



**HAL**  
open science

# Le dépistage du cancer du col utérin des patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire à La Réunion : étude comparative dans le sud-ouest de l'île de La Réunion

Brigitte Kerbrat

► **To cite this version:**

Brigitte Kerbrat. Le dépistage du cancer du col utérin des patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire à La Réunion : étude comparative dans le sud-ouest de l'île de La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01460724

**HAL Id: dumas-01460724**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01460724>**

Submitted on 7 Feb 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. des sciences médicales

**Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Par **Brigitte KERBRAT**  
Née le **09/01/1986** à Brest

**LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL  
UTERIN DES PATIENTES SOUFFRANT DE  
SCHIZOPHRENIE ET DE TROUBLE  
BIPOLAIRE A LA REUNION**

**Etude comparative dans le sud-ouest de  
l'île de La Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 19/12/2016

**Directrice de thèse : Mme le Docteur Line RIQUEL**

**Rapporteur de thèse : M. le Docteur Sébastien LERUSTE**

**Membres du jury**

M. le Professeur Jean-Marc FRANCO, PU ..... Président  
M. le Docteur Sébastien LERUSTE, MCU ..... Rapporteur  
Mme le Docteur Marie TOURNIER, MCU-PH..... Jury  
Mme le Docteur Coralie DUMONT, PH ..... Jury  
M. le Docteur Michel SPODENKIEWICZ, PH..... Jury  
Mme le Docteur Line RIQUEL, MCA..... Jury

# REMERCIEMENTS

---

**A mon président de thèse Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco :**

Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail, et pour votre investissement dans notre formation à La Réunion, à l'échelle collective comme individuelle.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance

**A mon rapporteur de thèse Monsieur le Docteur Sébastien Leruste :**

Merci d'avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse et de faire partie de ce jury.

Merci de votre disponibilité et de votre aide dans mon travail de recherche.

**A Madame le Docteur Marie Tournier :**

Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail, et pour avoir répondu présente sans hésiter malgré la distance.

**A Madame le Docteur Coralie Dumont :**

Depuis le premier jour de l'internat j'ai eu la chance et le privilège de t'avoir à mes côtés, c'est donc tout naturellement que je te retrouve pour clore cette période. Tu es pour moi un exemple de travail et d'accomplissement personnel, merci d'avoir accepté d'intégrer ce jury.

**A Monsieur le Docteur Michel Spodenkiewicz :**

Merci infiniment de ton efficacité, de ta disponibilité et de ta bienveillance tout au long de ce travail.

**A ma directrice de thèse Madame le Docteur Line Riquel :**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, que je n'aurais pas pu mener à bien sans tes conseils.

**Merci à l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU de La Réunion pour son aide précieuse**

Merci à toutes les patientes qui ont accepté de répondre à mes questionnaires d'avoir bien voulu m'accorder de leur temps, avec bienveillance et générosité. Ces échanges m'ont apporté de nombreux exemples de courage et de dignité.

Merci également aux équipes soignantes des CMP de Saint-Pierre et du Tampon, de m'avoir acceptée dans leur structure pendant cette période. Un remerciement tout particulier aux Docteurs Karine Gosselin, Delphine Catinaud et Elodie Roblès, sans qui je n'aurais tout simplement pas pu réaliser ce travail.

Merci aux médecins généralistes de m'avoir ouvert les portes de leurs cabinets : les Docteurs Nathalie Mevel, Yasmine Duval, Line Riquel, Yves Lepennetier, Xavier Aupepin et Franck Semel. Merci à leurs secrétaires respectives qui m'ont été d'une aide très précieuse.

A mes parents, jeunes et fringants aventuriers, pour le goût qu'ils m'ont donné pour le voyage depuis ma petite enfance, leur soutien durant ce long parcours qu'ont été mes études.

A Hélène et Paul, pour leur force et leur humilité, et à la petite Solenn qui a la chance d'être née dans ce beau foyer.

A Loïc et Michèle, et leur petit Erwan, pour la joie de vivre et la sérénité qu'ils savent partager des deux côtés de l'Atlantique.

A Adrien, pour l'ensemble de son œuvre. Pour sa sociabilité, son ouverture d'esprit et son humour que même les chinois apprécieront sans nul doute.

Les moments passés ensemble sont toujours trop courts.

A mon Paulo, pour ton soutien inconditionnel, pour tous les moments merveilleux passés à tes côtés et ceux à venir.

Aux amis de toujours, de Rennes et Prague, et malgré les distances spatio-temporelles : Nono, Romain, Anne-Ga, Ludwig, Miguel, Goska, Arthur, Anais.

Aux dalons de la Réunion : les fous de Bois de Nèfles Romano, Valoche, Gwayne, Yo l'ancien et Yo tout court, Antonino, Tuttur. Pour leur candeur sauvage.

A Maricate, la traileuse, randonneuse, baroudeuse, et surtout l'amie.

A Léa et Aurélie, partenaires de voyage et sources d'inspiration

A Clément « Kiki » pour m'avoir fait découvrir le mérrou sauce vanille et autres merveilles de la gastronomie.

A Clarisse et Mathieu, pour leurs apéros-dissertes et leur soutien énorme.

Aux BOAP de Mamoudzou : Anais, Oriana et Pauline, charmantes aventurières que j'ai eu la chance de côtoyer pendant ces quelques mois.

# SOMMAIRE

---

<b>PARTIE 1 CONTEXTE</b> .....	<b>8</b>
1.1 La situation sanitaire à la Réunion .....	8
1.2 La schizophrénie et les troubles bipolaires.....	11
1.3 Le cancer du col utérin .....	14
1.4 Données de la littérature : Le dépistage du cancer du col utérin des patientes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires en métropole et dans le monde.....	19
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>21</b>
<b>PARTIE 2 MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>23</b>
2.1 Schéma d'étude .....	23
2.2 Population étudiée et technique d'échantillonnage .....	23
2.3 Critères de jugement.....	25
2.4 Recueil de l'information .....	25
2.5 Méthodes d'analyse statistique.....	27
2.6 Recherche bibliographique.....	27
2.7 Ethique, consentement .....	27
<b>PARTIE 3 RESULTATS</b> .....	<b>29</b>
3.1 Caractéristiques socio-démographiques .....	30
3.2 Résultats relatifs à la pratique du frottis cervico-utérin .....	33
3.3 Caractéristiques médicales.....	36
<b>PARTIE 4 DISCUSSION</b> .....	<b>40</b>
4.1 Réponse aux questions posées .....	40
4.2 Forces et limites de l'étude .....	40
4.3 Principaux résultats de l'étude .....	42
4.4 Réflexions à propos des résultats obtenus .....	49
<b>PARTIE 5 CONCLUSION, PERSPECTIVES</b> .....	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>54</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>58</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>80</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>81</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>82</b>

# TABLE DES ANNEXES

---

<b>ANNEXE 1.</b>	<b>DENSITE DE MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX PAR SECTEURS INFRA-COMMUNAUX POUR 100.000 HABITANTS EN 2011 A LA REUNION (INSEE) .....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 2.</b>	<b>CRITERES DIAGNOSTICS DE LA SCHIZOPHRENIE ET DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES – 10<sup>EME</sup> EDITION (CIM-10).....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 3.</b>	<b>PREVALENCES ET RISQUE RELATIF DES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE .....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXE 4.</b>	<b>STADES DU CARCINOME EPIDERMOÏDE DU COL DE L'UTERUS SELON LA CLASSIFICATION DE LA FIGO .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 5.</b>	<b>HISTOIRE NATURELLE DU CARCINOME EPIDERMOÏDE DU COL DE L'UTERUS .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 6.</b>	<b>LES 10 CRITERES DE FAISABILITE D'UN DEPISTAGE ORGANISE (OMS) .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 7.</b>	<b>LE FROTTIS CERVICO-UTERIN : PRESENTATION ET TECHNIQUES DE PRELEVEMENT.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 8.</b>	<b>TAUX DE COUVERTURE PAR FROTTIS CERVICO-UTERIN DE DEPISTAGE (OPPORTUNISTE OU APRES INCITATION) PAR CLASSES D'AGE ET STANDARDISES, PERIODE 2010-2012 A LA REUNION ....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE 9.</b>	<b>ETUDE ANTHROPOLOGIQUE DE 2002.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE 10.</b>	<b>QUESTIONNAIRE DU GROUPE « CMP » .....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXE 11.</b>	<b>LETRE D'INFORMATION APPOSEE EN SALLE D'ATTENTE DU CMP.....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 12.</b>	<b>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 13.</b>	<b>AVIS DU CPP .....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE 14.</b>	<b>COMPARAISON DES PATIENTES DU GROUPE "CMP" A LA POPULATION CIBLE.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 15.</b>	<b>AUTRES DONNEES RECUEILLIES .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 16.</b>	<b>INDICE DE PEARL : TAUX DE GROSSESSES NON DESIREES LA PREMIERE ANNEE POUR 100 FEMMES (CHIFFRES OMS, 2011) .....</b>	<b>79</b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

FIGURE 1.	INCIDENCE DU CANCER DU COL UTERIN PAR PAYS EN 2012 (TAUX D'INCIDENCE STANDARDISE POUR 100000 FEMMES) SOURCE : OMS, 2015.....	14
FIGURE 2.	DIAGRAMME DE FLUX.....	29
FIGURE 3.	REPARTITION DES DEUX POPULATIONS SELON L'AGE.....	30
FIGURE 4.	PRINCIPALE SOURCE DE REVENUS PAR GROUPE .....	32
FIGURE 5.	REPARTITION DE LA PRATIQUE DU FCU SELON LE PROFESSIONNEL DE SANTE .....	34
FIGURE 6.	METHODES DE CONTRACEPTION DES FEMMES NON MENOPAUSEES (%).....	38
FIGURE 7.	PLACE PERÇUE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA REALISATION DU FCU (35).....	49
FIGURE 8.	AGE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LE GROUPE .....	78
TABLEAU 1.	CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES PATIENTES DES GROUPES « CMP » ET « TEMOINS » .....	31
TABLEAU 2.	CARACTERISTIQUES DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES DU GROUPE « CMP ».....	31
TABLEAU 3.	DELAI DEPUIS LE DERNIER FCU SELON LE GROUPE .....	33
TABLEAU 4.	CARACTERISTIQUES DES PATIENTES NON A JOUR POUR LA REALISATION DU FCU.....	35
TABLEAU 5.	NOMBRE DE FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU COL UTERIN* .....	36
TABLEAU 6.	CARACTERISTIQUES SOMATIQUES DE LA POPULATION .....	36
TABLEAU 7.	DATE DE LA DERNIERE MAMMOGRAPHIE DANS LES DEUX GROUPES* .....	37
TABLEAU 8.	CARACTERISTIQUES DE SANTE GYNECOLOGIQUE CHEZ LES PATIENTES SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE OU DE TROUBLES BIPOLAIRES (GROUPE « CMP »), ET CHEZ LES PATIENTES INDEMNES DE CES TROUBLES (GROUPE « TEMOINS »).....	37
TABLEAU 9.	PREVALENCE ET RISQUES RELATIFS DES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE RETROUVES DANS LA LITTERATURE MODIFIABLES DANS LA SCHIZOPHRENIE ET LE TROUBLE BIPOLAIRE PAR RAPPORT A LA POPULATION GENERALE (14).....	62
TABLEAU 10.	COMPARAISON DES PATIENTES DU GROUPE CMP A LA POPULATION CIBLE .....	77
TABLEAU 11.	AUTRES COMORBIDITES .....	78

# TABLE DES ABREVIATIONS

---

<b>AAH</b>	Allocation Adulte Handicapé
<b>ACR</b>	American College of Radiology
<b>AMM</b>	Autorisation de Mise sur le Marché
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIM 10</b>	Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> révision
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CRAT</b>	Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
<b>DIU</b>	Dispositif Intra-Utérin
<b>FCU</b>	Frottis Cervico-utérin
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPV</b>	Human Papillomavirus (papillomavirus humain)
<b>HSV-2</b>	Virus Herpès Simplex de type 2
<b>IMG</b>	Interruption Médicale de Grossesse
<b>Inca</b>	Institut National du cancer
<b>Inpes</b>	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
<b>InVS</b>	Institut de Veille Sanitaire
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>RQTH</b>	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
<b>TSM</b>	Taux Standardisé de Mortalité. Taux que l'on observerait si la structure d'âge de la population étudiée était la même que celle d'une population standard de référence. Il est exprimé pour 100.000 habitants. Les populations de référence les plus communément utilisées est la population mondiale ou européenne
<b>VHB</b>	Virus de l'Hépatite B
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine



# PARTIE 1 CONTEXTE

---

## 1.1 LA SITUATION SANITAIRE A LA REUNION

### 1.1.1 Démographie

Comptant plus de 840 000 habitants en 2013, la Réunion est le Département d'Outre-Mer (DOM) le plus peuplé. La densité de population est de 336 habitants/km<sup>2</sup> (en métropole : 115), la population étant répartie principalement sur le littoral.(1)

La population est marquée par son jeune âge : 33 % des réunionnais ont moins de 20 ans (24 % en métropole), et 4 % ont 75 ans ou plus (versus 7 %). L'indice conjoncturel de fécondité est de 2,36 en 2011 (2,01 en métropole).

Cette population est lourdement touchée par la précarité : en 2013, 29 % des actifs de 15 ans et plus sont au chômage (soit trois fois plus qu'en métropole), la tranche d'âge 25-34 ans étant la plus fortement touchée.

30 % des réunionnais sont couverts par au moins un minimum social, et 42 % de la population vit sous le seuil de pauvreté (935 euros/mois).

16 % de la population bénéficie de la CMU et 37 % de la CMU complémentaire soit cinq fois plus qu'en métropole (7 %).

### 1.1.2 Santé

Le dernier Plan Stratégique de santé Réunion-Mayotte (2), élaboré par l'ARS, donne priorité à la périnatalité, aux maladies chroniques à la santé mentale, au handicap et au vieillissement, comme objectif de santé prioritaires dans la région.

#### 1.1.2.1. Indicateurs socio-démographiques et morbi-mortalité

L'espérance de vie à la naissance est inférieure à celle de la métropole : 77 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes (versus respectivement 78,7 et 85,0 ans).

La région est plus sévèrement touchée par certaines pathologies, en particulier le diabète de type 2 et les accidents vasculaires cérébraux invalidants, et moins affectée par les maladies coronaires, les cancers et les démences (1). La prévalence des affections psychiatriques de longue durée est légèrement inférieure à celle de la métropole (1 268 pour 100 000 habitants versus 1971).

En termes de mortalité, La Réunion se distingue par une surmortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire (dont asthme), pour le diabète de type 2 (touchant aussi bien les hommes que les femmes), les maladies de l'appareil digestif et l'abus d'alcool pour les hommes. En revanche, une sous-mortalité est constatée pour les tumeurs, les suicides et les maladies du système nerveux.

### **1.1.2.2. Sexualité**

L'enquête KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) (3), a été réalisée en 2012 à la Réunion. Il s'agissait d'une étude transversale visant à évaluer le risque sexuel à partir d'un questionnaire standardisé proposé par téléphone. 1 025 personnes âgées de 15 à 59 ans ont ainsi été interrogées. Cette enquête a retrouvé des différences marquées entre hommes et femmes, en termes d'âge d'entrée dans la sexualité, de multi partenariat et de représentations de la sexualité. En effet, l'âge déclaré au premier rapport sexuel se situe vers 15 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes de moins de 30 ans, et vers 17 ans pour les hommes et 18 ans pour les femmes de plus de 30 ans. En comparaison, en métropole, l'âge au premier rapport est de 17,3 chez les hommes jeunes et 17,6 chez les femmes jeunes.

Les hommes déclarent avoir eu en moyenne 12,8 partenaires au cours de leur vie (11 en moyenne en métropole) contre 3,2 pour les femmes (8 en moyenne en métropole).

Au cours des 5 dernières années, 15 % des hommes et 2 % des femmes déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne en continuant d'en avoir avec une autre, contre 2,8 % des hommes et 1 % des femmes en métropole au cours de l'année 2010 (4).

### **1.1.2.3. Infections sexuellement transmissibles**

Le réseau RésIST, mis en place en 2007 à la Réunion, permet de recenser les de syphilis et de gonococcies, et de faire un état des lieux des pratiques sexuelles chez les patients atteints via un auto-questionnaire anonyme dans certains laboratoires. On constate dans la région que l'incidence de l'infection par VIH est deux fois moins importante qu'en métropole, ce qui est expliqué par la quasi-absence de contamination par voie intraveineuse (5). Les autres principales IST touchent en proportion plus d'hétérosexuels, en particulier de femmes en âge de procréer, qu'en métropole, où la communauté homosexuelle masculine reste la plus vulnérable. Autres particularités à La Réunion, l'existence de plusieurs cas de syphilis récente chez des femmes enceintes entre 2007 et 2013 ainsi que des suspicions de syphilis congénitale (8 en 2008), l'âge précoce des premières IST et la faible utilisation du préservatif (5). Mais ces résultats restent pour le moment à nuancer du fait de leur manque de représentativité à l'échelle de la population générale, ainsi que du fait de la variabilité de réponse et de déclaration des centres participants.

### **1.1.2.4. Périnatalité**

Les maternités sont plus précoces (23 % des femmes nées entre 1980 et 1999 avaient au moins un enfant à 20 ans en 2010 versus 4 % en métropole) et le taux de recours à l'IVG plus élevé qu'en métropole (19 ‰ vs 15 ‰) (1).

## **1.1.3 L'offre de soins**

Les difficultés d'accès au médecin (quelle que soit la spécialité) pour raison financière touchent proportionnellement autant les réunionnais que les métropolitains : en 2014, 7 % d'entre eux ont renoncé à une consultation de pour cette raison (1). La situation est meilleure pour ce qui concerne les soins dentaires ou d'optique, avec néanmoins le taux de 14 % des

réunionnais qui ont renoncé à ces soins, cette proportion étant plus faible qu'en métropole ou dans les autres DOM.

#### **1.1.3.1. Médecine générale**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 811 médecins généralistes libéraux étaient inscrits à l'Ordre départemental des médecins de la Réunion, soit une densité de 96 généralistes pour 100 000 habitants, en-deçà de la moyenne métropolitaine de 106 (6). L'approche infra communale permet d'observer deux phénomènes : une concentration de la densité dans les centres-villes de chaque commune et une absence de généralistes dans les hauts ou dans les écarts de l'île (Annexe 1).

#### **1.1.3.2. Gynécologie**

La gynécologie médicale est sous-représentée à La Réunion, où la densité est de 6 praticiens pour 100 000 habitantes, contre 13 en métropole (6). En 2016, 15 gynécologues médicaux sont recensés par l'Ordre des Médecins, ce chiffre étant en diminution par rapport à 2007 (7).

Parmi les 84 gynécologues obstétriciens inscrits à l'ordre des médecins de la Réunion en 2016, 36 exercent en libéral ou ont une activité mixte.

Le nombre total de praticiens dans la région exerçant en libéral ainsi à 51. Ceux-ci ont une répartition concentrée dans les zones les plus densément peuplées de l'île (8).

Une Réunionnaise sur deux a consulté un gynécologue en 2013, soit moins que leurs homologues métropolitaines (57 %), et ceci quelle que soit leur tranche d'âge (1).

#### **1.1.3.3. Sages-femmes**

378 sages-femmes exerçaient à La Réunion en 2014 ; leur densité est bien supérieure à celle de la métropole (45 pour 100 000 vs 31). Ces soignants ont ainsi un rôle important dans le soin gynécologique des réunionnaises.

#### **1.1.3.4. Psychiatrie**

Avec 121 praticiens à La Réunion inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (7), la psychiatrie est sous-représentée en densité (14 pour 100 000 vs 18 en métropole).

L'offre de soins en psychiatrie est assurée par deux établissements publics, le Centre Hospitalo-Universitaire Sud-Réunion (CHU Sud) pour la région Sud et l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR) pour les régions du Nord, de l'Est et de l'Ouest, et par un établissement privé (réparti entre un site sud et un site ouest). Le territoire est organisé en 4 secteurs : nord, est, ouest et sud.

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ont un rôle de coordination des secteurs de psychiatrie. Ils assurent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organisent leur orientation éventuelle vers des structures adaptées : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, unité

d'hospitalisation psychiatrique, foyers... Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur.

Les patients nécessitant des soins au CMP peuvent s'y présenter spontanément, être orientés par leur médecin traitant, ou par les psychiatres hospitaliers après une sortie d'hospitalisation ou après une consultation d'urgence spécialisée. Les patients inconnus des files actives sont alors pris en charge par un infirmier, puis leur dossier est présenté en réunion hebdomadaire afin de définir en équipe une proposition de soins et de suivi.

Ces services souffrent d'un manque de moyens humains, par exemple le délai d'attente moyen d'une consultation avec le seul psychologue du CMP du Tampon est d'un an, le délai pour une consultation de psychiatrie de deux mois en moyenne.

## **1.2 LA SCHIZOPHRENIE ET LES TROUBLES BIPOLAIRES**

### **1.2.1 Définitions des troubles**

Nous nous sommes basés dans notre étude sur les définitions de la CIM-10 plutôt que sur celles du DSM-V car c'est la classification utilisée en pratique clinique.

A la Réunion, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 5 742 femmes bénéficiaient du régime d'ALD pour affection psychiatrique de longue durée (ALD n°23) (chiffres ARS). Parmi ces patientes, 488 souffraient de troubles affectifs bipolaires et 2 258 de troubles du spectre psychotique. Parmi ces dernières, 905 étaient atteintes de schizophrénie.

#### **1.2.1.1. La schizophrénie**

Cette entité pathologique s'inclut et est prépondérante dans le groupe des troubles psychotiques. Ce groupe réunit également le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants et des troubles psychotiques aigus et transitoires.

La CIM 10 définit les symptômes psychotiques comme une association d'idées délirantes, d'hallucinations, et d'une désorganisation massive du comportement (Annexe 2).

La schizophrénie est le trouble psychotique le plus fréquent dans le monde : sa prévalence est de 0.5 à 1 % de la population mondiale, avec des variations géographiques et historiques dans l'incidence de la maladie (par exemple, elle est plus élevée en milieu urbain que rural, et dans certaines populations, en particulier les migrants de première et seconde génération). L'âge de survenue des troubles se situe entre 15 et 35 ans, et touche les femmes en moyenne plus tardivement (entre 25 et 35 ans). Celles-ci ont tendance à avoir un meilleur fonctionnement prémorbide.

Ce trouble interfère à des degrés divers avec la capacité à répondre aux exigences de la vie quotidienne.

#### **1.2.1.2. Le trouble affectif bipolaire**

Ce trouble affecte 1 % à 2,5 % de la population générale (9). L'âge de début moyen est de 18 à 22 ans et, comme pour la schizophrénie, les femmes sont atteintes plus tardivement que les hommes. Selon la CIM 10, le diagnostic est clinique et repose sur la succession de « deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont

profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (épisode dépressif). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires » (Annexe 2).

Le trouble bipolaire ne peut pas se résumer aux seules phases de décompensation thymique, les symptômes résiduels intercurrents peuvent également perturber le quotidien des patients. Sont ainsi décrits une altération des facultés cognitives, ou un état dysthymique ou hypomaniaque persistant, qui nuisent à la qualité de vie des patients.

Le handicap social, familial et professionnel est majeur du fait du retard de diagnostic (après 8 ans d'évolution en moyenne), de l'évolution chronique, et de la coexistence fréquente de troubles anxieux et d'addictions.

## **1.2.2 Morbi-mortalité des patients souffrant de maladie mentale**

La relation entre troubles physiques et mentaux est complexe, réciproque et ses voies sont multiples. Lorsque les troubles mentaux ne sont pas traités, l'issue des maladies physiques qui les accompagnent est compromise. Pour les personnes souffrant de troubles mentaux, le risque de comorbidités somatiques est aggravé par une fonction immunitaire altérée, des comportements préjudiciables à leur santé (prise de toxiques par exemple), une mauvaise observance des prescriptions médicales, la iatrogénie des traitements psychotropes, et la difficulté de l'accès aux soins.

Ainsi, les patients souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires représentent une population vulnérable sur le plan somatique, du fait d'une fréquence élevée de comorbidités.

### **1.2.2.1. Taux de mortalité**

Dans une méta-analyse de 2007 (10) regroupant 37 études menées dans 25 pays, les patients atteints de schizophrénie avait un Taux Standardisé de Mortalité (TSM) toutes causes confondues 2,58 fois supérieur à celui de la population générale sur l'ensemble des données. Pour les années 1970, 1980 et 1990 le ratio des TSM était respectivement de 1,84, 2,98 et 3,20, ce qui suggère un écart de mortalité par rapport à la population générale de plus en plus marqué au cours des dernières décennies.

S'ajoute à la mortalité imputable aux comorbidités somatiques, la surmortalité en lien avec le risque suicidaire. Environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie fait au moins une tentative de suicide dans sa vie et 10 % des patients décèdent suite à leur passage à l'acte (11). Les troubles bipolaires sont également une pathologie hautement suicidogène, avec des chiffres similaires : un patient sur deux fera au moins une tentative de suicide dans sa vie et près de 15 % des patients bipolaires décèdent par autolyse. (12).

### **1.2.2.2. Comorbidités cardiovasculaires**

L'espérance de vie des patients souffrant de troubles mentaux serait diminuée de 25 à 30 ans par rapport à la population générale, du fait de la surmortalité liée aux maladies cardiovasculaires (13).

Ceci s'explique par la surreprésentation des facteurs de risque cardiovasculaire telle que rapportée dans la revue de la littérature (14) de l'European Psychiatric Association (EPA), en association avec l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) et l'European Society of Cardiology (ESC) (Annexe 3).

Plusieurs études montrent une insuffisance de prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire, en particulier parmi les patientes souffrant de schizophrénie : aux Etats Unis, l'essai clinique multicentrique CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), de 2009, a étudié 1 493 patients schizophrènes, afin d'établir des différences d'efficacité entre certains antipsychotiques atypiques et un antipsychotique classique. Parmi ces patients, 62 % des patients hypertendus et 38 % des patients diabétiques ne recevaient aucun traitement spécifique (14).

### **1.2.2.3. Cancers gynécologiques**

Une étude de cohorte de grande envergure réalisée à Taiwan entre 1997 et 2009, incluant 90 000 patients souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire, a démontré un risque de cancer global supérieur à la population générale, et ce de façon inversement proportionnelle à l'ancienneté du diagnostic de la maladie mentale (15). Cependant il faut noter des disparités selon les groupes. Dans cette étude, le risque de cancer du sein et du corps utérin chez les patientes schizophrènes est supérieur à celui de la population générale, quelle que soit l'ancienneté de la maladie mentale. Le risque de cancer du col utérin est également augmenté parmi les patientes de moins de 50 ans.

L'hypothèse avancée pour expliquer le sur-risque de cancers gynécologiques chez les patientes souffrant de schizophrénie est qu'elles additionnent les facteurs de risque pour chacun d'entre eux : le tabagisme dans le cancer du col utérin, et les facteurs hormonaux pour les cancers du sein et du corps utérin. En effet, ces patientes sont plus souvent nullipares ou paucipares, et sont plus touchées par l'obésité que la population générale (16). Un lien a également été démontré entre l'hyperprolactinémie, secondaire à la prise de neuroleptiques, et le cancer du sein. (17).

Les patientes atteints de trouble bipolaires ont un risque de cancer significativement plus élevé lorsqu'elles ne reçoivent pas de traitement (18).

La prévention et le dépistage sont ainsi primordiaux dans le suivi médical de ces patientes.

### **1.2.3 Difficultés du soin somatique en santé mentale**

Dans une revue de la littérature sur les comorbidités somatiques des patients souffrant de schizophrénie (19) publiée en 2009, l'auteur cite le rôle des comorbidités intrinsèques en tant qu'obstacles au bon suivi somatique, comme le stress, la perception différente des symptômes et de la douleur, et les symptômes négatifs tels que l'apathie et le déficit cognitif. De ce fait, les patients ne sont pas enclins à verbaliser spontanément leurs plaintes, et les praticiens peuvent avoir des difficultés à interpréter la plainte. Les patients schizophrènes ont ainsi non seulement une incidence plus élevée d'un large spectre de pathologies, mais sont également plus à risque de voir ces pathologies non ou tardivement diagnostiquées, alors que



la fréquence même des consultations en soins primaires est en moyenne plus élevée que dans la population générale.

S'ajoute à cela le manque de communication entre médecin somaticien et psychiatre : une étude menée par le Dr Bohn dans un CMP de région parisienne montrait en 2007 que la maladie psychiatrique était méconnue des médecins traitants pour 56 % des patients, et la pathologie somatique éventuelle était méconnue des psychiatres dans 61 % des cas (20).

Le cloisonnement entre les spécialités médicales pourrait être un obstacle à la prise en charge globale des patientes souffrant de maladie mentale.

Cet écueil est évoqué dans le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 du Ministère de la Santé, qui propose plusieurs axes afin d'optimiser le travail en réseau.

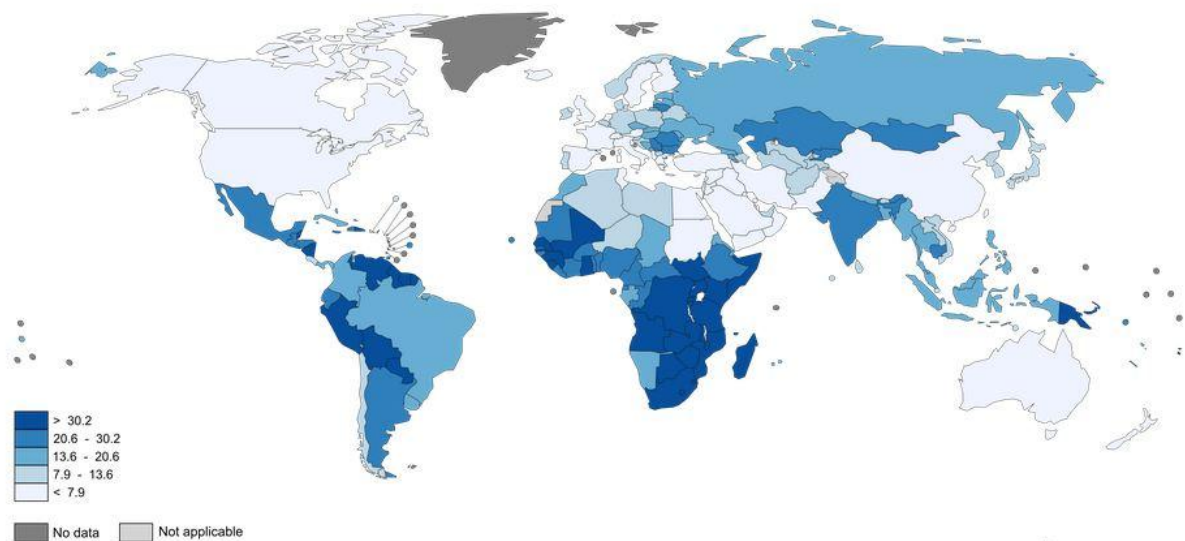
## 1.3 LE CANCER DU COL UTERIN

### 1.3.1 Epidémiologie

4<sup>ème</sup> cancer féminin à l'échelle mondiale en termes d'incidence (après les cancers du sein, colorectal et pulmonaire), il a été, selon l'OMS, à l'origine de 528 000 nouveaux diagnostics et de 266 000 décès en 2012 dans le monde. 9 décès sur 10 surviennent dans des pays défavorisés : en Afrique sub-saharienne, en Mélanésie et en Amérique centrale

Les taux d'incidence sont inégaux et reflètent le niveau de développement industriel. En effet, ils diminuent dans les pays où sont mises en œuvre des stratégies de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses.

**Figure 1. Incidence du cancer du col utérin par pays en 2012 (taux d'incidence standardisé pour 100000 femmes) Source : OMS, 2015**



En France en 2012, le cancer du col utérin était le 11<sup>ème</sup> cancer féminin, avec une incidence standardisée (en personnes-année pour 100 000) à 6,9 (21). Ce taux d'incidence est

en constante diminution depuis 1980 (il était à 15), ainsi que le taux de mortalité, passé de 5 à 1,8.

Le taux de survie à 5 ans par stade au moment du diagnostic souligne le très bon pronostic des cancers du col détectés à un stade précoce : il est de 84 à 93 % au stade I, 73 % à 75 % au stade II ; 59 % à 68 % au stade III ; et 35 % au stade IV (Annexe 4). Le taux de survie à 5 ans varie également en fonction de l'âge au diagnostic : il est de 82 % parmi les patientes de 15 à 44 ans, et à 38 % chez les patientes de plus de 75 ans.

Sur le territoire français, il existe des disparités liées à des critères sociaux : les femmes non diplômées ont un risque de développer un cancer du col utérin deux fois plus élevé que les femmes titulaires du baccalauréat (22). Les disparités sont également géographiques : en métropole la Corse est la région la plus touchée (9,4 pour 100 000 patientes-années en 2008-2010), et dans tous les départements d'Outre-Mer (DOM) l'incidence est nettement plus élevée qu'en métropole, notamment en Guyane (31 pour 100 000 en 2003-2006).

A La Réunion, bien qu'il diminue régulièrement, le taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus est de 10,5 pour 100 000 en 2011 (23). Ce cancer est le 3<sup>ème</sup> le plus fréquent en termes d'incidence chez les patientes réunionnaises. 60 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2011, et 60 % des cas incidents concernent des femmes âgées de moins de 55 ans. Sur la période 2009-2011, le taux de mortalité standardisé était de 4,8 pour 100 000 à La Réunion, contre 2,2 pour 100 000 en France sur la même période (23) sans que cette différence soit statistiquement significative.

### **1.3.2 Histoire naturelle de la maladie**

Il s'agit de carcinome épidermoïde ou d'adénocarcinome (10 à 20 %) dont le lien avec une infection persistante par un papillomavirus (HPV) oncogène est clairement démontré. Sur les 96 génotypes différents de HPV humains, 8 sont à l'origine de 90 % des cancers du col utérin. Les génotypes 16 et 18 sont les plus fréquents en Europe de l'Ouest (70,7 % des cancers du col dans le monde, et 81,8 % en France)(24).

Les étapes de la carcinogénèse comportent plusieurs lésions histologiques précancéreuses. Certains stades sont facultatifs (CIN1 et CIN2) et d'autres des étapes nécessaires (CIN3) à l'apparition d'un cancer invasif, c'est-à-dire avec franchissement de la membrane basale épithéliale (Annexe 5).

L'adénocarcinome ne comporte qu'une seule lésion qui précède l'envahissement : l'adénocarcinome in situ. Cette lésion, déjà cancéreuse, fait également suite à la persistance de l'infection par un HPV à haut risque oncogène mais l'histoire naturelle est moins connue.

Le cancer invasif met plus de 15 ans à se développer suite à l'infection par un HPV oncogène.

### **1.3.3 Facteurs de risque**

#### **1.3.3.1. L'infection par le HPV**

L'infection par HPV se fait principalement par voie sexuelle. C'est la première IST d'origine virale avant l'herpès génital. Il est estimé que 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV. Cette infection est caractérisée par une élimination



(clairance) virale fréquente : 70 % des infections disparaissent en 12 mois et 90 % en 24 mois, avec une les anomalies cytologiques et histologiques. La clairance est d'autant plus élevée que les patientes sont jeunes.

Les facteurs de risque d'infection par HPV sont liés à l'activité sexuelle : l'âge précoce au premier rapport sexuel, l'expérience quantitative du premier partenaire, la multiplicité des partenaires sexuels au cours de la vie et les antécédents d'IST. Il est important de rappeler que ces facteurs de risque d'infection sont des facteurs de risque indirects de cancer car ils ne favorisent pas la persistance de l'infection.

### **1.3.3.2. La persistance de l'infection**

De nombreux facteurs favorisant la persistance de l'infection par HPV ont été mis en évidence :

- Les facteurs environnementaux

Le tabagisme actif ou passif, l'existence d'autres IST, en particulier à Herpès simplex virus de type 2 ou à Chlamydia trachomatis, l'utilisation pendant au moins 5 ans de contraceptifs oestro-progestatifs et l'existence d'un déficit immunitaire acquis (infection à VIH, transplantation d'organes...).

- Les cofacteurs viraux

Une infection par un HPV de génotype 16 voire 18 (les deux génotypes les plus virulents), une charge virale élevée (en particulier s'il s'agit du génotype 16), une infection par certains variants viraux à plus haut risque au sein d'un même génotype.

- Les facteurs endogènes (propres à l'individu)

Certaines hormones endogènes (nombre de grossesses, statut ménopausique) sont également impliquées, de même que les capacités de réponse immunitaire propres à l'individu (déficits immunitaires constitutionnels).

## **1.3.4 La prévention du cancer du col utérin**

### **1.3.4.1. Prévention primaire**

- Utilisation du préservatif

Bien que non totalement efficace contre la transmission du HPV, celui-ci est retrouvé au niveau de toute la zone ano-génitale, le préservatif diminue cependant la quantité de virus transmis et protège des autres IST.

- Vaccination contre le HPV

L'HAS recommande depuis 2007 la vaccination des jeunes femmes de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus. Le schéma vaccinal est de trois doses, la seconde et

la troisième étant administrées idéalement à 1 mois et 6 mois de la première, avec un délai maximal d'un an entre la première dose et la troisième.

Deux vaccins ont l'AMM aujourd'hui en France : CERVARIX®, vaccin bivalent orienté contre les papillomavirus oncogènes de génotypes 16 et 18, et GARDASIL®, vaccin quadrivalent orienté contre les génotypes 6, 11, 16 et 18 de ce virus (25)

Le taux de couverture vaccinale complète (trois doses en une année) était, en France au 31 décembre 2015, de 13,7 % chez les jeunes femmes de 16 ans (26) alors qu'il était de 28,4 % chez les jeunes femmes de 21 ans. Les chiffres concernant La Réunion manquent à ce jour. On peut expliquer cette diminution du taux de couverture par la défiance de la population envers les vaccins en général, et de la population médicale envers ce vaccin en particulier. En effet, depuis 2009 et la médiatisation de plusieurs effets indésirables graves potentiels, ainsi que les réserves émises par la communauté scientifique, cette vaccination est refusée par la majorité des jeunes femmes. Les arguments forts ont été clairement énoncés à l'époque par l'association réunionnaise « Med'Océans » (27).

#### **1.3.4.2. Prévention secondaire : le frottis cervico-utérin**

La gravité du cancer du col utérin, son histoire naturelle et les moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles en font une pathologie pour laquelle l'ensemble des critères de validité du dépistage est pertinent (Annexe 6).

Le dépistage repose sur le frottis cervico-utérin (FCU), examen cytologique à réaliser tous les trois ans, après deux résultats normaux à un an d'intervalle, chez les patientes âgées de 25 à 65 ans révolus ayant, ou ayant eu, une vie sexuelle (28). 17,5 millions de femmes sont concernées par ce dépistage en France.

Le frottis cervico-utérin peut être effectué par un médecin ou une sage-femme, formé à la réalisation technique de cet acte.

Les modalités de prélèvement sont précisées en Annexe 7.

L'implication pratique des médecins généralistes et des sages-femmes dans le dépistage du cancer du col fait partie de leur champ de compétence, et est fortement déterminée par le déséquilibre entre les besoins de la population et l'offre de soins en gynécologie.

#### **1.3.4.3. Situation du dépistage en France**

Il est aujourd'hui admis que la mise en place de programmes de dépistages organisés de ce cancer a abouti à une baisse de l'incidence et de la mortalité dans tous les pays organisateurs (28).

Certains départements bénéficient depuis les années 1990 d'un dépistage organisé, sous la forme d'initiatives locales (comme en Alsace, en Isère et en Martinique).

En 2014, le troisième Plan cancer 2014-2019 a inscrit dans ses actions l'accès pour chaque femme au dépistage du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé qui devrait être mis en place dans les mois à venir.

En 2010 en France, le taux de couverture par le FCU était de 62,3 %. La situation était contrastée : parmi les femmes bénéficiaires, 52 % étaient en situation de sous-dépistage et 40 % en sur-dépistage (28).

On notait des disparités socio-économiques et géographiques parallèles à celles constatées en matière d'incidence du cancer du col utérin : les femmes de plus bas niveau socio-économique et vivant en milieu rural ou défavorisé sont plus à risque de ne pas bénéficier du dépistage.

L'HAS, dans sa revue de la littérature de 2010 (29), a classifié ces freins en trois origines :

- Les freins liés à la patiente : freins sociodémographiques et comportementaux, freins socio-économiques, freins liés à l'information, freins en rapport avec les expériences passées de prévention ou avec l'examen lui-même, freins psychologiques et liés aux représentations des femmes se reflétant dans leur rapport à la santé et à la maladie, freins à l'information et à l'accès aux soins pour les femmes en situation de handicap ;
- Les freins liés à l'accès aux soins et aux professionnels de santé : démographie médicale, coûts, accessibilité physique, accessibilité/proximité géographique (zones économiquement défavorisées, milieu rural) ; pour assurer une couverture suffisante, il faudrait théoriquement plus de trois gynécologues pour 10 000 femmes âgées de 25 à 65 ans (28).
- Les freins liés à l'examen de dépistage lui-même et à l'organisation du dépistage : sphère publique/sphère privée, difficultés à cibler les femmes, manque d'adaptation du dépistage aux particularités de sous-populations cibles.

Des facteurs favorisant ont été associés au dépistage : le fait d'être suivie par un gynécologue, d'avoir une contraception orale ou par DIU, et pour les femmes de plus de 50 ans, le fait de participer au dépistage organisé du cancer du sein.

Les femmes bénéficiant de l'ALD, quel que soit le motif, ont en revanche moins tendance à se faire dépister pour le cancer du col utérin, tout comme les femmes souffrant d'obésité (29).

#### **1.3.4.4. *Situation du dépistage à La Réunion***

Le département fait partie des zones à la typologie défavorable : il est marqué par une proportion importante de personnes bénéficiant de la CMU complémentaire (37 %), moins de gynécologues que la moyenne nationale et un taux de couverture du FCU parmi les plus faibles à 57,9 %.

A la Réunion, des campagnes de sensibilisation au dépistage ont été mises en place en 1987 et en 2000. A cette occasion, une enquête anthropologique a été réalisée afin de rechercher des freins spécifiques aux femmes réunionnaises (Annexe 9). Puis l'union régionale des médecins de la Réunion a réalisé en 2008 une campagne de presse régionale pour rappeler à la population (vaccinée ou non contre certains génotypes d'HPV) l'importance de se faire dépister par FCU.

Entre 2010 et 2012, le département a participé à une évaluation du dépistage organisé, à l'instar de 12 autres départements français. Ces programmes, coordonnés par des structures de gestion locales, consistaient à envoyer des incitations par courrier auprès des femmes n'ayant

pas réalisé de FCU dans les trois années précédentes (30) puis à collecter les résultats des FCU pratiqués, et effectuer par la suite une relance auprès des patientes non encore dépistées.

Cette vague d'incitation a permis à 34 800 femmes supplémentaires, soit 15,4 % des femmes réunionnaises de 25 à 65 ans, de bénéficier d'un FCU, en plus des 42,5 % de femmes dépistées de façon opportuniste (dépistage individuel). La Réunion est l'un des départements dans lesquels les invitations ont eu le plus d'impact sur les comportements : 22,4 % des patientes invitées au dépistage ont bénéficié d'un FCU (moyenne de tous les départements : 17,5 %).

Le taux standardisé de couverture moyen était alors de 57,9 % contre 62,3 % en métropole. Même si le taux de participation retrouvé n'atteint pas 80 %, comme le prévoyait l'objectif du plan cancer 2009-2013, ces résultats sont encourageants et démontrent l'efficacité du dépistage organisé à La Réunion.

Cependant la performance des incitations diminue avec l'âge (Annexe 8), alors que l'incidence des cancers invasifs augmente avec l'âge au diagnostic. Ceci reflète une méconnaissance probable de l'histoire naturelle de la maladie

Dans cette étude, d'autres données concernant les examens cytologiques et histologiques à la Réunion ne peuvent être interprétés du fait du manque d'exhaustivité (moins de 65 %) des résultats.

## **1.4 DONNEES DE LA LITTERATURE : LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN DES PATIENTES SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE ET DE TROUBLES BIPOLAIRES EN METROPOLE ET DANS LE MONDE**

Les patientes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires représentent une population à risque de cancer du col utérin puisqu'elles ont tendance à additionner les facteurs de risque de par la prévalence du tabagisme, d'abus sexuels, et leur statut socio-économique précaire.

### **1.4.1 A l'étranger**

Une revue de la littérature publiée en 2013 dans l'American Journal of Preventive Medicine a étudié les disparités du dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein parmi les patientes souffrant de maladie mentale, afin d'établir les freins et les facteurs favorisant le dépistage (31). Les articles de bonne qualité démontraient un suivi moins bon chez les patientes souffrant de maladie mentale, et ce d'autant moins qu'elles étaient consommatrices de drogues, qu'elles étaient âgées de plus de 50 ans, et que leurs troubles étaient sévères.

Les freins mis en évidence étaient la peur de l'examen lui-même, la peur de l'annonce d'une nouvelle pathologie, et des problèmes organisationnels (transport, difficultés à planifier de nouveaux rendez-vous).

Les facteurs favorisant le dépistage étaient les encouragements au dépistage de la part de leur médecin traitant ou de leur psychiatre, et de leur entourage.

Une étude de cohorte rétrospective canadienne (Toronto), qui a comparé les taux de dépistage du cancer du col utérin entre des patientes souffrant de troubles psychotiques ou bipolaires (51 patientes incluses) et des patientes indemnes de maladie mentale (118 patientes incluses) pendant la période allant de 2004 à 2007, dans deux cliniques de soins primaires (32). Les patientes souffrant de troubles psychotiques avaient de manière significative moins souvent bénéficié d'un frottis dans les 3 années précédentes (odds ratio à 0,19 pour un intervalle de confiance de 0,06 à 0,58).

### 1.4.2 En métropole

On retrouve deux travaux réalisés en métropole ces dernières années, se rapprochant du sujet.

Une thèse de médecine générale soutenue en 2014 par le Dr Jean-Baptiste Guiset à Lille (33) avait pour objectif principal de faire un état des lieux de la prise en charge gynécologique des patientes admises dans les services de psychiatrie de courte durée de Roubaix et de Lille.

Les patientes souffrant de schizophrénie et de psychose hallucinatoire chronique représentaient 19 % de la population étudiée. Sur un total de 117 patientes, 49 % avaient un FCU à jour, 20 % non à jour et 40 % n'en avaient jamais bénéficié.

Une seconde thèse de médecine générale, soutenue par le Dr Céline Kormann-Serre en 2004 à Paris-7 (34) a consisté en une étude cas-témoin portant sur « l'évaluation de la qualité du suivi gynécologique des patientes d'un centre médico-psychologique ». Le suivi de 112 patientes consultant en CMP a été comparé à celui de 116 patientes issues de la population générale consultant en cabinet de ville, à l'aide de questionnaires auprès des patientes de deux CMP, et d'un cabinet de groupe de médecine générale voisin. Les patientes souffraient en majorité de dépression et de schizophrénie. Les critères de suivi gynécologique complet étaient le FCU datant de moins de deux ans (et non pas trois), la mammographie datant de moins de deux ans pour les patientes dans les tranches d'âge correspondantes, et un examen gynécologique annuel. Ces critères étaient tous remplis pour 25 % des patientes du groupe « CMP », chiffre significativement moins bon qu'en ville (37 %). Les facteurs prédictifs de mauvais suivi étaient les tranches d'âge 18 à 35 ans et plus de 65 ans, la consommation de tabac, et la prise de neuroleptique et/ou de thymorégulateur. Si l'on individualise chaque critère de bon suivi, le groupe « CMP » a également de manière significative de moins bons résultats que le groupe « cabinet de ville ».

### 1.4.3 A la Réunion

A ce jour, aucune étude n'avait été effectuée à ce sujet.

# INTRODUCTION

---

L'amélioration des thérapeutiques en santé mentale a permis une plus grande autonomie et une meilleure insertion sociale des patients souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires. Ces deux entités pathologiques sont chroniques, fréquentes, invalidantes, peuvent s'accompagner d'un déclin cognitif et sont à l'origine d'un handicap social marqué. Néanmoins, les malades peuvent aujourd'hui avoir une vie quotidienne extrahospitalière. La mise en place des Centres Médico-Psychologiques (CMP), au centre de la sectorisation psychiatrique depuis les années 70 à la Réunion, est le reflet de l'autonomisation des malades mentaux, ceux-ci pouvant être suivis en ambulatoire sur les plans psychiatrique, paramédical et social. Cette avancée cruciale en termes de qualité de vie ne doit pas faire perdre de vue la prise en charge globale, dans cette population où les décès prématurés sont liés en grande partie aux comorbidités somatiques.

Le rôle du médecin généraliste, spécialiste en soins primaires, doit donc être central dans cette organisation.

En effet, ces patients, malgré le handicap généré par leurs troubles, doivent bénéficier de la même qualité de soins primaires que la population générale, et ce d'autant plus qu'ils cumulent certains facteurs de risques cardiovasculaires et de cancer.

Parmi ces patients, les femmes représentent un groupe vulnérable sur le plan gynécobstétrical puisqu'elles additionnent les facteurs de risque de cancer du col utérin et de cancer du sein, sont également plus à risque de recourir à une IVG, de vivre une grossesse et une parentalité pathologiques (35).

On peut penser qu'elles sont moins bien suivies dans ce domaine, pour des raisons inhérentes à leur pathologie (difficultés à percevoir les symptômes et à les verbaliser, manque de coopération à l'examen clinique, tolérance à la douleur) et du fait de l'environnement dans lequel elles évoluent.

Afin d'évaluer la qualité du dépistage du cancer chez ces patientes, nous avons choisi d'étudier le frottis cervico-utérin car il s'agit d'un examen de soin primaire dont les recommandations de pratique en population générale sont bien établies et simples à évaluer.

Dans la littérature, les études réalisées en France et à l'étranger ces dix dernières années ont conclu à de moins bons suivis gynécologiques en termes de dépistage des cancers du col de l'utérus (32) et du sein (36) par rapport à la population indemne de schizophrénie (ou autres troubles d'allure psychotique) et de troubles bipolaires.

Aucune donnée n'est disponible à ce sujet à La Réunion, or cette région ultra-marine possède des caractéristiques sanitaires et socio-démographiques bien différentes de celles de la métropole.

Notre question de recherche était :

**Quelle est la situation du dépistage du cancer du col utérin par FCU chez les patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire par rapport à la population générale à La Réunion ?**

L'objectif principal était de comparer la prévalence du frottis à jour des femmes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires suivies en CMP, avec une population témoin de femmes consultant en cabinet de médecine générale.

Nos objectifs secondaires étaient de décrire la répartition des acteurs du FCU, de dégager des caractéristiques descriptives des deux groupes, détaillant leurs caractéristiques médicales et gynécologiques, ainsi que de rechercher l'existence de certains obstacles pouvant entraver la réalisation du FCU.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une **étude comparative rétrospective** dans deux CMP (groupe « CMP ») et quatre cabinets de médecine générale (groupe « témoins »).

# PARTIE 2 MATERIEL ET METHODES

---

## 2.1 SCHEMA D'ETUDE

Une étude comparative a été menée dans deux CMP et quatre cabinets de médecine générale.

## 2.2 POPULATION ETUDIEE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE

### 2.2.1 Nombre de sujets nécessaires

Avec l'aide de l'équipe de soutien méthodologique du CHU de la Réunion, dans le contexte de cette étude comparative sans appariement, pour retrouver une différence significative (avec un risque de première espèce  $\alpha$  à 5% et un risque de seconde espèce  $\beta$  à 20 %), il fallait inclure au minimum 105 patientes (35 patientes pour le groupe « CMP » pour 70 patientes du groupe témoin), ce qui irait dans le sens d'une grande différence entre les deux groupes.

### 2.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

#### 2.2.2.1. Les critères d'inclusion

Dans la population du groupe « CMP » :

- patientes de sexe féminin âgées de 25 à 68 ans
- suivies aux CMP de St Pierre et du Tampon
- souffrant d'un trouble diagnostiqué par un psychiatre et notifié dans le logiciel hospitalier « Crossway » selon la CIM 10 : F20 (schizophrénies) et F31 (trouble affectif bipolaire)

Dans la population témoin :

- patientes de sexe féminin âgées de 25 à 68 ans
- ne souffrant pas des pathologies sus-citées ni d'autre trouble d'allure psychotique
- consultant en cabinet de médecine générale quel que soit le motif

#### 2.2.2.2. Les critères d'exclusion

Dans la population du groupe « CMP » :

- patientes âgées de moins de 25 ans ou de plus de 68 ans
- absence de consentement
- troubles cognitifs sévères
- décompensation aiguë de la pathologie psychiatrique, selon l'appréciation du psychiatre



### Population témoin :

- patientes âgées de moins de 25 ans ou de plus de 68 ans
- antécédent de troubles d'ordre psychotique ou bipolaire
- absence de consentement
- troubles cognitifs sévères

## **2.2.3 Recrutement**

### **2.2.3.1. Dans les CMP**

L'enquêtrice se présentait de manière pluri-hebdomadaire selon le planning de consultation des psychiatres : elle y faisait des permanences les jours auxquels il était prévu que des patientes éligibles consultent.

De leur côté, les psychiatres proposaient à toutes leurs patientes éligibles, de manière consécutive, de participer à l'étude à la fin de leur consultation. Si les patientes y consentaient, elles étaient orientées vers l'enquêtrice dans une salle de consultation du CMP.

L'objectif était de recueillir au moins 35 patientes (cf. 2.2.1

### **2.2.3.2. En cabinet de médecine générale**

Les quatre cabinets dans lesquels l'étude s'est déroulée ont été choisis sur des critères géographiques : la population y consultant devait vivre dans la même zone que la population étudiée en CMP. L'un des cabinets se situait en milieu urbain littoral (Saint Pierre), deux d'entre eux se situaient « à mi-hauteur », c'est-à-dire dans des zones urbanisées plus en altitude (Ravine des Cabris et la Rivière Saint Louis, à environ 150 m d'altitude), et le dernier se situait « dans les hauts », en milieu rural à la Plaine des Cafres.

Les cabinets devaient également être dotés d'une pièce faisant office de salle d'entretien pour l'enquêtrice. Dans trois des quatre cabinets, deux médecins travaillaient en collaboration, et selon leur emploi du temps, l'enquêtrice occupait la salle de consultation laissée libre, le plus souvent pendant des demi-journées, par l'un des praticiens. Les jours de la semaine pendant lesquels l'enquêtrice organisait son recueil de données étaient variés, incluant le mercredi et le samedi.

Sur le plan pratique, les secrétaires médicales proposaient de façon consécutive à chaque patiente éligible de rencontrer l'enquêtrice pendant le temps d'attente avant sa consultation avec le médecin. Elle faisait part à l'enquêtrice du nombre de refus en fin de demi-journée.

L'objectif statistique était de recueillir au moins 70 questionnaires (cf.2.2.1) nous avons choisi d'en recueillir plus afin de parer à l'exclusion de certains questionnaires. Leur nombre était réparti de façon équitable entre les cabinets. Une fois le nombre de 20 atteint, l'enquêtrice poursuivait néanmoins son recueil jusqu'à la fin de la demi-journée d'enquête, puis les jours suivants elle commençait son recueil dans un autre cabinet.

### **2.2.3.3. Contrôle des biais éventuels**

Il s'agissait d'un recrutement exhaustif et consécutif (lors des permanences), chaque patiente éligible se voyant proposer un entretien, en CMP et en cabinet de médecine générale. L'enquête a été menée sur plusieurs sites afin de réduire les biais de sélection.

## 2.3 CRITERES DE JUGEMENT

### 2.3.1 Critère de jugement principal

Il s'agissait du suivi des recommandations de l'HAS (28) avec déclaration de FCU datant de moins de 3 ans chez les patientes des deux groupes.

Le critère d'évaluation était exprimé sous forme de proportion de la population, le recueil était unique.

### 2.3.2 Critères de jugement secondaires

Ils comprenaient des données déclaratives, recueillies lors de l'hétéro-questionnaire, et permettaient une analyse statistique descriptive. Nous les avons organisés en plusieurs catégories :

- Des questions fermées visaient à quantifier certains obstacles spécifiques à la réalisation du FCU.
- Une partie recherchait le professionnel consulté pour la réalisation du FCU.
- La partie suivante décrivait les caractéristiques somatiques de chaque groupe : la proportion de pathologies chroniques et la fréquence des consultations chez le médecin traitant.
- Parmi les patientes du groupe « CMP » étaient décrits les interlocuteurs privilégiés sur le plan somatique.
- Puis étaient décrites les différentes caractéristiques de la santé gynécologique des patientes des deux groupes : la répartition des praticiens réalisant le FCU selon les groupes, les antécédents gynéco-obstétricaux et d'IST, le type de contraception, la fréquence des consultations axées sur la gynécologie, et des pratiques des autres actes de prévention selon le groupe concerné : mammographie, vaccination contre le papillomavirus humain (HPV).
- Un critère de jugement secondaire évaluait le nombre de facteurs de risque d'infection et de persistance de l'infection à HPV dans les deux groupes.

## 2.4 RECUEIL DE L'INFORMATION

Le recueil de données était basé sur un hétéro-questionnaire (cf Annexe 10), que nous avons élaboré à partir de questions fermées ou structurées, simples, en prenant soin de commencer par des questions larges pour aller au plus intime.

### 2.4.1 Composition du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré afin de pouvoir répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires. L'ordre des questions a été choisi selon leur caractère personnel à intime.

La première partie comprenait le diagnostic de la maladie mentale, le traitement en cours et l'adéquation du traitement avec une grossesse éventuelle selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). Ces données étaient fournies par la patiente, et vérifiées auprès du psychiatre à l'issue du recueil.

Cette partie n'était pas incluse dans le questionnaire des patientes du groupe témoin.

Les données sociodémographiques étaient ensuite demandées : âge, situation familiale, emploi, source de revenus. L'ancienneté du diagnostic était également demandée aux patientes du groupe « CMP », afin de connaître si elle n'influait pas sur la prise en charge.

Les caractéristiques du suivi médical permettaient de connaître la fréquence des consultations de médecine générale, des consultations axées sur la gynécologie, l'interlocuteur privilégié en cas de problème pour les patientes du groupe « CMP ».

Les antécédents personnels gynéco-obstétricaux et les facteurs de risque cardiovasculaire ont été demandés. Nous avons souhaité connaître si le fait de souffrir d'une comorbidité nécessitant des consultations médicales régulières pouvait influencer sur la réalisation du FCU.

Une partie était dédiée à la contraception, puis la question du désir de grossesse pour les patientes du groupe « CMP ».

Puis les patientes étaient interrogées sur les dépistages de cancers gynécologiques ainsi que sur la vaccination contre le papillomavirus selon leur âge.

L'annonce d'un suivi inadéquat faisait rechercher des obstacles à la prévention sous formes de questions à choix fermé : les patientes pouvaient répondre qu'il s'agissait d'un manque d'information, d'un manque de temps ou d'organisation, d'une appréhension de l'examen et des résultats, ou de la conviction que l'examen était inutile.

La dernière partie concernait la sexualité : étaient recherchés l'âge du premier rapport sexuel, les comportements à risque vis-à-vis du préservatif, la notion de multipartenariat, et d'éventuels antécédents d'IST.

Les questionnaires ont été soumis initialement à quelques patientes afin d'améliorer leur qualité.

#### **2.4.2 Modalités du recueil de données**

Nous avons opté pour le recueil en face-à-face (par hétéro-questionnaire) car il nous paraissait plus adapté pour les patientes des deux groupes : il permettait d'explicitier certaines questions (description d'un frottis cervico-utérin, visualisation de dessins si besoin, pour ne pas qu'il soit confondu avec le prélèvement vaginal, s'assurer que le terme « pilule » concernait une pilule combinée par exemple), et de s'assurer de leur bonne compréhension et donc d'améliorer la qualité des réponses par rapport à des auto-questionnaires.

Il s'agissait de questions factuelles, dont le biais lié à l'enquêteur était relativement faible puisque non soumis à interprétation personnelle de sa part.

Une seule enquêtrice (la thésarde) a réalisé les entretiens et remplissait les questionnaires.

Certains sujets, tels que celui de la sexualité, étaient sensibles, et le recueil en tête à tête permettait à l'enquêtrice de justifier ce type de question et leurs enjeux, de façon adaptée à chaque femme, et de préciser à nouveau le caractère anonyme des questionnaires.

### 2.4.3 Gestion des données

L'anonymat des patientes a été préservé sur les questionnaires, qui étaient individualisés par la date et l'heure de l'entretien, ces données étant reportées sur les formulaires de consentement.

Chaque donnée a été reportée sur un tableur Excel afin de débiter l'analyse statistique.

## 2.5 METHODES D'ANALYSE STATISTIQUE

Une base de données a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL.

Le calcul de l'odds ratio a été utilisé pour comparer les deux groupes, avec un intervalle de confiance à 95 %.

Le test du Chi<sup>2</sup> a été choisi pour les comparaisons de variables qualitatives, avec comme alternative le test de Fisher pour les échantillons d'effectif réduit. Le risque alpha a été choisi égal à 5 % et un degré de liberté (ddl) égal à 1.

Les résultats sont présentés sous forme de données brutes et de pourcentages.

Le test t de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives à (n-1) ddl.

Le traditionnel  $p < 0.05$  a été utilisé pour tester la significativité des résultats

## 2.6 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche a été réalisée par le biais d'internet, et a utilisé le serveur de l'université de Bordeaux pour accéder aux articles retrouvés par les moteurs de recherche Medline, PsycINFO, Cochrane Library et EM-Premium.

Les mots-clés utilisés ont été : cancer screening/pap smear/cervical cancer screening, severe mental illness/bipolar disorder/schizophrenia/psychosis

Les sites institutionnels ont également été consultés : HAS, OMS, CNGOF, ORS Océan Indien, Légifrance et InVS.

## 2.7 ETHIQUE, CONSENTEMENT

Lorsque cela a été possible, une lettre d'information a été apposée dans les salles d'attente des CMP et des cabinets. (Annexe 11).

Le psychiatre présentait notre étude à chaque patiente éligible à la fin de sa consultation, et lui proposait de rencontrer l'enquêtrice. Il s'agissait donc d'un premier consentement oral.

En début d'entretien, après s'être présentée et avoir apporté des précisions au sujet de l'étude, l'enquêtrice demandait un second consentement oral, puis écrit (cf. Annexe 12).

Un avis a été demandé auprès de la juge des tutelles de St Pierre en ce qui concernait la valeur juridique du consentement des patientes sous tutelle. Celle-ci nous a informés que, étant donné qu'il ne s'agissait pas de la réalisation d'actes invasifs, l'approbation du tuteur n'était pas nécessaire.

Un avis a été sollicité auprès du Comité de Protection des Personnes de Bordeaux, dont la réponse a qualifié notre recherche « hors champ » (Annexe 13).

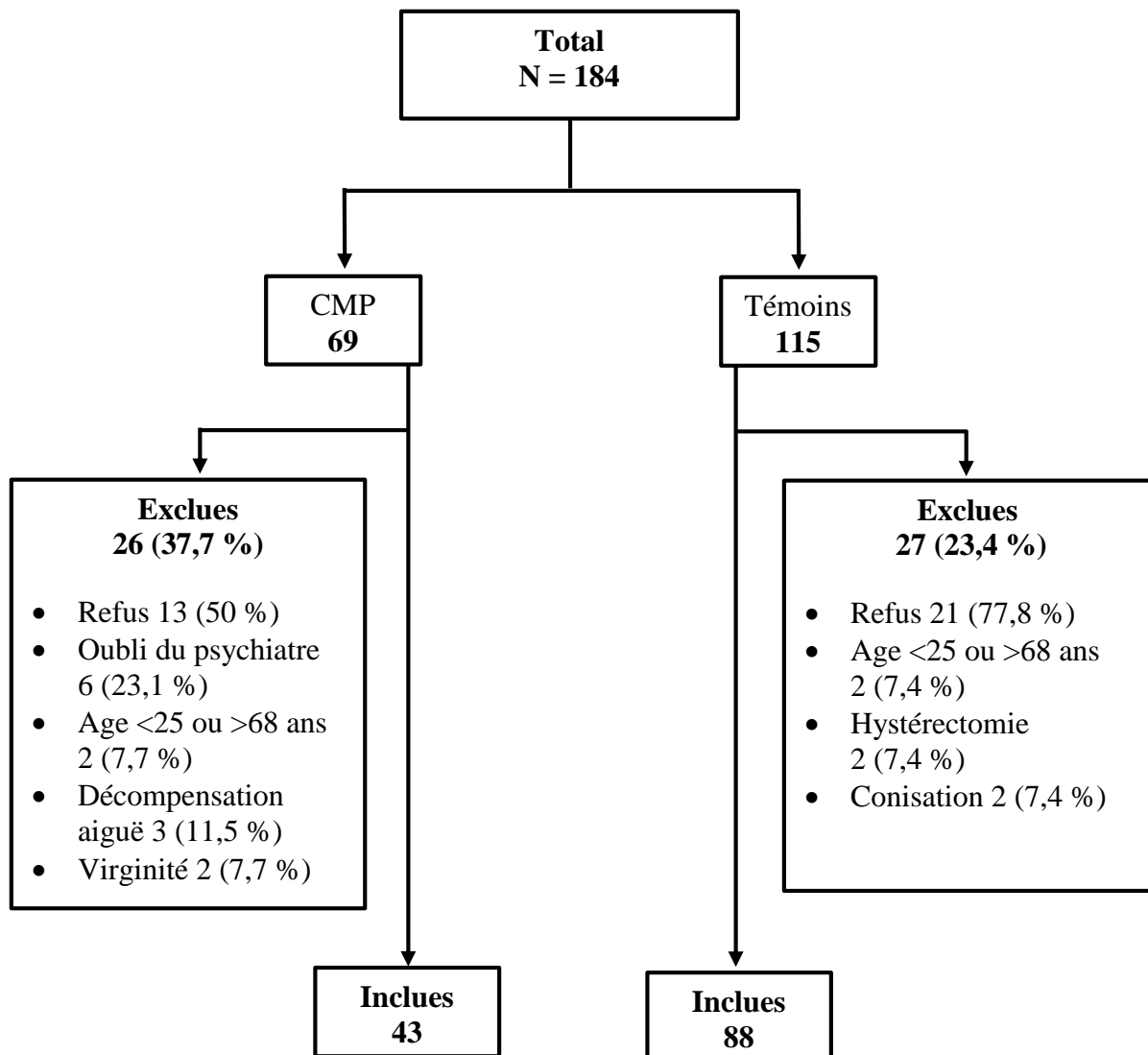
Lors des entretiens, l'enquêtrice pouvait être amenée à conseiller et orienter les patientes selon leurs attentes vis-à-vis du soin primaire. Elle pouvait également répondre de manière personnalisée à leurs interrogations vis-à-vis du rythme du suivi, du déroulement de l'examen gynécologique et de l'importance du dépistage.

## PARTIE 3 RESULTATS

Sur 184 patientes éligibles au questionnaire pendant la durée du recueil, et après exclusion de 53 patientes, nous avons obtenu 43 questionnaires de patientes du groupe « CMP », et 88 questionnaires de patientes du groupe « témoin » (Figure 2).

Le recueil de données en CMP s'est déroulé du 25 avril au 23 juin 2016, et du 23 juin au 10 septembre 2016 en cabinet de médecine générale. Il n'a pas été établi de façon continue, et a dépendu des disponibilités de l'enquêtrice.

**Figure 2. Diagramme de flux**



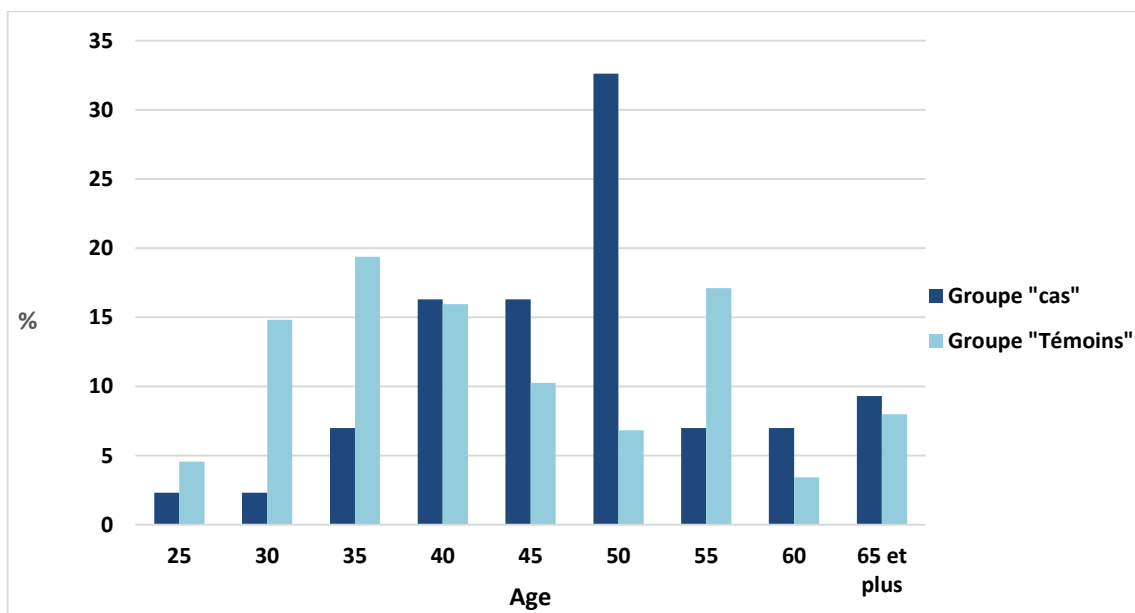
Sur les 43 patientes du groupe « CMP », 31 déclaraient avoir eu un FCU dans les 3 années précédentes, et dans le groupe « témoins », 83 patientes sur 88.

### 3.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Les 43 patientes du groupe « CMP » avaient un âge moyen de 46,3 ans (écart-type de 9 ans, âges extrêmes de 25 à 67 ans), et les 88 femmes du groupe « témoins » avaient une moyenne d'âge 41,8 ans (écart-type 11,9 ans, âges extrêmes de 25 à 68 ans). Le test t de Student est en faveur d'une différence significative entre les deux groupes (test t : 2,46 ; ddl 106 ; p= 0,02).

La répartition des deux populations est présentée Figure 3.

**Figure 3. Répartition des deux populations selon l'âge**



<b>Tableau 1. Caractéristiques socio-professionnelles des patientes des groupes « CMP » et « témoins »</b>					
<b>Variables</b>	<b>CMP (N= 43)</b>		<b>Témoins (N= 88)</b>		<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	
<b>Catégorie socio-professionnelle</b>					0,48
• Artisan	0	(0)	5	(5,7)	
• Cadre	1	(2,3)	6	(6,8)	
• Profession intermédiaire	3	(7)	5	(5,7)	
• Employé	32	(74,4)	59	(67)	
• Ouvrier	1	(2,3)	0	(0)	
• Retraité	3	(7)	5	(5,7)	
• Autre sans activité	3	(7)	8	(9,1)	
<b>Situation familiale</b>					*
• Vit seule	17	(39,5)	6	(6,8)	*
• Seule avec enfants	4	(9,3)	16	(18,2)	
• En couple	14	(32,6)	63	(71,6)	*
• En famille d'accueil	8	(18,6)	0	(0)	*
<i>p</i> : valeur de p pour le test exact de Fisher					
* Valeur de p <0,01					

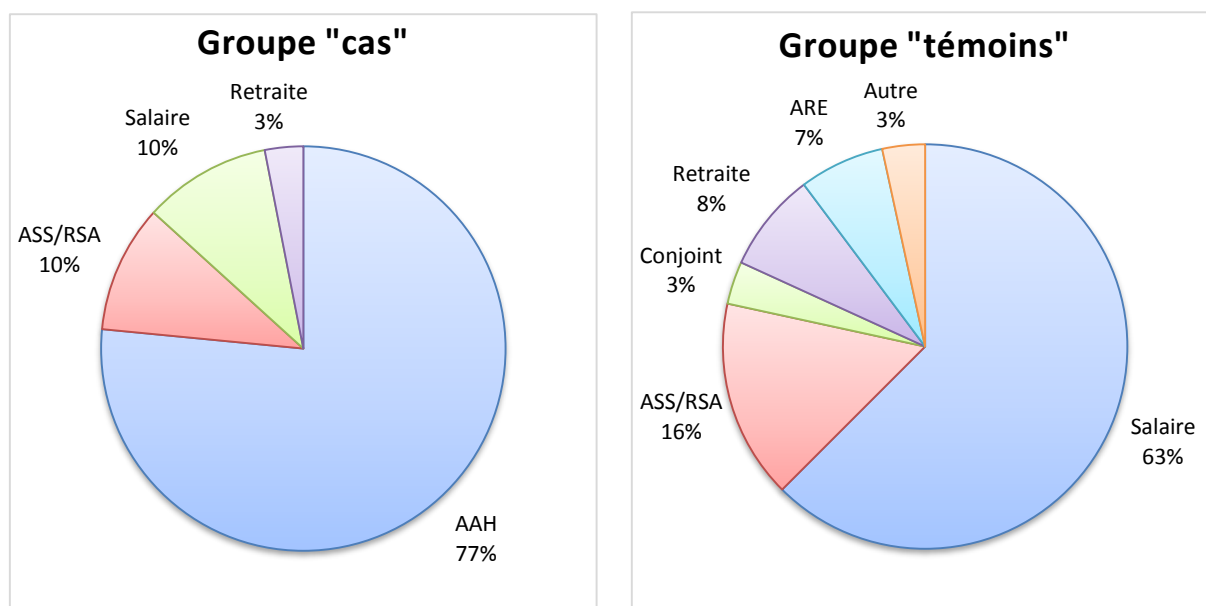
Les deux populations appartenait en majorité à la catégorie socio-professionnelle des employés. Les patientes du groupe « CMP » vivaient seules ou en couple, et les patientes du groupe « témoins » vivaient majoritairement en couple.

<b>Tableau 2. Caractéristiques des pathologies psychiatriques du groupe « CMP »</b>		
	<b>N = 43</b>	
	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Pathologie psychiatrique</b>		
• Schizophrénie	28	(65,1)
• Troubles bipolaires	15	(34,9)
<b>Nombre d'années depuis le diagnostic psychiatrique</b>		
• 5 ou moins	15	(34,9)
• 6 à 10	7	(16,3)
• 11 à 15	5	(11,6)
• 16 et plus	16	(37,2)

Une très large majorité des patientes (39 sur 43) avait un traitement par neuroleptique, et 12 patientes étaient traitées par thymorégulateur.



**Figure 4. Principale source de revenus par groupe**



La plupart des patientes du groupe « CMP » (30 sur 44) touchait l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés), seule ou en complément d'un salaire. Les patients éligibles à l'AAH sont ceux qui souffrent d'un taux d'incapacité de 50 à 79 % ou plus. Le montant mensuel maximal et le plafond d'attribution de cette aide financière est de 808,46 € en 2016 (source : site internet du service public).

L'ASS (Allocation de Solidarité Spécifique) est versée aux demandeurs d'emploi en fin de droit remplissant des conditions d'emploi antérieur (avoir travaillé en tant que salarié pendant 5 ans les 10 dernières années), et de revenus (sont éligibles les personnes touchant moins de 1138,90 €). Son montant mensuel maximal est de 488,10 €.

Le RSA (Revenu de Solidarité Active) est calculé en fonction de la composition du foyer et de l'ensemble des ressources. Il est au minimum de 535,17 € par mois pour une personne seule sans enfant.

L'ARE (Aide au Retour à l'Emploi) est un revenu de remplacement versé par Pôle emploi, sous certaines conditions, aux personnes inscrites comme demandeurs d'emploi et involontairement privés d'emploi. Cette somme ne peut pas être inférieure à 57 % et supérieure à 75 % du salaire journalier de référence, calculé sur les 12 derniers mois. Son versement ne dépasse pas 2 à 3 ans selon l'âge du bénéficiaire.

## 3.2 RESULTATS RELATIFS A LA PRATIQUE DU FROTTIS CERVICO-UTERIN

### 3.2.1 Réalisation du FCU

On retrouvait une association forte et statistiquement significative entre les patientes du groupe « CMP » et la mauvaise réalisation du FCU (Tableau 3).

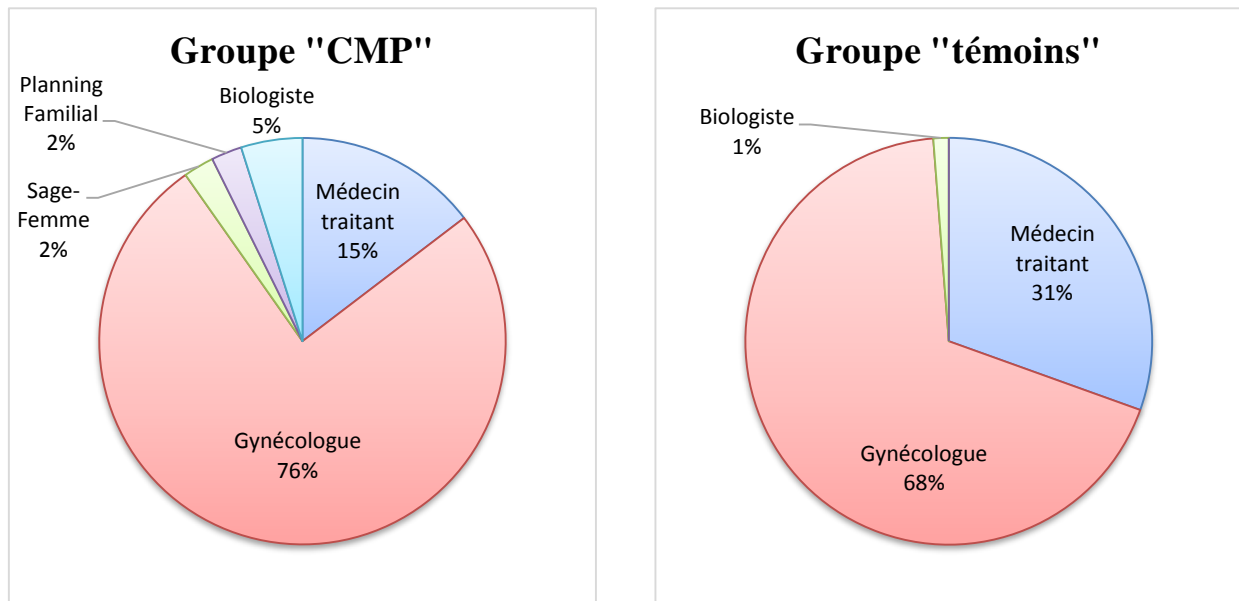
<b>Tableau 3. Délai depuis le dernier FCU selon le groupe</b>					
	<b>CMP (N = 43)</b>		<b>Témoins (N=88)</b>	<b>OR [IC]*</b>	
	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>6,3 [1,9 ; 24,8]</b>
<b>Date du dernier frottis</b>					
• Moins de 3 ans	33	(72,1)	83	(94,3)	-
• Plus de 3 ans	10	(27,9)	5	(5,7)	-
* valeur de l'odds ratio et son intervalle de confiance à 95 % évaluant l'association entre le FCU de plus de 3 ans et le groupe « CMP »					

Le test du  $\chi^2$  retrouvait une valeur de  $p < 0,01$ , confirmant la stabilité de cette association.

Le FCU n'avait jamais été effectué pour deux patientes du groupe « CMP » ; l'une était âgée de 45 ans et l'autre de 50 ans.

### 3.2.2 Acteurs du FCU

Figure 5. Répartition de la pratique du FCU selon le professionnel de santé



Le test exact de Fisher retrouvait une différence significative de répartition entre les différents acteurs du FCU ( $p = 0,03$ ). Cette différence ne restait pas significative lorsque l'on comparait individuellement chaque intervenant.

### 3.2.3 Recherche d'obstacles à la pratique du FCU et caractéristiques des patientes non à jour

#### 3.2.3.1. Obstacles à la pratique du FCU

Parmi les 12 patientes du groupe « CMP » non à jour du FCU, 4 pensaient que cet examen était inutile, 4 disaient manquer d'information sur l'examen et le rythme de réalisation, et 4 appréhendaient le geste.

Dans le groupe « témoin », parmi les 5 patientes non à jour, 2 appréhendaient l'examen, une patiente manquait d'information et 2 manquaient de temps.

La comparaison de ces deux groupes ne retrouvait pas de différence de répartition statistiquement significative ( $p = 0,13$  pour le test exact de Fisher).

### 3.2.3.2. Caractéristiques des patientes non à jour du FCU

Facteurs associés	FCU non à jour				OR [IC]*
	CMP		Témoins		
	n/N	(%)	n/N	(%)	
<b>Pathologie</b>					<b>ns</b>
• Schizophrénie	8/28	(28,6)	-	-	
• Trouble affectif bipolaire	9/15	(60)	-	-	
<b>Revenu principal = AAH</b>					<b>ns</b>
• Oui	8/23	(34,8)	-	-	
• Non	4/20	(20)	-	-	
<b>Durée depuis le diagnostic</b>					
• ≤ 5 ans	5/15	(33,3)	-	-	<b>ns</b>
• 6 à 10 ans	3/7	(42,9)	-	-	<b>ns</b>
• 11 à 15 ans	0/5	(0)	-	-	<b>ns</b>
• ≥ 16 ans	4/16	(25)	-	-	<b>ns</b>
<b>Age</b>					
• < 30 ans	0/2	(0)	0/14	(0)	<b>ns</b>
• 30 à 39 ans	1/6	(16,7)	1/6	(3,2)	<b>ns</b>
• 40 à 49 ans	5/23	(21,7)	2/16	(12,5)	<b>ns</b>
• 50 à 59 ans	4/8	(50)	1/19	(5,3)	<b>15,5 [1,16 ; 926,81]</b>
• 60 à 68 ans	2/4	(50)	1/8	(12,5)	<b>ns</b>
<b>Maladie chronique</b>					
• Oui	5/17	(29,4)	3/29	(10,3)	<b>ns</b>
• Non	7/26	(26,9)	2/59	(3,4)	<b>10,2 [1,74 ; 108,42]</b>
<b>Tabagisme actif</b>					
• Oui	5/15	(33,3)	2/22	(9,1)	<b>ns</b>
• Non	7/28	(25)	3/66	(4,5)	<b>6,8 [1,4 ; 44,63]</b>
<b>Consultation par un gynécologue</b>					
• Oui	4/28	(14,3)	4/50	(8)	<b>ns</b>
• Non	8/15	(53,3)	1/38	(2,6)	<b>38,1 [4,14 ; 1899,36]</b>

ns : non significatif  
 Lire « parmi les patientes du groupe « CMP » souffrant d'une maladie chronique, 29,4 % ne sont pas à jour pour le FCU »  
 \* valeur de l'odds ratio et son intervalle de confiance à 95 %

### 3.2.3.3. Facteurs de risque de cancer du col utérin

Nombre de facteurs de risque	CMP (N= 43)		Témoins (N = 88)		<i>p</i> <b>0,69</b>
	n	(%)	n	(%)	
0	14	(32,5)	39	(44,3)	
1	16	(37,2)	23	(26,1)	
2	11	(25,6)	18	(20,5)	
3	2	(4,7)	7	(8)	
4	0	-	1	(1,1)	

\*Les facteurs de risque sont tels qu'ils ont été définis 1.3.3.1. . Sont énumérés : le multipartenariat, les antécédents d'IST, le mésusage du préservatif (lors des premiers rapports sexuels avec le dernier partenaire) la précocité de l'activité sexuelle (avant 15 ans soit l'âge moyen déclaré par les femmes réunionnaises), le tabagisme actif et la contraception oestroprogestative.  
*p* : Valeur de *p* pour le test t de Student

## 3.3 CARACTERISTIQUES MEDICALES

### 3.3.1 Comorbidités, consultation en médecine générale

	CMP (N=43)		Témoins (N= 88)		<i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
<b>Diabète type 2</b>	6	(14)	4	(4,5)	
<b>Obésité</b>	9	(20,9)	6	(6,8)	*
<b>Tabagisme</b>	15	(34,9)	22	(25)	
<b>Consultations avec le médecin traitant</b>					
• Plusieurs fois/an	36	(83,7)	72	(81,8)	
• 1 fois/an	6	(14)	11	(12,5)	
• Moins souvent	1	(2,3)	5	(5,7)	

\* Valeur de *p* < 0,05 pour le test du  $\chi^2$  ou de Fisher

### 3.3.2 Caractéristiques du suivi gynécologique

#### 3.3.2.1. Mammographie et vaccination contre le HPV

	CMP (N = 12)		Témoins (N = 25)		<i>p</i> 4,2 [0,82 ; 24,73]**
	n	(%)	n	(%)	
• Moins de 2 ans	5	(41,7)	19	(76)	
• Plus de 2 ans	4	(33,3)	2	(8)	
• Jamais réalisée	3	(25)	4	(16)	

\* Parmi les patientes âgées de plus de 50 ans  
 \*\* OR : valeur de l'odds ratio avec intervalle de confiance [IC] 95 % évaluant l'association entre mammographie non à jour et le groupe « CMP »

Les données concernant la vaccination contre le HPV concernaient un effectif réduit : parmi les patientes de moins de 28 ans, la seule patiente du groupe « CMP » concernée n'était pas vaccinée, et seules trois patientes du groupe « témoin » sur 12 étaient vaccinées.

#### 3.3.2.2. Antécédents gynéco-obstétricaux et suivi

	CMP (N= 43)		Témoins (N= 88)		<i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
<b>Antécédents obstétricaux</b>					
• Parité $\geq 1$	29	(67,4)	74	(84,1)	*
• FCS $\geq 1$	6	(14)	25	(28,4)	
• IVG $\geq 1$	14	(32,6)	24	(27,3)	
<b>Antécédents d'IST</b>	4	(9,3)	11	(12,5)	
<b>Fréquence des consultations de gynécologie</b>					*
• 1 fois par an au moins	14	(32,6)	47	(53,4)	
• Tous les 2 ou 3 ans	16	(37,2)	34	(38,6)	
• Plus rarement, jamais	13	(30,2)	7	(8)	
<b>Professionnel consulté pour la gynécologie ‡</b>					*
• Gynécologue	28	(71,8)	50	(56,8)	
• Médecin traitant	9	(23)	38	(43,2)	*
• Sage-femme	1	(2,6)	0	-	
• Planning familial	1	(2,6)	0	-	

‡ Parmi les patientes ayant répondu, soit 39 patientes du groupe « CMP » et 88 témoins  
 \* valeur de  $p < 0,05$  pour le test du  $\chi^2$

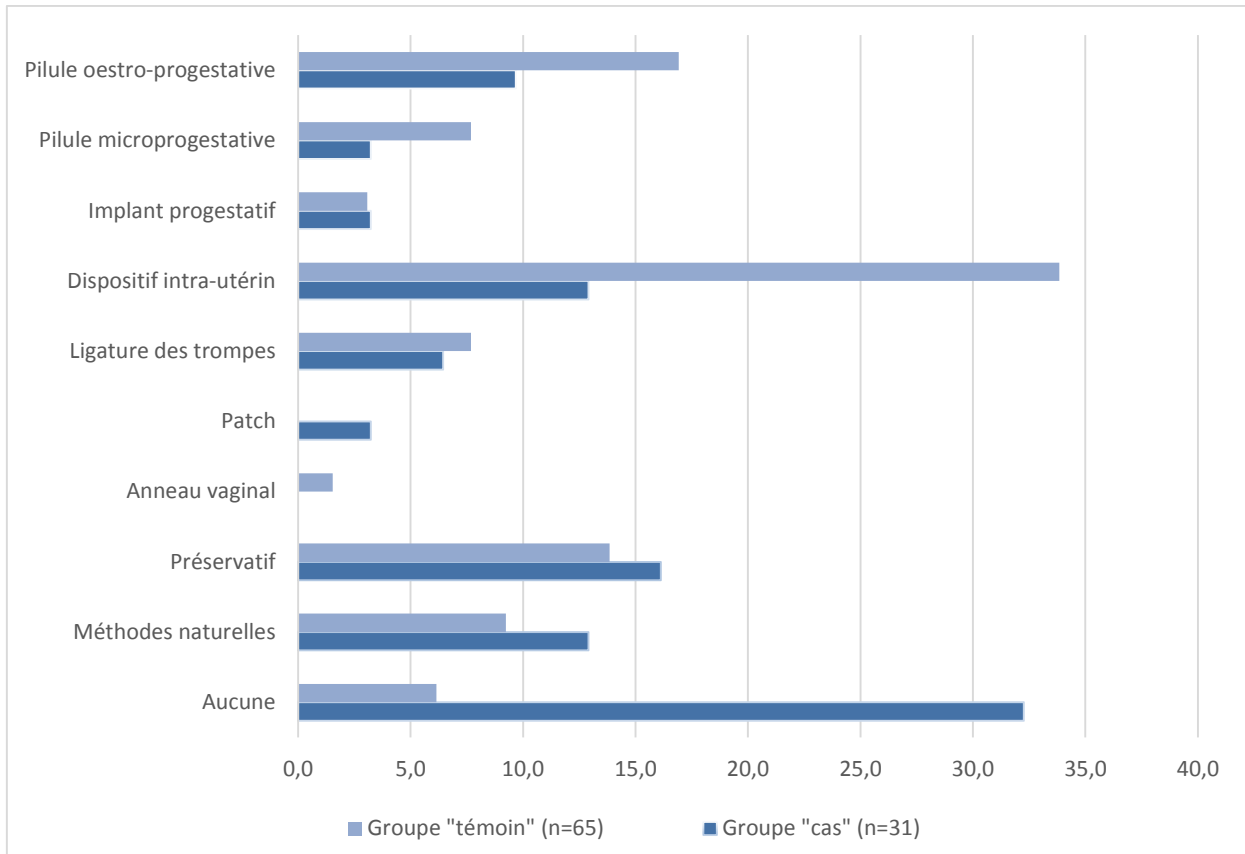
La moyenne d'enfants par femme était de 1,9 dans le groupe « CMP » et 2 dans le groupe « témoins ».

Les antécédents d'IST du groupe « CMP » étaient des infections par gonocoque, HSV et VIH, tandis que les IST du groupe « témoins » étaient principalement des infections par Chlamydia (8 patientes sur 11) et, à fréquence moindre, HSV (2 patientes).

L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 20 ans dans le groupe « CMP » et 18,2 ans dans le groupe « témoins » (Figure 8).

### 3.3.2.3. Contraception

Figure 6. Méthodes de contraception des femmes non ménopausées (%)



Parmi les patientes utilisant un contraceptif oral, un oubli était constaté plus d'une fois par mois chez 3 patientes du groupe « témoins » sur 11, et aucune des 3 patientes du groupe « CMP ».

La pilule du lendemain avait déjà été utilisée chez 9 patientes du groupe « CMP » (20,9 %) et 29 patientes du groupe « témoins » (33 %).

48,8 % des patientes du groupe « CMP » et 77,3 % des patientes du groupe « témoins » avait des rapports sexuels réguliers.

Une patiente du groupe « CMP » n'utilisait aucun contraceptif et avait des rapports sexuels réguliers ; elle exprimait un désir de grossesse.

#### 3.3.2.1. Utilisation du préservatif

A la question de l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels avec le dernier partenaire en date, il existait une différence significative entre les deux groupes ( $p < 0,05$ ). 14 patientes sur 23 du groupe « CMP » déclaraient ne pas l'avoir utilisé de façon systématique soit 60,9 %, et 18 patientes sur 60 du groupe « témoins », soit 30 %.

3 patientes du groupe « CMP » et 3 patientes du groupe « témoins » n'avaient pas le souvenir d'avoir déjà reçu une information sur les IST.



# PARTIE 4 DISCUSSION

---

## 4.1 REPONSE AUX QUESTIONS POSEES

### 4.1.1 La prévalence du FCU à jour

Nous avons retrouvé une association statistiquement significative, entre le résultat « frottis non à jour » et les patientes du groupe « CMP » : l'odds ratio était à 6,3 (intervalle de confiance 1,9 ; 24,8). Le fait de souffrir de schizophrénie et de trouble bipolaire à La Réunion est associé à un dépistage du cancer du col utérin de moins bonne qualité. Ces résultats sont retrouvés en métropole dans la thèse du Dr Kormann-Serre (34) ainsi que dans l'étude canadienne (32).

Le taux de couverture du groupe « témoins » est très élevé par rapport au chiffre le plus récent concernant La Réunion de 57,9 % en 2010-2012. Il s'agit probablement du résultat de plusieurs biais liés à cette étude (voir 4.2.2.1. mais ceci ne diminue pas la significativité du résultat principal, dont les données ont été recueillies dans les mêmes conditions pour les deux groupes.

### 4.1.2 Données épidémiologiques locales

Nous avons pu décrire les caractéristiques de santé gynécologique propres aux patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire à La Réunion. Plusieurs données méritent réflexion, nous les développerons plus bas.

## 4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

### 4.2.1 Qualité et validité des données

Notre étude visait en premier lieu à rechercher s'il existait une différence significative entre la pratique du FCU entre une population souffrant de troubles mentaux sévères et une population indemne de ces troubles. Le FCU déclaré datant de moins de 3 ans, en tant que critère de jugement principal, était précis et reproductible, et était respectueux de l'éthique. Il nous a également semblé un être un bon reflet du soin primaire puisque les actions de dépistage en font partie intégrante, ce qui est étayé par la littérature (32), (34), (37).

Le choix de l'enquête comparative sans appariement a été privilégié pour des raisons de puissance statistique dans le contexte de faisabilité : la taille nécessaire des échantillons était moindre que pour une étude de cohorte, et une comparaison statistiquement significative pouvait être effectuée par ce type d'étude.

L'étude a été multi-site, que ce soit dans les CMP ou dans les cabinets de médecine générale, ce qui lui fait gagner en puissance statistique.

Nous avons choisi plusieurs sites pour tenter d'être représentatifs de la population réunionnaise, qui vit principalement en milieu urbanisé et dont les origines ethniques sont variables selon la zone géographique.

## 4.2.2 Les limites de l'étude

Plusieurs biais et faiblesses interfèrent avec la significativité de notre étude.

### 4.2.2.1. Biais

- Lors de la sélection :
  - *Biais d'inclusion* : les patientes du groupe « CMP » ont été recrutées en CMP. Elles souffraient donc de troubles moins sévères que les patientes prises en charge en hospitalier ou encore non prises en charges. L'échantillon était donc moins représentatif de la population cible. Le recrutement en CMP ne nous permettait pas non plus d'intégrer dans notre étude les patientes suivies par des psychiatres libéraux.
  - *Biais d'auto-sélection* : certaines patientes qui ont accepté de répondre étaient probablement déjà sensibilisées aux questions de dépistage et de suivi gynécologique. Des femmes pouvaient craindre d'avoir à répondre à un interrogatoire testant leurs connaissances, et donc d'être jugées, de surcroît par une inconnue. Pour d'autres, ce questionnaire risquait de leur faire évoquer un passé douloureux. La pudeur a également probablement fait refuser plusieurs entretiens, ou répondre hâtivement aux questions plus intimes.
- Lors du recueil de données :
  - *Biais de mémorisation* : le dernier FCU pouvant remonter à plus de 3 ans, l'étude pouvait souffrir du biais de mémorisation. Il aurait été intéressant de s'assurer de la date du dernier FCU auprès du gynécologue ou du médecin traitant, mais sur le plan de l'éthique, les démarches que nous avons entreprises auprès du CPP n'auraient pas été similaires.

### 4.2.2.2. Faiblesses de l'étude

- Questionnaire

Le questionnaire avait été soumis à des personnes extérieures à l'étude puis à quelques patientes. Néanmoins, certaines questions étaient inutiles, comme par exemple celles concernant les facteurs de risque cardio-vasculaires et les précisions concernant la contraception. Le but initial était de rechercher pour chaque patiente si sa contraception était adaptée compte tenu de ses antécédents médicaux, mais cet objectif s'est avéré trop ambitieux par la suite et a été supprimé des objectifs secondaires. D'autres questions manquaient de précision : celle sur la fréquence d'une consultation liée à la gynécologie pouvait concerner une simple question posée lors d'une consultation comme un examen physique gynécologique.

Des questions manquaient pour être exhaustif et mieux comparer nos données avec celles de la littérature, en particulier la recherche d'autres addictions que le tabagisme. Nous avons recherché 4 types de frein au dépistage, alors qu'en population générale, comme parmi

les patientes souffrant de troubles mentaux, d'autres ont été identifiées, comme par exemple les problèmes organisationnels, le sexe du médecin pratiquant le FCU, les obstacles économiques.

Enfin, nous aurions peut-être pu finir par des questions ouvertes pour rechercher les freins au dépistage tels qu'ils sont ressentis par les femmes.

- Méthodologie

Dans le cadre de cette étude comparative, nous aurions pu choisir d'apparier les patientes des deux groupes sur des données socio-démographiques. Pour cela, il aurait fallu recruter davantage de patientes dans le groupe « témoins ».

Nous disposions des données exhaustives des patientes en ALD pour les trois entités pathologiques étudiées. La population du groupe « CMP » n'était pas représentative en termes d'âge à la population de patientes réunionnaises en ALD pour les trois pathologies étudiées ( $p = 0,01$ , Annexe 14). Les populations étaient toutefois comparables en termes d'ancienneté au diagnostic de maladie mentale.

#### **4.2.2.3. Conséquences possibles des biais dans la validité et l'interprétation des résultats**

Nous sommes amenés à penser que les patientes les moins sévèrement touchées par la pathologie psychiatrique, et celles qui étaient déjà sensibilisées au dépistage, ont plus souvent répondu au questionnaire. Dans cette hypothèse, nous pouvons estimer que nos résultats concernant le FCU à jour correspondent à une estimation haute.

Cette estimation haute s'est vérifiée lors du dernier baromètre santé réalisé en 2014 à La Réunion (1). Le recueil de données était effectué par téléphone, et 79 % des Réunionnaises âgées de 25 à 65 ans ont déclaré avoir eu leur dernier FCU dans les 3 dernières années, tandis que l'expérimentation du dépistage organisé, qui s'était basée en 2010-2012 sur les chiffres des laboratoires d'anatomopathologie, avait quant à elle retrouvé une proportion nettement inférieure, à 57,9 % (30).

## **4.3 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE**

### **4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des patientes**

#### **4.3.1.1. Age**

Les patientes du groupe « CMP » n'étaient pas comparables à la population cible en termes d'âge, mais l'ancienneté au diagnostic était similaire dans les deux populations (Tableau 10). Les patientes de la population cible étaient plus âgées : 51,9 % d'entre elles avaient plus de 50 ans, versus 27,9 % dans le groupe « CMP ». On ne peut pas expliquer cette différence du fait de l'âge plus jeune des psychiatres auprès desquels nous avons réalisé notre étude, car leurs files actives comprenaient une distribution d'âge identique à celle de la population cible. Peut-être que les refus de participation étaient exprimés plus souvent par les patientes de plus de 50 ans. Mais cela n'est pas suffisant pour expliquer la similarité des deux groupes en termes d'ancienneté au diagnostic.

#### **4.3.1.2. Catégorie socio-professionnelle, situation familiale**

La répartition des patientes était comparable sur le plan socio-professionnel, mais pas sur le plan familial : près de la moitié des patientes du groupe « CMP » (48,8 %) vivait seule, avec ou sans enfants. Ceci les expose à un isolement social, tel qu'il est décrit chez les patients souffrant de maladie mentale sévère (35).

#### **4.3.1.3. Principale source de revenus**

77 % des patientes du groupe « CMP » bénéficiaient de l'AAH, aide délivrée lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 50 %. Ceci rappelle le caractère sévère des troubles étudiés, et implique que la plupart de ces patientes vivent sous le seuil de pauvreté malgré les aides dont elles disposent (l'AAH est attribuée en prenant compte des revenus de chaque patient et en les complétant pour atteindre un maximum mensuel de 808,46 €).

### **4.3.2 Frottis cervico-utérin**

#### **4.3.2.1. Obstacles des patientes à la réalisation du FCU**

Notre étude a recherché auprès des patientes les causes de leur non-adhésion à la pratique du FCU. Malgré la petite taille de l'effectif, on retrouvait chez les patientes du groupe « CMP » des obstacles liés à un manque d'information : 8 patientes sur 12 ne se savaient pas concernées par le FCU, ou pensaient l'examen inutile. Dans le groupe « témoins », seule une patiente ignorait être concernée.

Le groupe « témoins » semblait également manquer d'information au sujet du rythme de réalisation du FCU : de façon spontanée, plusieurs femmes de ce groupe ont relaté faire pratiquer le FCU tous les ans, expliquant que cette fréquence les protégeait de façon plus certaine du cancer du col utérin (Annexe 15). Nous n'avons pas quantifié ce phénomène dans les deux groupes.

Ce défaut d'information se retrouve en population générale : l'enquête barométrique de l'Inca de 2009 a révélé une profonde méconnaissance de ce dépistage par les femmes. Sur les 117 femmes interrogées, seules 2 connaissaient l'intervalle recommandée de 3 ans entre deux FCU. 35,9 % des femmes connaissaient la possibilité pour les médecins généralistes de réaliser cet acte de dépistage, et 23,9 % par une sage-femme (38).

L'Inca, dans une autre enquête dédiée en 2010 au dépistage, mais du point de vue des médecins généralistes, a mis en évidence des disparités de pratique du FCU : 48 % des médecins généralistes interrogés préconisent le FCU tous les 2 ans et 9 % tous les ans (37).

#### **4.3.2.2. Professionnels réalisant le FCU**

Les gynécologues étaient les praticiens les plus sollicités pour la réalisation du FCU, d'autant plus pour les patientes du groupe « CMP » que pour le groupe « témoins » (Figure 5). Nous pouvons formuler plusieurs remarques :

- Les patientes du groupe « CMP » faisaient appel à d'autres professionnels que les intervenants « historiques » pour la réalisation du FCU : les sages-femmes, le planning

familial et les médecins de biologie médicale, ce qui représentait 10 % du total des FCU réalisés dans leur groupe (Figure 5) ;

- Le médecin traitant était sollicité plus souvent pour des questions touchant à la gynécologie que pour la réalisation du FCU (Tableau 8, Figure 5).

La réalisation du FCU par le médecin biologiste nécessite une ordonnance, ce qui implique un passage en consultation de médecine générale au préalable. Le médecin traitant était ainsi un intervenant dans le suivi gynécologique des femmes, mais il semble qu'il était moins le préleveur du FCU.

Dans l'enquête épidémiologique réalisée en 2000-2001 à La Réunion (39), la part des FCU réalisés par un médecin généraliste était de 38 % en population générale. Notre étude retrouvait un taux de 15 % dans le groupe « CMP » et 31 % dans le groupe « témoins », ce qui restait supérieur aux estimations métropolitaines qui varient entre 8 et 11 % (38).

Ces données montreraient des modifications dans les pratiques des médecins généralistes réunionnais, qui auraient tendance à moins réaliser le FCU que par le passé, tout en adressant leurs patientes à d'autres professionnels, ce qui se traduirait par une diversification des acteurs du dépistage.

La pratique des FCU par les médecins généralistes est en partie déterminée par la densité de gynécologues sur le territoire. Les médecins généralistes des agglomérations de plus de 30 000 habitants orientent plus souvent les patientes chez le spécialiste (44,4 %) que ceux des communes de petite taille (16,7 %) et des communes de taille moyenne (16,1 %) (29).

Notre étude en CMP ayant été réalisée dans des agglomérations de 76 000 habitants (Le Tampon) et de 83 500 habitants (Saint Pierre), ces données ne sont donc pas comparables à celles de l'enquête de l'ORS 2000 et reflètent probablement les pratiques d'une zone urbaine pour les patientes du groupe « CMP ».

Néanmoins, dans l'enquête de, l'Inca, la majorité des femmes interrogées (59,8 %) était favorable à une augmentation du nombre de frottis réalisés par les médecins généralistes

#### **4.3.2.3. Patientes non à jour pour le FCU**

Nous avons effectué des calculs d'odds ratio concernant les patientes non à jour, car les effectifs en sous-groupes étaient trop faibles pour réaliser une régression logistique (Tableau 4).

Les patientes souffrant de troubles bipolaires avaient tendance à être moins bien dépistées que les patientes souffrant de schizophrénie, sans que cette tendance soit significative.

Il n'apparaissait pas de lien évident entre l'ancienneté au diagnostic et la qualité du dépistage.

Dans le groupe « CMP », la part de patientes non à jour augmentait avec l'âge, et ce de façon significative pour la tranche d'âge 50-59 ans, ce qui était observé dans la thèse du Dr Kormann-Serre (pour toutes les patientes de CMP sans distinction de pathologie mentale). En revanche, contrairement aux résultats de cette thèse, le tabagisme ne semblait pas être un facteur associé à un moins bon dépistage dans le groupe « CMP », et c'est même l'absence de tabagisme qui serait associé à un moins bon dépistage. Ce résultat manque de pertinence, au vu

de la probable sous-déclaration du tabagisme par les patientes. Néanmoins, une absence de lien est démontrée en population générale dans les données de l'HAS en 2010 (29).

Le fait de ne pas avoir de gynécologue était significativement associé avec un moins bon dépistage par FCU, ce qui est évident puisque le FCU est un examen de routine de la consultation spécialisée en gynécologie.

#### **4.3.2.4. Nombre de facteurs de risque de cancer du col utérin**

Les patientes du groupe « CMP » avaient en moyenne plus de facteurs de risques que les patientes du groupe « témoins » : 1,02 versus 0,92.

### **4.3.3 Comorbidités, consultations avec le médecin traitant**

- Obésité et diabète de type 2

L'obésité est identifiée comme un facteur de risque de mauvais dépistage du cancer du col. Les femmes en ALD, comme pour le diabète de type 2, se font également moins dépister.

Les prévalences de l'obésité et du diabète de type 2 étaient trois fois plus fréquentes dans le groupe « CMP » que dans le groupe « témoin ». Ces données concordent avec celles de la littérature (14), avec cependant des taux généralement plus bas dans notre étude, et il existait une différence significative concernant uniquement l'obésité.

En effet, l'obésité touche 45 à 55 % des patients souffrant de schizophrénie et 21 à 49 % des patients souffrant de troubles bipolaires, versus respectivement 14,3 % et 20 % dans notre étude.

Etant données la prévalence élevée de l'obésité (14 % des femmes) (1) à la Réunion en population générale, nous nous serions attendus à une prévalence plus importante.

Le diabète de type 2 atteint 10 à 15 % des patients souffrant de schizophrénie, versus 14 % dans notre étude.

Parmi les patientes souffrant de troubles bipolaires, ce taux était bien supérieur aux taux retrouvés dans la littérature : 26,7 % dans notre étude, versus 8 à 17 %.

- Le tabagisme

Facteur de risque de cancer du col utérin, le tabagisme déclaré avait une prévalence supérieure de presque 10 points entre le groupe « CMP » (34,9 %) et le groupe « témoins » (25 %), sans que ce résultats soit significatif, et en restant inférieur aux données de la littérature

(14). On peut suspecter une sous-déclaration de cette addiction par les patientes, liée au fait que le questionnaire ait été réalisé en face à face.

- Consultations avec le médecin traitant

Dans le groupe « CMP » comme dans le groupe « témoins », le médecin traitant était consulté à une fréquence pluriannuelle. Il était aussi l'interlocuteur principal des patientes du groupe « CMP » lorsque survenaient des problèmes somatiques.

#### 4.3.4 Suivi gynécologique

Sur le plan du suivi gynécologique, plusieurs remarques sont à formuler dans notre étude.

##### 4.3.4.1. Rythme de consultation

Les patientes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires consultaient moins souvent pour un motif gynécologique que les patientes ne souffrant pas de ces troubles. La plupart consultait tous les 2 à 3 ans, alors que les patientes du groupe « témoins » consultaient au moins une fois par an pour ce motif. Le fait que ces patientes sont peu nombreuses à avoir une contraception orale (Figure 6), qui représente un motif de consultation fréquent, peut expliquer cette différence. Nous n'avons pas interrogé les femmes sur les motifs de consultation gynécologiques. Nous n'avons pas pu déterminer si, comme le préconisent les recommandations, elles bénéficiaient d'un examen mammaire annuel.

##### 4.3.4.2. Mammographie, vaccination contre le HPV

Les différences retrouvées concernant la mammographie n'étaient pas significatives. Dans le groupe « témoins », 76 % des patientes de plus de 50 ans étaient à jour pour la mammographie, ce taux étant comparable avec le taux déclaré par les femmes réunionnaises lors du baromètre santé 2014 (1). Le taux déclaré de 41,7 % parmi les femmes du groupe « CMP », bien qu'issu d'un effectif réduit, fait suspecter un manque de dépistage du cancer du sein malgré un risque accru parmi les patientes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires, ce qui est relayé par la littérature (31).

La vaccination contre le HPV a été réalisée pour 3 patientes sur les 12 du groupe « témoins » de moins de 28 ans. Ce faible taux (sur un petit effectif) traduit une réticence de la population générale envers ce vaccin (1) mais aussi une réticence des soignants.

Le principal argument avancé pour expliquer cette réticence, et les nombreuses polémiques qui l'entourent, est que les conséquences réelles de cette vaccination (efficacité, durée de protection, risques à long terme) ne seront pas connues avant de nombreuses années du fait du développement très lent du cancer de l'utérus.

La revue Prescrire, en juin 2016 (40), rappelle quant à elle que chez les femmes vaccinées avant d'être infectées, la vaccination diminue le risque de dysplasie de haut grade de 40 %, et annule le risque de dysplasie de haut grade lié aux génotypes 16 et 18. Le recul de quelques années n'est pas suffisant pour savoir si cet effet se traduira par un recul de la mortalité par cancer du col utérin, mais cette hypothèse est probable.



En ce qui concerne les effets indésirables graves (maladies auto-immunes et atteintes neurologiques centrales et périphériques), la revue indique que leur incidence est similaire à celle des autres vaccins, en émettant une réserve quant à un possible sur-risque de survenue de syndrome de Guillain-Barré. La rédaction considère vu ce contexte qu'il est raisonnable que les jeunes filles choisissent d'être vaccinées.

Il est du rôle du médecin généraliste, du gynécologue et de la sage-femme de renseigner les patientes sur les avancées rassurantes des données de la recherche concernant ce vaccin.

#### 4.3.4.3. *Antécédents gynécologiques*

- Nombre moyen d'enfants par femme

Nous avons calculé une moyenne de 1,91 enfant par femme dans le groupe « CMP » et 1,97 enfants par femme dans le groupe « témoins ». Ces résultats pour le groupe « témoins » ne concordent pas avec les données de l'INSEE qui situent à 2,36 le nombre moyen d'enfants par femme à la Réunion en 2011.

Les femmes du groupe « CMP » étaient plus souvent nullipares (32,6 % versus 15,9 % pour le groupe « témoins »), ce qui est décrit dans la littérature (16).

- Age moyen au premier rapport sexuel

L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 18,2 ans dans le groupe « témoins », ce qui est similaire aux résultats de l'étude « KABP » de 2012 à la Réunion pour les femmes de plus de 30 ans (3). L'âge moyen du premier rapport sexuel dans le groupe « CMP » était plus tardif, à 20 ans, selon une distribution d'âges à deux pics : le premier à 18,5 ans et un second à 25 ans (Figure 8). Cette distribution peut être le reflet de l'âge d'apparition des symptômes de la schizophrénie : certaines patientes sont touchées lors de l'adolescence et ont une diminution de l'intérêt pour la sexualité, tandis que d'autres patientes sont touchées plus tardivement et ont davantage d'expériences sexuelles datant d'avant leur diagnostic (35).

3 patientes du groupe « CMP » ont fait part d'abus sexuels dans l'enfance.

- IST

Les patientes du groupe « CMP » ont déclaré moins souvent avoir été touchées par les IST que les patientes du groupe « témoins », alors que leur usage du préservatif était inadapté : plus de la moitié des répondantes (60,9 %) n'utilisaient pas le préservatif de façon systématique lors des premiers rapports avec un nouveau partenaire.

Cette utilisation inadaptée concernait 30 % des patientes du groupe « témoins » répondantes.

On peut se poser la question, là encore, d'un sous-dépistage des IST dans la population des patientes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires.

Quasiment toutes les femmes interrogées avaient entendu parler de l'existence des IST, par les médias ou lors de leur formation initiale (collège/ lycée).

La prévention est un outil d'autant plus efficace lorsque l'information est répétée régulièrement.



Les CMP pourraient bénéficier d'actions de prévention, d'autant plus que le ministère de la santé, dans son plan d'action contre le VIH et les IST 2010-2014, visait en priorité trois populations : les jeunes, les femmes et les personnes en situation de handicap (41). C'est l'objectif des équipes des CDAG (Centres de Dépistages Anonymes et Gratuits), qui se déplacent dans différents types d'établissements afin de toucher le maximum de public.

- Fausses-couches, IVG

Les patientes du groupe « CMP » ont déclaré moins souvent avoir eu de fausse-couche que celles du groupe « témoins », mais ont plus fréquemment eu recours à une IVG, ce qui reflète un défaut de contraception.

#### **4.3.4.4. Contraception**

Plus de la moitié des femmes non ménopausées du groupe « CMP » (61,3 %) n'avait pas de contraception efficace selon l'indice de Pearl (Annexe 16), alors que 48,8 % des patientes de ce groupe avaient des rapports sexuels réguliers.

Les méthodes de choix étaient, dans le groupe « CMP », le préservatif, le DIU et les méthodes naturelles (retrait).

Les méthodes les plus souvent utilisées par les femmes du groupe « témoins » étaient le DIU, la contraception orale combinée, et le préservatif.

Une seule patiente du groupe « CMP » exprimait un désir de grossesse, qu'elle avait verbalisé avec son psychiatre.

Ces données sont alarmantes vu le risque de tératogénicité des traitements prescrits pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, et le risque de déséquilibre de ces pathologies que la grossesse peut entraîner. Dans ce contexte, l'encadrement de chaque grossesse par une équipe de périnatalité est crucial à toutes les étapes, y compris en préconceptionnel.

On peut être étonné de la faible fréquence d'utilisation des contraceptifs oestroprogestatifs chez les patientes sous neuroleptiques. En effet, on retrouve un taux non négligeable d'hyperprolactinémie chez les patientes sous neuroleptique. 47,3 % des femmes sous neuroleptique seraient atteintes (17). L'hyperprolactinémie est pratiquement toujours symptomatique et est à l'origine de troubles sexuels, de troubles du cycle menstruel et de galactorrhée. Mais les signes cliniques ne sont pas toujours mis en avant par les patientes, c'est pourquoi la prévalence retrouvée est probablement sous-estimée.

Lorsqu'une hyperprolactinémie est diagnostiquée sous neuroleptique, les femmes non ménopausées doivent se voir proposer une contraception oestroprogestative (en l'absence de contre-indication) afin de prévenir le risque d'ostéoporose (17).

## 4.4 REFLEXIONS A PROPOS DES RESULTATS OBTENUS

### 4.4.1 Le rôle des acteurs du soin primaire

Nous avons vu que les patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire étaient moins dépistées pour le cancer du col utérin que les femmes en population générale, alors qu'elles avaient autant, voire plus de facteurs de risque de ce cancer.

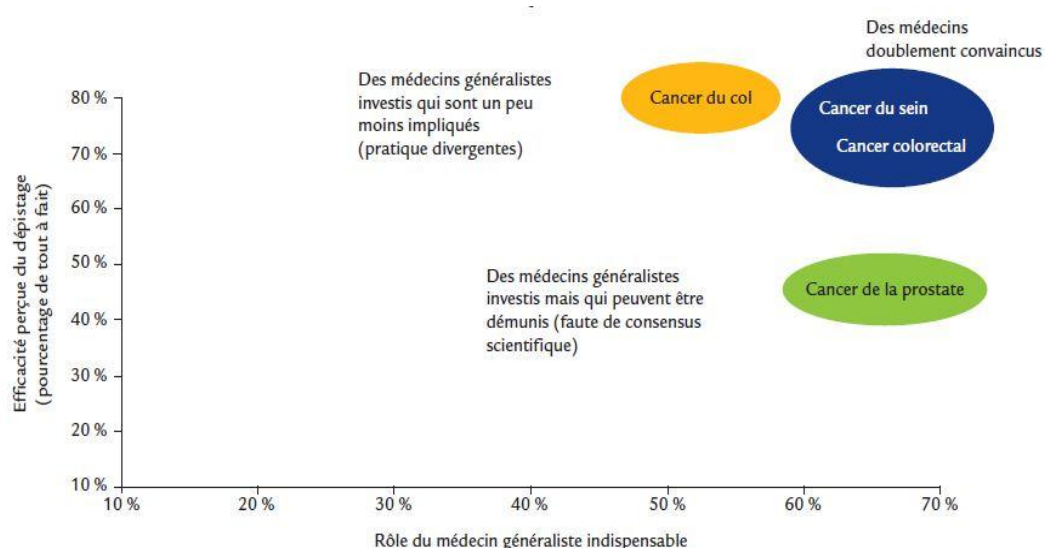
Les obstacles à ce dépistage étaient majoritairement liés à un défaut d'information sur cet examen, et nous avons retrouvé l'âge de plus de 50 ans et le fait de ne pas avoir de gynécologue comme des facteurs faisant obstacle au bon suivi.

Ces critères sont communs avec ceux de la population générale. Mais si les femmes en population générale, malgré les mêmes obstacles, ont un taux de couverture du FCU plus élevé, c'est qu'il existe des barrières plus spécifiques pour les patientes souffrant de maladie mentale.

#### 4.4.1.1. Favoriser le décloisonnement entre spécialités

Dans la littérature, on note d'une part le rôle que les médecins généralistes pensent avoir dans ce dépistage, par rapport aux autres dépistages recommandés (Figure 7). Malgré leur conviction d'efficacité du FCU, 49 % d'entre eux ont tendance à moins s'impliquer, et ne vérifient pas systématiquement si leurs patientes sont à jour de leur dépistage (37). C'est donc aux patientes elles-mêmes d'évoquer le sujet en consultation dans ce cas de figure. Pour les patientes souffrant de maladie mentale, qui ont tendance à manquer d'information sur ce sujet, le risque est de ne jamais aborder le sujet. Le rôle vécu comme facultatif par les médecins généralistes peut être à l'origine d'un cloisonnement entre spécialités, néfaste pour les patientes.

Figure 7. Place perçue des médecins généralistes dans la réalisation du FCU (37)



De la même façon, le cloisonnement entre médecine générale et psychiatrie, tel que décrit dans l'étude parisienne du Dr Bohn (PARTIE 1.2.3 ) participe à une méconnaissance de l'état de santé des patientes et est un obstacle à leur prise en charge globale.

La situation de la contraception, telle que nous l'avons décrite dans notre étude, est peut-être liée à ce cloisonnement : quel est le rôle ressenti de chaque spécialiste dans la prescription de la contraception des patientes souffrant de maladie mentale ? Le plus important est de se sentir concerné, d'en parler avec les patientes, et communiquer avec les confrères.

Si les principaux obstacles à la participation au dépistage résident dans des facteurs socio-économiques, le fait d'être incitée au dépistage par des proches et des professionnels avec lesquels une relation de confiance a déjà été établie est donc pour ces patientes un facteur essentiel.

Bien qu'ils se sentent moins investis dans le dépistage des cancers féminins, la place des médecins généralistes est en ce sens déterminante.

#### **4.4.1.2. Rechercher des stigmatisations**

On retrouve dans les enquêtes qualitatives réalisées auprès des patientes souffrant de maladie mentale un obstacle récurrent : l'appréhension de l'examen, et les expériences négatives déjà vécues par le passé (42). Pour cette population particulièrement vulnérable, toute expérience perçue comme traumatisante peut rendre un geste médical rédhibitoire.

Un soignant interrogé à ce sujet dans une des enquêtes qualitatives résume ainsi : « Je pense que les personnes atteintes de maladie mentale ont souvent des expériences humiliantes avec le système de santé en général. Même si leur professionnel en soins primaires est une personne empathique, si les gens à la réception ne sont pas bien formés ou grossiers ou ne savent pas comment se comporter face à eux, l'expérience peut se révéler honteuse. Certains ne reviendront jamais. Et je pense que l'idée d'aller dans un lieu inconnu, et d'être à la merci d'un inconnu, qui peut ou non choisir d'être empathique, peut être écrasante. Alors, en plus du transport et d'autres questions organisationnelles, je pense juste que c'est une expérience terrifiante. Je ne pense pas que nos systèmes de soins de santé soient tendres avec les gens qui ne peuvent pas se défendre eux-mêmes. Je pense que les personnes qui peuvent avoir l'air différent, ou ne pas communiquer clairement tout le temps, sont souvent stigmatisées »(42).

Outre les souffrances que les troubles mentaux provoquent, il y a le poids de la stigmatisation. L'étude INDIGO (INternational study of DIscrimination and stiGma Outcomes) (43), réalisée en 2006 dans 27 pays différents, a analysé auprès de 777 patients souffrant de schizophrénie leur vécu de la discrimination dans différents aspects de leur quotidien, ainsi qu'en tant qu'usagers du système de soins, en utilisant une échelle dédiée. 17 % d'entre eux avaient expérimenté cette stigmatisation lors de soins de santé somatique, ce qui représente un chiffre élevé qui peut faire éviter le recours aux soins primaires. L'équipe française a relevé des résultats similaires, mais sur un échantillon de petite taille (25 patients) (44).

Les acteurs du soin primaire, dans leur relation de proximité et de confiance, devraient pouvoir rechercher de façon personnalisée le vécu vis-à-vis du soin de chacune de leurs patientes insuffisamment dépistées, et se positionner dans une relation d'écoute et de réassurance afin d'optimiser leurs soins.

#### **4.4.1.3. Réaliser une prévention personnalisée**

Dans l'enquête de l'Inca sur les comportements et connaissances des femmes vis-à-vis du FCU (38), il est intéressant de constater que le dernier FCU déclaré par les femmes a été prescrit par un gynécologue dans 63,3 % des cas, de leur propre initiative dans 24,8 % des cas, et par le médecin traitant dans 8,3 % des cas. Les patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire, qui manquent d'information au sujet du FCU, ne font probablement pas partie des 24,8 % de femmes prenant l'initiative du dépistage.

Le comportement du médecin traitant devrait donc être, non pas attentiste vis-à-vis du dépistage, mais proactif avec ces patientes.

Nous avons émis l'hypothèse que la situation défavorable du dépistage du cancer du col utérin n'était pas isolée dans la prise en charge globale de ces patientes en soins primaires. La problématique de la contraception et de la prévention du risque sexuel chez ces patientes doit être explorée de façon plus approfondie et verbalisée lors des consultations.

Pourtant, des recommandations claires existent dans ces trois domaines. Ce sont celles de la population générale dans le cadre du dépistage des cancers et de la contraception.

En ce qui concerne le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires, les patients traités par neuroleptiques doivent bénéficier d'un suivi différent, plus rapproché (45).

#### **4.4.2 Solutions à envisager**

##### **4.4.2.1. Favoriser l'information dispensée auprès des médecins généralistes et des patientes**

On peut proposer de diffuser une note informative à la fin de chaque compte-rendu de consultation de psychiatrie, précisant que les patientes souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires ont tendance à être moins à jour pour le dépistage du cancer du col utérin, et que le médecin généraliste, de par son rôle central dans ce dépistage et sa relation de confiance et de proximité avec les patientes, est l'intervenant le plus à même de prévenir cette inégalité d'accès au dépistage.

La mise en place du dépistage organisé du cancer du col utérin permet d'adresser par courrier, à toutes les patientes éligibles, une information claire sur les modalités et bénéfices de cet examen. On peut espérer que ces actions favoriseront le dialogue de ces patientes avec leurs soignants.

##### **4.4.2.2. Multiplier les lieux de réalisation du FCU**

La littérature retrouve, parmi les freins au dépistage du cancer du col utérin, les problèmes organisationnels comme les transports, les planifications de rendez-vous. On peut se demander si le fait de disposer, au sein des CMP, de créneaux de consultation par un médecin généraliste, un gynécologue ou un sage-femme, pourrait améliorer le dépistage. Cette éventualité devrait au préalable être évaluée auprès des patientes elles-mêmes. Peut-être ne souhaitent-elles pas croiser de médecin somaticien dans un lieu initialement non dédié à ce type

de soins. De plus, les disponibilités de salles de consultation sont souvent réduites en CMP, ce qui limiterait la faisabilité de cette démarche.

#### **4.4.2.3. Former les médecins généralistes**

Dans son enquête qualitative sur les demandes et les attentes des patients souffrant de troubles psychotiques envers leur médecin généraliste, le Dr Chloé Dupon (46) a mis en évidence que la séparation des rôles du psychiatre et du médecin généraliste était appréciée par les patients, les plaçant dans une situation de « normalité » lorsqu'ils consultent en médecine générale. Les généralistes y sont décrits comme plus à l'aise dans l'approche corporelle des patients, et le Dr Dupon émet l'hypothèse que les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients seraient liées à leur propre réticence. Il s'agirait d'une appréhension liée à un manque de connaissance.

La maquette de médecine générale ne comprend pas de semestre obligatoire en service de psychiatrie, les internes ont le choix de réaliser ce stage lors de leur semestre libre. Afin de familiariser les étudiants des promotions océan indien avec le domaine de la psychiatrie, on pourrait proposer qu'ils puissent également choisir d'effectuer un SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) combiné en centres médico-psychologiques, ce qui est d'actualité dans d'autres universités françaises.

Dans le cadre de la formation médicale continue, il pourrait être bénéfique aux médecins généralistes d'accéder à des formations de psychiatrie de type diplôme universitaire afin de mieux connaître les pathologies psychiatriques de leurs patients, et pouvoir mieux les suivre.

La pratique du FCU est enseignée au cours de formations courtes, type EPU (Enseignement Post Universitaire) ou lors de formations indemnisées. Ces dernières sont assurées dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) ou du fond d'assurance formation de la profession médicale (FAF). A La Réunion en 2016, seules 6 formations étaient proposées aux médecins par le DPC ou le FAF (dont une concernait le suivi gynécologique de la femme jeune). Il pourrait être profitable aux soignants d'élever ce nombre de formations afin de les rendre accessibles au plus grand nombre de soignants.

## PARTIE 5 CONCLUSION, PERSPECTIVES

---

Les patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire à la Réunion sont en situation de sous-dépistage par rapport à la population générale, du fait d'obstacles similaires, en particulier le manque d'information, l'appréhension du geste ou du résultat, et leur situation socio-démographique. Cette situation de sous-dépistage est le reflet du soin primaire qui leur est prodigué, et l'on retrouve une situation similaire de carence de prise en charge dans le domaine de la contraception et de la prévention des risques sexuels.

Les études qualitatives retrouvent dans les témoignages des patientes des freins liés à la stigmatisation qu'elles subissent dans tous les domaines de leur quotidien, y compris de la part du milieu soignant, ce qui pourrait en partie expliquer la différence d'accès au dépistage pour cette population vulnérable.

Nous avons également émis l'hypothèse du cloisonnement entre spécialités qui pourrait avoir un effet délétère sur ces patientes, en diminuant le niveau d'implication des professionnels du soin primaire.

Des études complémentaires seraient nécessaires afin d'établir l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge globale des patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire, ou plus largement, de maladie mentale sévère.

Trois types de données étaient préoccupantes dans notre étude mais, faute de puissance, des recherches ultérieures seraient également nécessaires pour les approfondir :

- Le dépistage des comorbidités cardiovasculaires parmi les patients sous traitement neuroleptique et thymorégulateur à La Réunion ;
- La prise en charge de la contraception, qui semble insuffisante ou inadaptée chez ces patientes ;
- La santé sexuelle, dans cette population de femmes à risque d'IST.

Avec l'organisation du dépistage organisé du cancer du col utérin, les patientes souffrant de maladie mentale devraient bénéficier, comme toutes les femmes concernées, d'invitations au dépistage, ce qui pourrait élargir le taux de couverture du FCU. Toutefois, cette démarche ne sera bénéfique que si des mesures complémentaires sont prises améliorer leur état de santé globale. Ces mesures passent par la systématisation de consultations axées sur la gynécologie et éventuellement la contraception et la prévention du risque sexuel, ainsi que la systématisation de consultations axées sur les comorbidités, fréquentes au sein de cette population, et assombrissant leur qualité de vie.

La place des médecins généralistes et des sages-femmes est à réaffirmer dans cette organisation : ils représentent en effet des intervenants centraux de la prévention, en tant que professionnel de santé de proximité et de confiance.

Dans la population des femmes souffrant de maladie mentale, ils doivent être les professionnels qui informent, qui rassurent et qui encouragent au dépistage.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. ORS Réunion. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014- La Réunion. 2014;
2. ARS Océan Indien. Plan stratégique de santé 2012-2016 [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre\\_ARS/PRS/PRS2012/VDEF\\_24\\_juillet/PRS\\_plan\\_strategique\\_24\\_07.pdf](http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/PRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_plan_strategique_24_07.pdf)
3. ORS Réunion. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels. Enquête KABP Réunion 2012. Premiers résultats. [Internet]. 2014 [cité 12 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/KABP\\_2012\\_synthese.pdf](http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/KABP_2012_synthese.pdf)
4. Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (France), Observatoire régional de santé (Ile-de-France). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida en Île-de-France en 2010. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2011.
5. Situation du VIH, Sida et des IST, à la Réunion et à Mayotte, données actualisées au 31/12/2014. 2015. (Bulletin de Veille Sanitaire).
6. ARS Océan Indien. STATISS 2014 Mayotte - Réunion : Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social. 2015.
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
8. ARS Océan Indien. Les professions de santé à Mayotte et à La Réunion au 1er janvier 2012. Dossier Statistiques. juillet 2012;(6):41.
9. HAS. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. 2014.
10. Saha S, Chant D, McGrath J. A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? Arch Gen Psychiatry. 1 oct 2007;64(10):1123-31.
11. Schizophrénie [Internet]. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>
12. HAS. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. 2015.
13. Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. Am J Manag Care. nov 2007;13(7 Suppl):S170-177.
14. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European



Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. sept 2009;24(6):412-24.

15. Lin G-M, Chen Y-J, Kuo D-J, Jaiteh LES, Wu Y-C, Lo T-S, et al. Cancer Incidence in Patients With Schizophrenia or Bipolar Disorder: A Nationwide Population-Based Study in Taiwan, 1997–2009. *Schizophr Bull*. mars 2013;39(2):407-16.
16. Lorabi O, Samalin L, Llorca PM. Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe. *Lettre Psychiatre*. 2010;6(6):200-6.
17. Besnard I, Auclair V, Callery G, Gabriel-Bordenave C, Roberge C. Hyperprolactinémies induites par les antipsychotiques : physiopathologie, clinique et surveillance. *L'Encéphale*. févr 2014;40(1):86-94.
18. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord*. avril 2002;68(2–3):167-81.
19. Oud MJ, Jong BM. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract*. 9 mai 2009;10(1):32.
20. Bohn I, Aubert J-P, Guegan M, Guillard M, Greacen T, Lejoyeux M, et al. Patients psychiatriques ambulatoires : Quelle coordination des soins ? *Rev Prat Médecine Générale*. 2007;(770-771):511-4.
21. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff as. Focus. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;(13-14-15):220-1. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014\\_13-14-15\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html).
22. Menvielle G, Luce D, Geoffroy-Perez B, Chastang J-F, Leclerc A. Social inequalities and cancer mortality in France, 1975–1990. *Cancer Causes Control*. 16(5):501-13.
23. ORS Réunion. Le cancer à La Réunion : tableau de bord 2015. nov 2015; Disponible sur: [http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/TDB\\_Cancer\\_2015.pdf](http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/TDB_Cancer_2015.pdf)
24. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus – Etat des connaissances – Actualisation 2008. 2008;31.
25. HAS. Référentiel de pratiques pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. HAS; 2013 juin [cité 13 janv 2016] p. 55. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_\\_vf\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf)
26. Vaccination HPV et facteurs associés à la vaccination HPV de la jeune fille - Enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012 [Internet]. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>

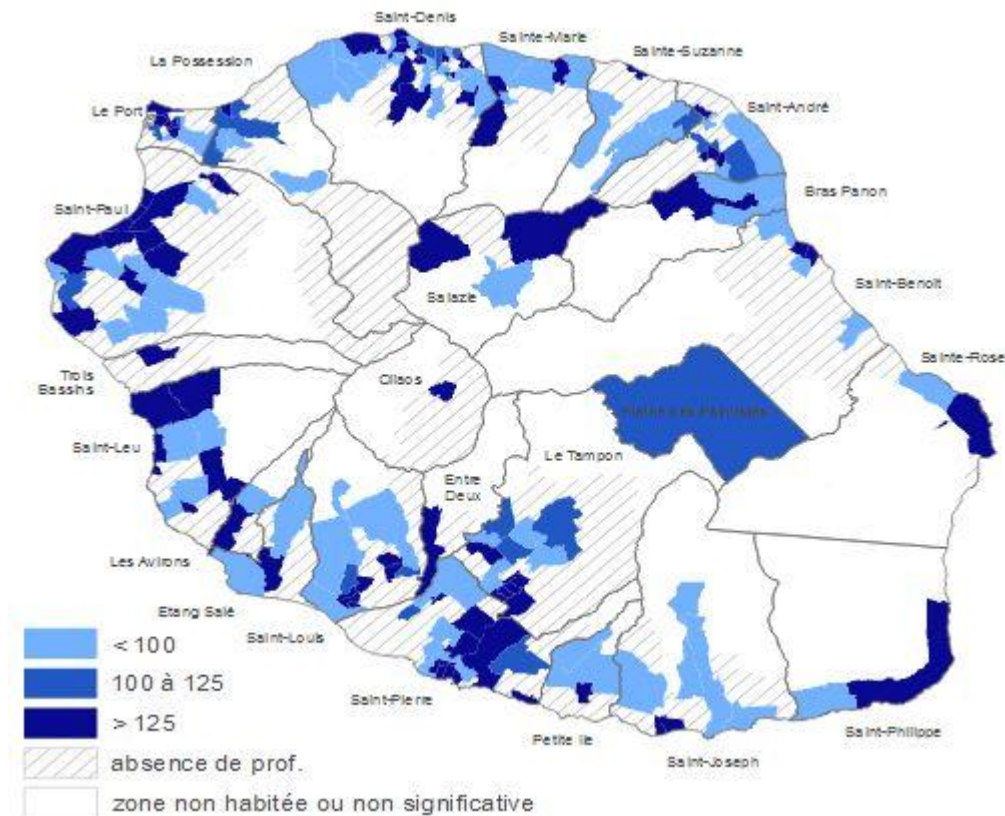


27. De Chazournes P. HPV : Lettre Ouverte au President [Internet]. 2014 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.medocean.re/wp-content/uploads/HPV\\_Lettre\\_Ouverte\\_au\\_President.pdf](http://www.medocean.re/wp-content/uploads/HPV_Lettre_Ouverte_au_President.pdf)
28. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. HAS; 2013 p. 55. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_\\_vf\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf)
29. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010;235.
30. Duport N, Beltzer N. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux. Expérimentation 2010-2014. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 42 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>.
31. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in Breast and Cervical Cancer Screening in Women with Mental Illness: A Systematic Literature Review. *Am J Prev Med.* avril 2013;44(4):392-8.
32. Tilbrook D, Polsky J, Lofters A. Are women with psychosis receiving adequate cervical cancer screening? *Can Fam Physician.* avr 2010;56(4):358-63.
33. Guiset J-B. Etat des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
34. Kormann-Serre C. Etude pilote pour l'évaluation de la qualité du suivi gynécologique des patientes d'un centre médico-psychologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2004.
35. Vacheron M-N. Maternité et psychiatrie: répercussions et prise en charge. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2015.
36. Jensen LF, Pedersen AF, Bech BH, Andersen B, Vedsted P. Psychiatric morbidity and non-participation in breast cancer screening. *The Breast.* févr 2016;25:38-44.
37. Bungener M, Eisinger F, Erriau G. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. Institut national du cancer; 2010.
38. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publique.* 6 août 2013;25(3):255-62.
39. ORS Réunion. Le cancer du col de l'utérus à La Réunion- Evaluation de la campagne d'incitation au dépistage menée par le département en 2000. Juin 2002;95.
40. Prescrire R. Vaccins papillomavirus et syndromes de Guillain-Barré : gérer les incertitudes. Juin 2016;36(392):427-32.

41. Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014 [Internet]. 2010. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf)
42. Miller E, Lasser KE, Becker AE. Breast and cervical cancer screening for women with mental illness: patient and provider perspectives on improving linkages between primary care and mental health. *Arch Womens Ment Health*. 7 août 2007;10(5):189-97.
43. Harangozo J, Reneses B, Brohan E, Sebes J, Csukly G, Lopez-Ibor J, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry*. 1 juin 2014;60(4):359-66.
44. Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*. juin 2012;38(3):224-31.
45. AFSSAPS. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques, mise au point [Internet]. 2010. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf)
46. Dupon C, Canévet J-P, Université de Nantes, Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales. Patients psychotiques face à leur médecin généraliste leurs demandes et leurs attentes: entretiens semi-dirigés auprès de onze patients psychotiques. [S.l.]: [s.n.]; 2011.

# ANNEXES

## Annexe 1. Densité de médecins généralistes libéraux par secteurs infra-communaux pour 100.000 habitants en 2011 à la Réunion (Insee)



## Annexe 2. Critères diagnostics de la schizophrénie et du trouble affectif bipolaire selon la Classification Internationale des Maladies – 10<sup>ème</sup> édition (CIM-10)

- **Schizophrénie**

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06.2, ceux induits par des substances psychoactives étant à classer en F10–F19 avec le quatrième caractère.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier la modalité évolutive :

- 0 continue
- 1 épisodique avec déficit progressif
- 2 épisodique avec déficit stable
- 3 épisodique rémittente
- 4 rémission incomplète
- 5 rémission complète
- 8 autre
- 9 évolution imprévisible, période d'observation trop brève

### **F20.0 Schizophrénie paranoïde**

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets.

### **F20.1 Schizophrénie hébéphrénique**

Forme de schizophrénie caractérisée par la présence au premier plan d'une perturbation des affects. Les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible ; il existe fréquemment un maniérisme. L'humeur est superficielle et inappropriée. La pensée est désorganisée et le discours incohérent. Le trouble entraîne fréquemment un isolement social. Le pronostic est habituellement médiocre, en raison de l'apparition précoce de symptômes « négatifs » concernant, en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté. En principe, le diagnostic d'hébéphrénie doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes.

### **F20.2 Schizophrénie catatonique**

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes pouvant alterner d'un extrême à un autre : hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée. La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble. Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues.

### **F20.3 Schizophrénie indifférenciée**

États psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie, mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites en F20.0-F20.2, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques.

### **F20.4 Dépression postschizophrénique**

Épisode dépressif, éventuellement prolongé, survenant au décours d'une maladie schizophrénique. Certains symptômes schizophréniques « positifs » ou « négatifs » doivent encore être présents mais ne dominent plus le tableau clinique. Ce type d'état dépressif s'accompagne d'un risque accru de suicide. Si le patient ne présente plus aucun symptôme schizophrénique, on doit faire un diagnostic d'épisode dépressif (F32.-). Si les symptômes schizophréniques restent florides et au premier plan de la symptomatologie, on doit garder le diagnostic de la forme clinique appropriée de schizophrénie (F20.0-F20.3).

### **F20.5 Schizophrénie résiduelle**

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes « négatifs » durables, mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres.

### **F20.6 Schizophrénie simple**

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances. La survenue des caractéristiques « négatives » de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de la volonté, etc.) n'est pas précédée d'un quelconque symptôme psychotique manifeste.

### **F20.8 Autres formes de schizophrénie**

Accès, psychose ou trouble schizophréniformes, schizophrénie cénestopathique

### **F20.9 Schizophrénie, sans précision**

- **Trouble affectif bipolaire**

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires.

*Comprend* : dépression maniaque maladie psychose réaction maniacodépressive

*À l'exclusion de* : cyclothymie (F34.0) trouble bipolaire, épisode maniaque isolé (F30)

### **F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque**

Le sujet est actuellement hypomaniaque, et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

**F31.1** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, sans symptômes psychotiques (comme sous F30.1), et a eu dans le passé au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

**F31.2** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, avec symptômes psychotiques (comme sous F30.2), et a eu dans le passé au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

**F31.20** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

**F31.21** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

**F31.3** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité légère ou moyenne (F32.0 ou F32.1), et a eu dans le passé au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

**F31.30** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, sans syndrome somatique

**F31.31** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, avec syndrome somatique

**F31.4** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques. Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et a eu dans le passé au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

**F31.5** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques. Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), et a eu dans le passé au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

**F31.50** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

**F31.51** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

**F31.6** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. Le sujet a eu dans le passé au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte bien documenté, et l'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs, soit par une alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs.

*À l'exclusion de* : épisode affectif mixte isolé (F38.0)

**F31.7** Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission. Le sujet a eu dans le passé au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté, et au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte), mais sans aucune perturbation significative de l'humeur, ni actuellement, ni au cours des derniers mois. Les rémissions sous traitement prophylactique doivent être classées ici.

**F31.8** Autres troubles affectifs bipolaires : épisodes maniaques récurrents SAI

Trouble bipolaire II

**F31.9** Trouble affectif bipolaire, sans précision : dépression maniaque SAI

### Annexe 3. Prévalences et risque relatif des facteurs de risque cardiovasculaire

**Tableau 9. Prévalence et risques relatifs des facteurs de risque cardiovasculaire retrouvés dans la littérature modifiables dans la schizophrénie et le trouble bipolaire par rapport à la population générale (14)**

Facteurs de risque	Schizophrénie		Trouble bipolaire	
	Prévalence	Risque relatif	Prévalence	Risque relatif
Obésité	45–55 %	1.5–2	21–49 %	1–2
Tabagisme	50–80 %	2–3	54–68 %	2–3
Diabète	10–15 %	2	8–17 %	1.5–2
Hypertension artérielle	19–58 %	2–3	35–61 %	2–3
Dyslipidémie	25–69 %	≤ 5	23–38 %	≤ 3
Syndrome métabolique	37–63 %	2–3	30–49 %	1.5–2

## **Annexe 4. Stades du carcinome épidermoïde du col de l'utérus selon la classification de la FIGO**

Cette classification est utilisée à visée pronostique et thérapeutique. C'est la classification la plus utilisée en pratique, développée à partir du système TNM (« Tumor », Node », « Metastasis ») de l'American Joint Committee on Cancer.

### **•Stade I. Localisation stricte au col**

Stade IA : carcinome micro-invasif non visible macroscopiquement, diagnostique à l'examen histologique (microscope).

Stade IA1 : envahissement du chorion de 3 mm ou moins, largeur de 7 mm ou moins.

Stade IA2 : envahissement du chorion supérieur à 3 mm et inférieur à 5 mm, largeur de 7 mm ou moins.

Stade IB : cancer visible à l'examen clinique ou de taille supérieure à celle du stade IA2.

Stade IB1 : lésion de 4 cm ou moins de diamètre maximal.

Stade IB2 : lésion de plus de 4 cm de diamètre maximal.

### **•Stade II. Extension extra-utérine sans atteinte de la paroi pelvienne ou du tiers inférieur du vagin**

Stade IIA : extension vaginale sans atteinte des paramètres.

Stade IIA1 : lésion de 4 cm ou moins de diamètre maximal.

Stade IIA2 : lésion de plus de 4 cm de diamètre maximal.

Stade IIB : extension vaginale avec atteinte d'au moins un des paramètres.

### **•Stade III. Cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet**

Stade IIIA : cancer étendu au tiers inférieur du vagin sans atteinte des parois pelviennes.

Stade IIIB : cancer étendu aux parois pelviennes et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet.

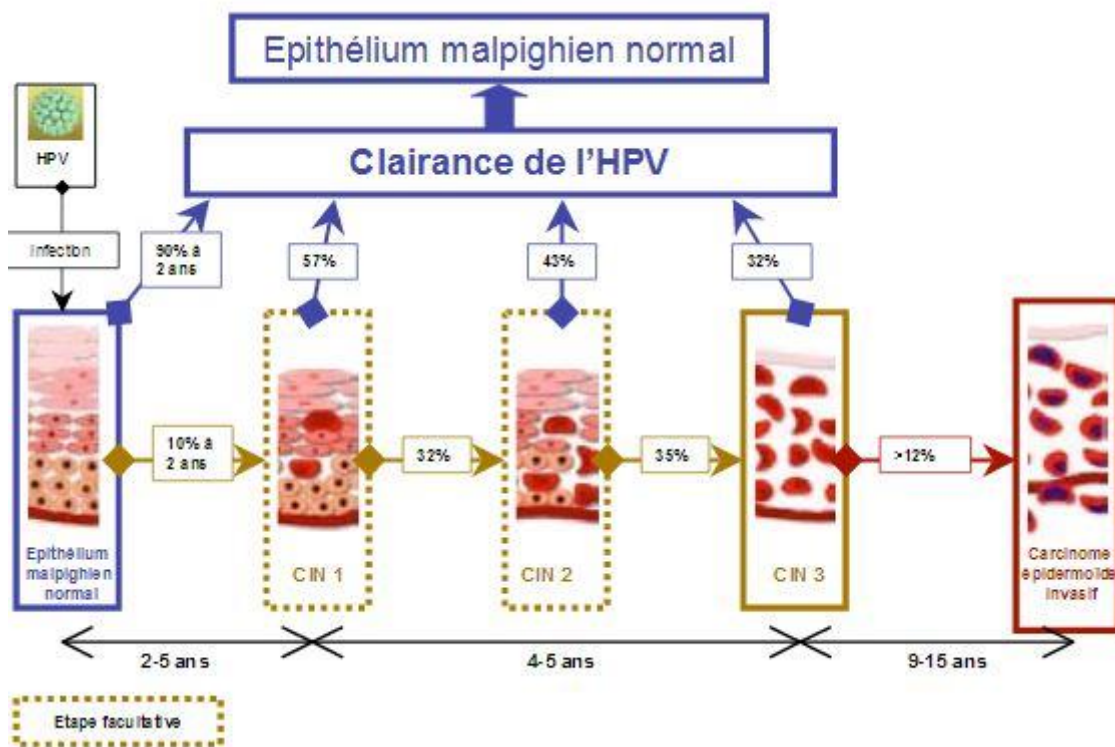
### **•Stade IV. Invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne**

Stade IVA : extension à la muqueuse de la vésicale et/ou à la muqueuse rectale.

Stade IVB : métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres).



## Annexe 5. Histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus



## Annexe 6. Les 10 critères de faisabilité d'un dépistage organisé (OMS)

- 1- La maladie dont on recherche les cas constitue une **menace grave pour la santé publique**.
- 2- Un **traitement d'efficacité démontrée** peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
- 3- Les **moyens appropriés de diagnostic et de traitement** sont disponibles.
- 4- La maladie **est décelable pendant une phase de latence ou au début** de la phase clinique.
- 5- Une épreuve ou un **examen de dépistage efficace** existe.
- 6- L'épreuve utilisée est **acceptable** pour la population.
- 7- **L'histoire naturelle** de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
- 8- Le **choix des sujets** qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- 9- Le **coût de la recherche des cas** (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
- 10- La **recherche des cas est continue** et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

## Annexe 7. Le frottis cervico-utérin : présentation et techniques de prélèvement

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un **test cytologique** : le frottis cervico-utérin. En complément, l'inspection visuelle des organes génitaux externes et l'examen au speculum constituent les deux éléments principaux d'un examen gynécologique dans le cadre du dépistage de ce cancer.

### Périodicité recommandée

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est préconisé **entre 25 et 65 ans chez les femmes éligibles** pour ce dépistage, vaccinées ou non contre le papillomavirus.

Le rythme des frottis cervico-utérins préconisé est de **3 ans après deux frottis normaux a un 1 an d'intervalle**.

Un démarrage anticipé du dépistage peut être discuté si les facteurs de risque s'additionnent chez une patiente de moins de 25 ans : infection par une autre IST de façon chronique, en particulier par le VIH, et partenaires multiples.(28)

Il est délétère d'augmenter la fréquence du FCU, car ce comportement expose les patientes à un sur-diagnostic de lésions qui auraient disparu dans l'intervalle entre deux examens, avec pour conséquences les risques engendrés par les conisations.

### Techniques de prélèvement utilisées

**Deux techniques** de frottis cervico-utérin de dépistage coexistent en 2012 : le frottis avec **cytologie conventionnelle sur lame** et le frottis avec **cytologie en milieu liquide**.

Quelle que soit la technique utilisée, le frottis cervico-utérin de dépistage nécessite un prélèvement de cellules sur le col utérin au niveau de la jonction squamo-cylindrique, le cancer du col de l'utérus naissant entre exocol et endocol.

La zone de jonction squamo-cylindrique ou zone de remaniement correspond à la région du col entre la jonction pavimento-cylindrique originelle et la nouvelle jonction pavimento-cylindrique, là où s'est produite la métaplasie pavimenteuse, c'est-à-dire la où l'épithélium cylindrique a été remplacé par un épithélium pavimenteux.

La topographie de la jonction pavimento-cylindrique originelle varie avec l'âge de la femme, son statut hormonal, les accouchements ou non et l'utilisation ou non d'une contraception orale.

### Conditions de réalisation

Le frottis cervico-utérin devra être effectué en respectant certaines conditions : à distance d'un rapport sexuel (48 h), en dehors des périodes menstruelles, en l'absence de tout traitement local ou d'infection et si nécessaire après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée. Il faut éviter de faire le toucher vaginal avant le frottis cervico-utérin et d'utiliser un lubrifiant.

### Anatomopathologie

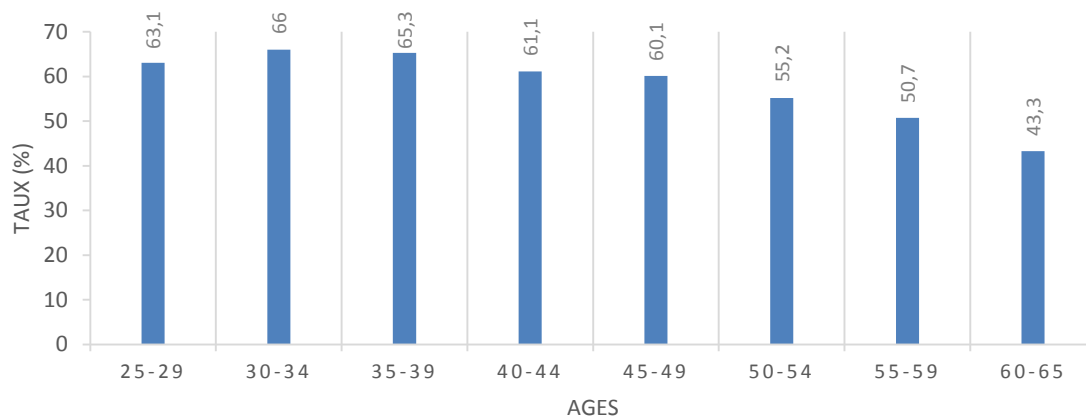
L'examen cytologique doit donner lieu à un compte-rendu écrit, envoyé au médecin ou à la sage-femme, et à la patiente, quel que soit le résultat. Ce compte-rendu doit comprendre une première partie évaluant la qualité du prélèvement, une seconde partie descriptive selon la

classification de Bethesda, et une dernière partie comprenant des conclusions et recommandations.

Tout frottis de qualité jugée insuffisante par l'anatomopathologiste doit être refait dans les 3 mois.

Tout frottis anormal doit donner lieu à une nouvelle consultation et une prise en charge spécialisée si besoin.

## Annexe 8. Taux de couverture par frottis cervico-utérin de dépistage (opportuniste ou après incitation) par classes d'âge et standardisés, période 2010-2012 à La Réunion



## Annexe 9. Etude anthropologique de 2002

A l'issue de la campagne de 2000, l'ORS a publié une étude anthropologique afin d'établir les représentations du dépistage et de la maladie, ainsi que les freins propres aux femmes réunionnaises vis-à-vis du FCU (39).

20 femmes, âgées de 32 à 69 ans, avaient répondu à des entretiens semi-dirigés au sujet de plusieurs déterminants de la pratique du FCU.

Les femmes interrogées avaient une relation de confiance envers leur médecin traitant, qui pratiquait plus souvent le FCU qu'en métropole compte tenu de la plus faible densité de spécialistes.

La notion même de dépistage était complexe, car pour la plupart des patientes une maladie existait à partir du moment où l'on en percevait les symptômes.

Parmi les différents témoignages, on pouvait relever :

- La pudeur, voire le sentiment de honte pour dix d'entre elles. La morale religieuse prenant le dessus lorsqu'elles évoquaient « les problèmes d'en bas ». Elles préféraient donc dans ce cas être examinées par un médecin femme, même si la pratique de cet examen par un médecin homme ne semblait pas être un obstacle selon 2/3 des femmes.

- La peur du résultat. Pour la moitié des patientes, l'attente était très angoissante ; pour l'une d'entre elles cela l'empêchait même de le faire : « j'ai peur, je préfère ne pas savoir ».

- La peur du geste. Il existait une forte appréhension à réaliser un frottis qu'elles considéraient finalement comme injustifiée lorsqu'elles en avaient fait l'expérience : « c'est dans la tête que ça va faire mal, du moment que l'on touche les parties très intimes, on a l'impression que ça va faire mal ».

- Le sentiment de ne pas être concernée par le frottis. Soit par déni : « tant qu'on ne sent rien, tout va bien », de fausses croyances : « je n'ai connu qu'un homme donc je ne suis pas concernée », « le cancer y survient à cause des mauvaises fréquentations », « quand y'a plus de règles, c'est fini, plus de problème », ou bien « je suis seule et je ne l'ai pas fait depuis longtemps, alors... ».

- La négligence, souvent associée à la fatalité. La moitié des patientes évoquait l'origine divine des cancers, voire pour certaines, une punition. En effet, le cancer reste un sujet tabou et caché. Certaines femmes les plus réticentes pensaient que d'en parler faisait courir le risque de l'attirer sur soi. Il était considéré comme une maladie contagieuse, que l'on évitait d'évoquer, et que l'on ne pouvait pas soigner, au contraire les traitements semblaient avoir un effet délétère sur la maladie. De même, les femmes les plus réticentes pensaient ne pas avoir de contrôle sur leur santé, que les maladies étaient envoyées par la malchance ou Dieu, quoi qu'elles fassent.

- Le rôle du conjoint. Dans quelques cas il pouvait être un frein au dépistage.

L'effet positif des campagnes de dépistage était déjà évoqué, souvent spontanément, par les patientes, et motivait leur adhésion au dépistage. En revanche, elles surestimaient la fréquence de la réalisation de l'examen.

## Annexe 10. Questionnaire du groupe « CMP »

<b>Données du psychiatre référent</b>	
Diagnostic de la maladie mentale par code de la CIM 10	Schizophrénies : F20 <input type="checkbox"/>
	Trouble affectif bipolaire : F31 <input type="checkbox"/>
Traitement en cours	
Traitement compatible avec la grossesse selon le CRAT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>	
Quel âge avez-vous ?	
Situation sociale : vivez-vous	Seule <input type="checkbox"/>
	Seule avec enfants <input type="checkbox"/>
	En concubinage/ avec mari +/- enfants <input type="checkbox"/>
	En famille d'accueil ou biologique <input type="checkbox"/>
Quelle est votre situation professionnelle ?	Travaille <input type="checkbox"/>
	Sans activité <input type="checkbox"/>
	En formation <input type="checkbox"/>
Quelles sont vos sources de revenus ?	AAH (Allocation Adulte Handicapé) <input type="checkbox"/>
	Pension d'invalidité <input type="checkbox"/>
	Allocations familiales <input type="checkbox"/>
	Salaire <input type="checkbox"/>
	Retraite <input type="checkbox"/>
	RSA <input type="checkbox"/>
	ARE (Aide au Retour à l'Emploi = « ASSEDIC »), ASS (Allocation de Solidarité Spécifique) <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/>	

Quelle est/était votre activité professionnelle ?	Agriculteurs exploitants	<input type="checkbox"/>
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	<input type="checkbox"/>
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	<input type="checkbox"/>
	Professions intermédiaires	<input type="checkbox"/>
	Employés	<input type="checkbox"/>
	Ouvriers	<input type="checkbox"/>
	Retraités	<input type="checkbox"/>
	Autres personnes sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/>
Depuis quelle année êtes-vous suivie en psychiatrie ?		
Avez-vous une mesure de protection, c'est-à-dire :	Tutelle	<input type="checkbox"/>
	Curatelle ou curatelle renforcée	<input type="checkbox"/>
	Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
<b>Suivi médical</b>		
Avez-vous un médecin traitant ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, dans quel milieu exerce-t-il ?	Rural	<input type="checkbox"/>
	Semi-rural	<input type="checkbox"/>
	Urbain	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle fréquence le consultez-vous ?	Plusieurs fois par an	<input type="checkbox"/>
	Une fois par an	<input type="checkbox"/>
	Moins d'une fois par an	<input type="checkbox"/>
Pour les problèmes de santé physiques, à quel professionnel en parlez-vous en premier ?	Médecin traitant	<input type="checkbox"/>
	Psychiatre	<input type="checkbox"/>
	Infirmier	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>
A quelle fréquence avez-vous une consultation de gynécologie (pour un examen physique ou pour en parler) ?	Une fois par an au moins	<input type="checkbox"/>
	Tous les 2 à 3 ans	<input type="checkbox"/>
	En cas de grossesse	<input type="checkbox"/>
	En cas de problème	<input type="checkbox"/>
	Jamais/ rarement	<input type="checkbox"/>
Avec quel professionnel ?	Médecin traitant	<input type="checkbox"/>
	Gynécologue	<input type="checkbox"/>
	Sage-femme ou médecin de planning familial/ PMI	<input type="checkbox"/>

<b>Antécédents personnels, facteurs de risque cardiovasculaire</b>		
Avez-vous des problèmes de :	Diabète	<input type="checkbox"/>
	Migraines	<input type="checkbox"/>
	Cholestérol	<input type="checkbox"/>
	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>
	Obésité	<input type="checkbox"/>
	Phlébite	<input type="checkbox"/>
	Crise cardiaque, Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un cancer ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel ?	Col de l'utérus (FCU anormal compris)	<input type="checkbox"/>
	Sein	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour ?	Moins de 15	<input type="checkbox"/>
	15 ou plus	<input type="checkbox"/>
<b>Antécédents obstétricaux</b>		
Combien avez-vous d'enfants ?		
A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ?		
Avez-vous déjà fait une fausse-couche ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien ?		
Avez-vous déjà fait une interruption volontaire ou médicale de grossesse ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien ?		
Patiente enceinte actuellement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Patiente ménopausée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

<b>Contraception</b>	
A quel âge avez-vous eu votre première contraception ?	
Utilisez-vous actuellement une contraception ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ?	Implant progestatif <input type="checkbox"/>
	DIU <input type="checkbox"/>
	Injection de progestatif <input type="checkbox"/>
	Pilule oestroprogestative <input type="checkbox"/>
	Pilule microprogestative <input type="checkbox"/>
	Patch combiné <input type="checkbox"/>
	Anneau vaginal <input type="checkbox"/>
	Ligature des trompes <input type="checkbox"/>
	Préservatif <input type="checkbox"/>
	Méthodes barrières autres (cape, spermicide) <input type="checkbox"/>
	Méthodes naturelles/ retrait <input type="checkbox"/>
Qui vous a prescrit la dernière ?	Médecin traitant <input type="checkbox"/>
	Gynécologue <input type="checkbox"/>
	Psychiatre <input type="checkbox"/>
	Autre (planning familial, sage-femme) <input type="checkbox"/>
S'il s'agit de la pilule, avez-vous des oublis ?	Jamais <input type="checkbox"/>
	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>
	Plus d'une fois par mois <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà utilisé la pilule du lendemain après un rapport sexuel à risque de grossesse ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Désirez-vous tomber enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, est-ce en ce moment ou plus tard ?	En ce moment <input type="checkbox"/>
	Plus tard <input type="checkbox"/>
Si oui, en avez-vous parlé à un professionnel, et lequel ?	Psychiatre <input type="checkbox"/>
	Médecin traitant <input type="checkbox"/>
	Gynécologue <input type="checkbox"/>
	Sage-femme <input type="checkbox"/>
	Aucun <input type="checkbox"/>



<b>PREVENTION, DEPISTAGE</b>	
<b>Cancers gynécologiques</b>	
<b>Age 25 à 68 ans inclus</b>	
Avez-vous déjà eu un frottis ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, est-ce que le dernier remonte à moins de 3 ans ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, qui a réalisé le dernier ?	Médecin traitant <input type="checkbox"/>
	Gynécologue <input type="checkbox"/>
	Sage-femme <input type="checkbox"/>
	Personnel de laboratoire <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi n'a-t-il pas été réalisé ?	Manque d'information <input type="checkbox"/>
	N'a pas eu le temps <input type="checkbox"/>
	Appréhende l'examen <input type="checkbox"/>
	Pense que c'est inutile <input type="checkbox"/>
<b>Age 50 à 68 ans inclus</b>	
Avez-vous déjà eu une mammographie de dépistage ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, la dernière remonte-t-elle à moins de 2 ans ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi n'a-t-elle pas été réalisée?	Manque d'information <input type="checkbox"/>
	N'a pas eu le temps <input type="checkbox"/>
	Appréhende l'examen <input type="checkbox"/>
	Pense que c'est inutile <input type="checkbox"/>
<b>Age moins de 28 ans inclus</b>	
Etes-vous vaccinée contre le Papillomavirus ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ?	Manque d'information <input type="checkbox"/>
	N'a pas eu le temps <input type="checkbox"/>
	Appréhende le geste <input type="checkbox"/>
	Pense que c'est inutile <input type="checkbox"/>

<b>Sexualité, Infections sexuellement transmissibles (IST)</b>	
A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?	N'en a jamais eu <input type="checkbox"/>
Avez-vous des rapports sexuels réguliers (1/semaine environ) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu plus de 2 partenaires depuis 1 an ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lorsque vous avez un nouveau partenaire sexuel, utilisez-vous le préservatif ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, l'utilisez-vous	A chaque rapport <input type="checkbox"/>
	Parfois <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait un dépistage d'infection sexuellement transmissible (IST) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle/ lesquelles (plusieurs réponses possibles) ?	Chlamydia <input type="checkbox"/>
	Gonocoque <input type="checkbox"/>
	Syphilis <input type="checkbox"/>
	Herpes <input type="checkbox"/>
	Hépatite B <input type="checkbox"/>
	VIH <input type="checkbox"/>
	Condylomes <input type="checkbox"/>
	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Aviez-vous entendu parler des IST avant ce questionnaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle occasion ?	En enseignement secondaire <input type="checkbox"/>
	En formation professionnelle <input type="checkbox"/>
	Par un professionnel de santé en consultation <input type="checkbox"/>
	Via les campagnes de prévention dans les médias <input type="checkbox"/>
	Via les proches <input type="checkbox"/>

## Annexe 11. Lettre d'information apposée en salle d'attente du CMP

### Lettre d'information destinée aux patientes pour la participation à une étude observationnelle dans le cadre d'un travail de thèse

Madame,

Nous vous proposons de participer à une recherche clinique.

Cette lettre consiste à comprendre le but de cette étude. Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations, et de réfléchir à votre participation.

#### **But de l'étude :**

Connaître la santé gynécologique des femmes suivies au CMP pour certaines maladies.

Toutes les femmes ne sont pas concernées par cette étude, votre psychiatre vous proposera éventuellement d'y participer si vous correspondez au profil.

#### **Bénéfices attendus :**

En fonction des résultats, déterminer si des efforts doivent être faits dans ce domaine, et si besoin mettre en place des consultations spécifiques.

#### **Déroulement de l'étude :**

Il s'agit de questions que Mme KERBRAT, médecin généraliste, propose de vous poser après votre consultation prévue au CMP.

Cet entretien dure **environ 10 à 15 minutes**.

#### **Confidentialité :**

Les entretiens sont **totale**ment anonymes. Mme KERBRAT ne vous demandera pas vos coordonnées (adresse, numéro de téléphone). Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, Mme KERBRAT.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

## Annexe 12. Formulaire de consentement

Je, soussignée ....., déclare accepter ma participation à l'étude intitulée « LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS DES PATIENTES SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE ET DE TROUBLES BIPOLAIRES A LA REUNION », organisée par Mme KERBRAT Brigitte.

Je déclare avoir compris le but de l'étude à laquelle je participe, et accepter de répondre aux questions posées.

J'ai compris que les questions pouvaient être personnelles et intimes mais que mon anonymat serait garanti.

Je déclare avoir compris que mes informations seront traitées de façon anonyme, et que, conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent. Si je souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations me concernant, je peux m'adresser à Mme KERBRAT, par l'intermédiaire du secrétariat du cabinet.

Fait à

Signature

Le

## Annexe 13. Avis du CPP

### COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE MER III

---

Président : Docteur Driss BERDAÏ

Docteur Brigitte KERBRAT

Bordeaux, le 29 juillet 2016.

Réf. CPP : DC 2016/121

Vos réf. : demande d'avis cadre réglementaire.

En date du 27 JUILLET 2016, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, le CPP Sud-Ouest et Outre-Mer III a examiné la demande de cadre réglementaire d'un projet de recherche intitulé :

"LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN CHEZ LES PATIENTES SOUFFRANT DE  
SCHIZOPHRENIE ET DE TROUBLES BIPOLAIRES A LA REUNION. "

Le projet est une étude de type épidémiologique cas/témoin, sans interférence sur la prise en charge habituelle.

Ce projet est hors du champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants.

Pour le Comité et le Président  
Le Secrétaire général



Dr Roland-Igor GALPERINE

---

Service de Pharmacologie clinique — Groupe Hospitalier Pellegrin — Bât. IA  
Place Amélie Raba Léon 33076 BORDEAUX CEDEX

TÉL/FAX : 33-(0)5.57.81.76.07 –E-mail : [cpp.soom3@u-bordeaux2.fr](mailto:cpp.soom3@u-bordeaux2.fr)

## Annexe 14. Comparaison des patientes du groupe « CMP » à la population cible

Les caractéristiques de la population cible ont été fournies par l'ARS de la Réunion, basée sur les déclarations d'ALD des patientes affiliées au régime général au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**Tableau 10. Comparaison des patientes du groupe « CMP » à la population cible**

Variables	CMP (N = 43)		Population cible (N = 1261)		p*
	n	(%)	n	(%)	
<b>Age</b>					<b>0.01</b>
• < 30 ans	2	(4.7)	64	(5.1)	
• 30 à 39 ans	6	(14)	188	(14.9)	
• 40 à 49 ans	23	(53.4)	355	(28.1)	
• 50 à 59 ans	8	(18.6)	397	(31.5)	
• 60 à 68 ans	4	(9.3)	257	(20.4)	
<b>Nombre d'années depuis le diagnostic psychiatrique</b>					0.7
• 5 ou moins	15	(34,9)	353	(28)	
• 6 à 10	7	(16,3)	198	(15,7)	
• 11 à 15	5	(11,6)	197	(15,7)	
• 16 et plus	16	(37,2)	512	(40,6)	
p* : valeur pour le test du $\chi^2$					

## Annexe 15. Autres données recueillies

### Remarques spontanées des patientes

- En CMP :

Certaines patientes ont demandé la fréquence de réalisation des FCU, d'autres attendaient leur convocation pour faire faire réaliser cet examen. De nombreuses patientes faisaient réaliser leur FCU tous les ans ou tous les 2 ans

Une patiente a posé des questions sur des symptômes gynécologiques personnels.

Des patientes ne faisaient pas le rapprochement entre le cycle menstruel et la fertilité, d'autres ont fait part d'aménorrhées secondaires sous neuroleptique

Une patiente s'était fait retirer son Implant contraceptif car elle considérait qu'on le lui avait imposé

3 patientes ont fait part de violences et abus sexuels dans l'enfance

- En cabinet de médecine générale :

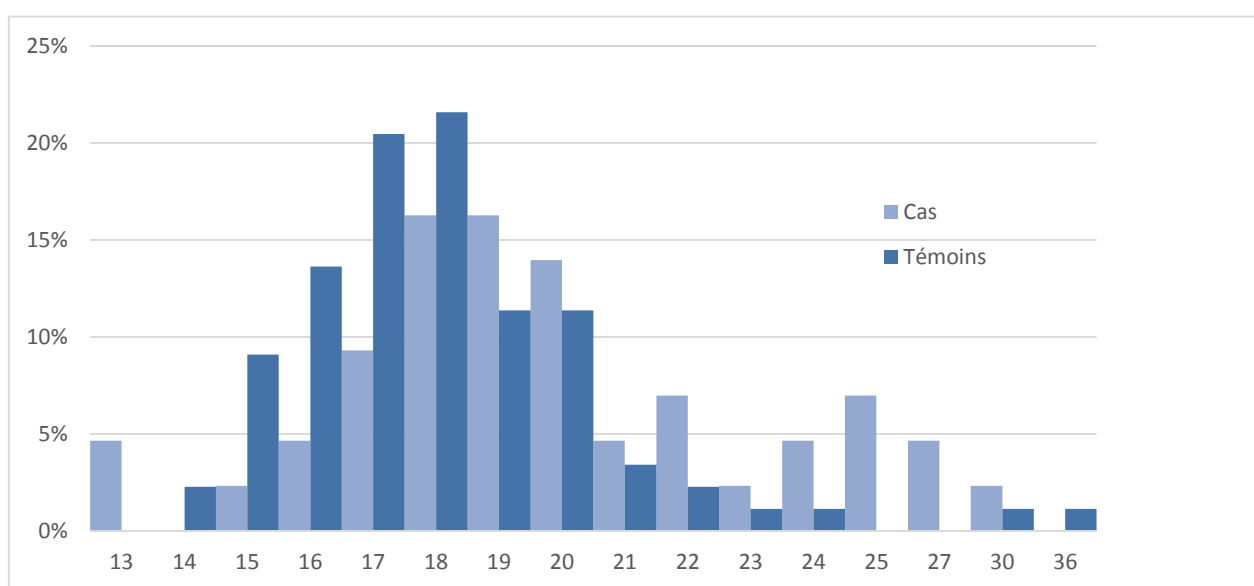
Certaines patientes ont estimé que la prévention du risque sexuel n'était pas assez connue parmi les adolescents.

Environ la moitié des patientes faisaient pratiquer leur FCU tous les ans.

<b>Tableau 11. Autres comorbidités</b>				
	CMP (N = 43)		Témoins (N= 88)	
	n	(%)	n	(%)
<b>HTA</b>	3	(7)	12	(13.6)
<b>Dyslipidémie</b>	5	(11.6)	3	(3.4)
<b>Autre pathologie chronique*</b>	11	(25.6)	20	(22.7)

\* asthme, dysthyroïdie, bronchopneumopathie chronique obstructive, cancer, thrombose veineuse profonde

**Figure 8. Age du premier rapport sexuel selon le groupe**







## Annexe 16. Indice de Pearl : taux de grossesses non désirées la première année pour 100 femmes (chiffres OMS, 2011)

Méthode de planification familiale	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant	0.05	0.05
DIU au levonorgestrel	0.2	0.2
Stérilisation féminine	0.5	0.5
DIU au cuivre	0.6	0.8
Injectables progestatifs	0.3	3
Contraceptifs oraux combinés	0.3	8
Pilules progestatives	0.3	8
Patch contraceptif	0.3	8
Anneau vaginal	0.3	8
Préservatifs masculins	2	15
Diaphragmes avec spermicides	6	16
Préservatifs féminins	5	21
Méthodes de connaissance de la fécondité	3.5	25
Retrait	4	27
Spermicides	18	29
Capes cervicales	26 <sup>1</sup> ou 9 <sup>2</sup>	32 <sup>1</sup> ou 16 <sup>2</sup>
Pas de méthode	85	85

**1 : Taux pour les femmes ayant déjà accouché par voie basse**

**2 : Taux pour les femmes n'ayant jamais accouché par voie basse**

	Méthode très efficace (0 à 0.9 %)
	Méthode efficace (1 à 9 %)
	Méthode modérément efficace (10 à 25 %)
	Méthode moins efficace (26 à 32 %)



# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

# ABSTRACT

---

**INTRODUCTION:** Patients suffering schizophrenia and bipolar disorder should access the same quality of screening as general population. Women of this population represent a vulnerable group regarding gynecological and obstetrical fields, since they sum up risk factors for cervical and breast cancers. Our objectives were to evaluate cervical cancer screening dispensed to these women, on the criterion of Pap test, to search some potential barriers to non-adherence to this screening, and to identify health characteristics of this group.

**METHODS:** Retrospective comparative study using face to face questionnaires in 2 medico-psychological centers (MPC group) and 4 general practitioner offices (control group) in southwestern Reunion island. Calculation of the odds ratio with a 95 % confidence interval (CI) to compare the Pap test coverage rate in the 2 groups.

**RESULTS:** 43 patients in the "MPC" group and 88 patients in the "control" group were included. Strong and statistically significant association was found between the not-up-to-date Pap test criterion and the "MPC" group: OR 6.3 (IC 1.9, 24.8). Main obstacles to screening were lack of information on this review. Comparisons of rates also suggest lower level of adherence to breast cancer screening, an under-diagnosis of type 2 diabetes and sexually transmitted disease (STD) in the "MPC" group. Descriptive analysis of the "MPC" group demonstrates inadequate behavior with regard to sexual risk (STDs and unwanted pregnancies).

**DISCUSSION:** Patients with schizophrenia and bipolar disorder do not benefit from Pap Test as often as women not suffering from these diseases in Reunion Island. Improvement of this situation could begin with a qualitative survey of specific barriers to screening in this population, and their wishes for optimizing screening (about physician, and places of realization). Directly reporting these results to primary care providers, in particular general practitioners, would also be to consider.

---

**SPECIALTY:**

GENERAL PRACTICE

---

**KEYWORDS:** PAP SMEAR, SCHIZOPHRENIA, BIPOLAR DISORDER, SCREENING, PRIMARY CARE

---

# RESUME

---

**INTRODUCTION :** Les patients souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires doivent pouvoir bénéficier de la même qualité de dépistage que la population générale. Dans cette population, les femmes représentent un groupe vulnérable puisqu'elles additionnent les facteurs de risque de cancer du col utérin et de cancer du sein. Nos objectifs étaient d'évaluer le dépistage du cancer du col utérin dispensé auprès de ces femmes, sur le critère de la réalisation déclarée du frottis cervico-utérin (FCU), de quantifier quelques obstacles potentiels à la non adhésion au FCU, et de dégager des caractéristiques de santé propres à ce groupe.

**MATERIEL ET METHODES :** Etude comparative sans appariement, à partir d'hétéro-questionnaires, dans 2 CMP (groupe CMP) et 4 cabinets de médecine générale (groupe témoin) du sud-ouest de La Réunion. Calcul de l'odds ratio (un intervalle de confiance (IC) à 95 %) comparant le taux de couverture du FCU.

**RESULTATS :** 43 patientes du groupe « CMP » et 88 patientes du groupe « témoins » incluses. Association statistiquement significative entre le critère du FCU non à jour et le groupe « CMP » : OR 6.3 (IC 1.9 ; 24.8). Obstacles au dépistage surtout liés au manque d'information sur cet examen. Comparaisons des taux bruts évoquant une moins bonne adhésion au dépistage du cancer du sein et un sous-diagnostic d'infections sexuellement transmissibles dans le groupe « CMP ». Analyse descriptive du groupe « CMP » démontrant un comportement inadapté vis-à-vis du risque sexuel (IST et grossesses non désirées).

**CONCLUSION :** Les patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire bénéficient moins du FCU que les patientes indemnes à La Réunion. Une amélioration de la situation passerait par une enquête qualitative sur les freins spécifiques au FCU et sur leurs souhaits pour optimiser le dépistage (intervenants, lieux de réalisation). La sensibilisation des acteurs du soin primaire, en particulier les médecins généralistes, est aussi à envisager.

---

**DISCIPLINE :** MEDECINE GENERALE

---

**MOTS CLES :** FROTTIS CERVICO-UTERIN, PSYCHIATRIE, SCHIZOPHRENIE, TROUBLE BIPOLAIRE, DEPISTAGE, SOIN PRIMAIRE

---