seule une femme sur deux connaissait la limite supérieure d'âge recommandée. Par contre, la grande majorité des femmes connaissait l'existence d'un vaccin anti-HPV et l'indication de poursuivre le dépistage par frottis chez les femmes vaccinées.

Le taux de participation effective au dépistage était élevé, avec près de 9 femmes sur 10 déclarant un frottis à jour. Les femmes ayant consulté un gynécologue au cours des 12 derniers mois étaient les plus susceptibles de participer. Les femmes sachant que les frottis peuvent être réalisés dans un laboratoire d'analyses et qu'il faut poursuivre le dépistage chez les femmes vaccinées contre HPV, participaient davantage.

L'implication des médecins généralistes était limitée. Moins d'un frottis sur dix avait été prescrit par un médecin généraliste et, selon la majorité des femmes interrogées (64,1 %), aucun généraliste n'avait jamais abordé la question de ce dépistage en consultation. Seules huit femmes avaient déjà eu un frottis réalisé par un généraliste mais la majorité des femmes interrogées était favorable à une augmentation de la réalisation des frottis par les médecins généralistes.

Comparaison aux autres études

La participation au dépistage dans notre étude était semblable à celle de l'enquête Baromètre santé 2010 [10] avec respectivement 87,9 % contre 83 % de femmes déclarant avoir eu un FCU au cours des trois dernières années et 6 % contre 4 % déclarant ne jamais en avoir eu. Cependant, cette participation est très supérieure au taux de couverture estimé à 54,5 % dans le département du Val-d'Oise, à partir des données de l'Assurance maladie [3]. La couverture établie par l'Assurance maladie peut être sous-estimée car les régimes spéciaux et les actes hospitaliers, par exemple, ne sont pas pris en compte.

Notre étude a confirmé le suivi régulier par un gynécologue comme un des principaux facteurs associés à une bonne participation au dépistage. Quel que soit leur âge, les femmes ayant une consultation gynécologique tous les ans avaient 90 % de chances d'avoir eu un FCU [3]. Toutefois, l'impact du suivi gynécologique n'est pas simple à mesurer de façon isolée car les FCU sont souvent réalisés par les gynécologues au cours des consultations de suivi.

Plusieurs études françaises ont montré que les femmes en activité se font plus souvent dépistées que les femmes sans emploi [10, 14, 15]. Dans notre étude, la participation au dépistage n'était pas significativement différente chez les femmes ayant une activité professionnelle par rapport aux femmes inactives ($p = 0,370$).

Concernant l'implication des médecins généralistes, alors que 45 % des généralistes déclaraient vérifier systématiquement le dépistage du cancer du col en consultation [13], selon la majorité des femmes interrogées aucun généraliste n'avait jamais abordé la question du dépistage en consultation. Le faible taux de frottis réalisés par les généralistes était conforme aux précédentes estimations, entre 8 et 11 % en France [14] et seulement 4 % en Île-de-France [15]. Dans une précédente étude [13], les médecins généralistes ne réalisant pas de frottis déclaraient adresser leurs patientes majoritairement aux gynécologues (63 %) puis à un laboratoire d'analyses (26 %) ou à un confrère généraliste (5 %), et 48 % de ceux qui exerçaient en région parisienne déclaraient adresser leurs patientes à un laboratoire d'analyses. De nombreux freins à la réalisation des FCU par les médecins généralistes ont été décrits [3]. Avec la féminisation de la médecine générale [16] et la revalorisation de cet acte dans la nouvelle convention médicale (signée le 26 juillet 2011), la part des frottis réalisés par les médecins généralistes pourrait augmenter dans les prochaines années.

Forces et limites

Les connaissances des femmes vis-à-vis des modalités pratiques du dépistage du cancer du col de l'utérus ont été peu étudiées [13]. Ce sont surtout le manque d'information concernant le cancer lui-même ou l'absence de lien perçu entre le FCU et la recherche d'un cancer qui ont été précédemment décrits [3, 6, 11, 17, 18]. Pourtant, le désir d'information des patientes peut aller du besoin de réassurance à celui d'avoir une information complète permettant de gérer le dépistage [19].

Nous avons choisi le département du Val-d'Oise car il présente des valeurs moyennes des indicateurs concernant le taux de dépistage (taux de couverture ajusté = 54,5 %), la démographie médicale (densité de gynécologues = 21 pour 100 000 femmes ; densité de médecins généralistes = 133 pour 100 000 habitants) et la précarité (taux de CMU complémentaire = 6,1 %) [3, 20]. Dans les limites de notre étude, nos résultats peuvent donc être généralisés aux départements français ayant des indicateurs similaires.

Le taux de participation à notre enquête parmi les ménages interrogés (48,5 %) était semblable à celui de l'enquête Baromètre santé nutrition 2008 pour l'échantillon interrogeant les lignes de téléphones fixes [21]. Toutefois, en raison des foyers injoignables, certaines catégories de femmes ont pu être exclues. Avec le développement de la téléphonie mobile et du dégroupage, la représentativité d'un échantillon issu d'un annuaire de téléphonie fixe peut être affectée. En 2011, 10 % des français, plutôt les jeunes adultes et les bas revenus, étaient exclusivement équipés d'un téléphone mobile [22]. Ainsi, les femmes les plus jeunes et celles aux bas revenus peuvent être sous-représentées dans notre échantillon.

Le recours à une enquête téléphonique nous a permis de cibler un échantillon de femmes en population générale plutôt qu'un échantillon de patientes, et de ne pas exclure les femmes consultant peu. Néanmoins, la plupart des femmes interrogées dans notre étude avaient consulté un médecin (généraliste ou gynécologue) au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, la distribution des CSP dans notre échantillon était en faveur d'une sur-représentation des employées par rapport à la population générale.

Le protocole de l'enquête nécessitait une compréhension suffisante du français. Peu de femmes ont été exclues en raison d'une maîtrise insuffisante de la langue mais les barrières liées à la langue entraînent des difficultés de communication et de compréhension, et sont associées à un moindre recours au dépistage [3, 6, 11].

Ainsi, les femmes de notre échantillon étaient plus favorisées, bénéficiaient plus souvent d'un suivi médical et

étaient peut-être davantage sensibilisées au dépistage par rapport à la population générale.

Enfin, dans le cadre d'une enquête déclarative, des oublis, des erreurs d'appréciation ou de mémorisation (ancienneté du dernier frottis, notamment) ou une sur-déclaration des conduites de dépistage sont d'autres biais possibles.

Perspectives

Les femmes placent le médecin généraliste au centre du dépistage si ce n'est en tant qu'effecteur au moins en tant que source d'information. Elles souhaitent une incitation au dépistage par leur médecin généraliste [23]. L'information délivrée par les médecins généralistes, telle qu'elle est perçue par les patientes, est actuellement insuffisante. La délivrance d'informations personnalisées par le médecin généraliste permettrait d'améliorer les connaissances des patientes et l'impact sur la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus devrait être évalué.

La mise en place d'un programme national de dépistage organisé pourrait permettre d'obtenir un meilleur taux de participation, d'améliorer l'équité d'accès au dépistage et d'augmenter la probabilité de toucher les femmes les plus à risques [3].

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des personnes ayant participé à cette étude et Madame Clarice Sabbagh pour son aide au recueil des données.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Ferley J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase number 10 [Internet]. 2010. Disponible à partir de URL : <http://globocan.iarc.fr> [Consulté le 4/10/2011].
2. Institut de Veille Sanitaire. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. [Internet]. 2010. Disponible à partir de URL : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers> [Consulté le 25/03/2011].
3. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2010.

