

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

N° 2016-148

**EVALUATION DE L'IMPACT SUR LES PATIENTS D'UNE AFFICHE
DE PREVENTION POUR LE VACCIN CONTRE LE
PAPILLOMAVIRUS (VACCIN ANTI-HPV)**

**Etude quantitative réalisée auprès des patients dans la salle d'attente des
médecins généralistes de Picardie, par un auto-questionnaire.**

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE (DIPLOME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 11 OCTOBRE 2016

PAR

Sivalogini SIVASOORIYALINGAM

PRESIDENT DU JURY: Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

JUGES: Monsieur le Professeur Christian MILLE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Madame Catherine FRANCOIS

DIRECTEUR DE THESE: Monsieur le Docteur Marc LOBIN

REMERCIEMENTS

A mon Président de Thèse.

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Professeur des Universités-Praticiens Hospitalier consultant
(Pharmacologie Fondamentale clinique)
Ancien Responsable du service de pharmacovigilance d'AMIENS
Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Veuillez accepter Monsieur, toute ma gratitude.

A mon jury de Thèse

Monsieur le Professeur Christian MILLE (invité)
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatre)

Vous avez accepté volontiers de participer à mon jury de Thèse
Soyez remercié pour l'intérêt que vous portez à mon travail, et pour votre disponibilité
Veuillez accepter Monsieur l'expression de mon profond respect.

A mon jury de Thèse

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatre)
Pôle «Femme-Couple-Enfant»
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse.
Veuillez accepter Monsieur, tous mes sincères remerciements.

A mon jury de Thèse

Monsieur le professeur Bruno CHAUFFERT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Chef de service d'Oncologie Médicale
CHU d'AMIENS

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse.
Veuillez accepter Monsieur, tous mes sincères remerciements.

A mon jury de Thèse

Madame Catherine FRANCOIS
Maître de Conférences des Universités-Praticiens Hospitalier
(Virologue)

Vous avez accepté sans hésiter de juger mon travail
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Marc LOBIN
Médecin Généraliste
Médecin du sport
Médecin Légiste
Expert Judiciaire près de la cours d'appel d'Amiens
DU Réparation Juridique du Dommage Corporel Paris V

Point de repère de mon internat de médecin générale, vous m'avez ouvert les portes de votre cabinet et celle de la médecine de famille.

Apprendre à vos côtés la richesse de ce métier est une chance et un honneur

Vous avez accepté de diriger ce travail.

Je vous remercie pour les temps consacrés à sa relecture et vos conseils précieux.

Recevez le témoignage de ma reconnaissance et mon profond respect.

:

Je dédie cette thèse à:

-mon père: Merci pour votre amour inestimable, votre soutien, vos sacrifices et toutes les valeurs que vous avez su m'inculquer.

Il n'y avait que vous pour m'apprendre que le début d'une belle réussite et un échec.

Grâce à vous, je suis ce que je suis aujourd'hui et j'espère que vous en êtes fiers.

Sachez que rien ne saura combler votre absence et que je vous aime.

Que Dieu vous garde!

-ma mère: Ce travail est le fruit de votre amour, de vos encouragements et de vos sacrifices. Merci d'être là dans les moments les plus difficiles. Vous êtes une maman extraordinaire et unique! Sachez que je serai toujours là pour vous. Je vous aime énormément!

-mon mari: Je ne te remercierai jamais pour assez de ton amour, de ta patience, et de ton soutien.

Vivre à tes côtés est le plus beau de mes projets.

Je t'aime!

- mes 2 amours, Kilian et Hansika

: votre tendresse, vos sourires, vos câlins font de moi une maman comblée. Vous êtes les 2 plus beaux trésors de ma vie. Je vous aime très, très fort!

- mon frère qui m'a toujours soutenu, encouragé et aidé tout au long de mon cursus. Il a su me donner toutes les chances pour réussir.

Merci infiniment!

Une pensée pour ma nièce **Médha**.

-Bala: (avec un «L»): Je suis fière d'avoir un beau-frère comme toi. Ta sincérité, ton humour et ta disponibilité font de toi quelqu'un d'exceptionnel. Surtout restes comme tu es.

- **ma soeur Jeeva:** Quelle joie de grandir avec toi! Nous avons partager tant de moments inoubliables, ensemble! Tu m'as encouragé dans la réalisation de cette thèse.

Merci pour ton soutien sans faille.

Merci d'être là, toujours partante, toujours présente tout au long de ma vie professionnelle et personnelle.

Je t'aime!

-**ma soeur Hindou:** «notre kada kutty». Merci d'avoir été là dans les moments les plus difficiles. Tu as toujours cru en moi et n'a jamais cessé de m'encourager.

Merci pour ton soutien si précieux.

Merci pour l'amour que tu portes à mes enfants.

Je te souhaite beaucoup de réussite ton ta vie professionnelle et personnelle.

Je t'aime!

-**mon oncle Inthira, ma tante Nirmala et à ma cousine Luxly:** Je vous remercie pour votre soutien au quotidien.

-**ma belle famille:** mes beaux parents, mes belles soeurs(Lourdin et Tharone), en particulier Collins attane et Jenita acca. Merci pour «l'angalis» et vos encouragements!

Petite pensée pour Jaylan, Jayce et Théoden.

-Une petite pensée à **Yanickson** qui nous a quitté beaucoup trop tôt. Saches que ton «lyons mama» aura toujours une petite pensée pour toi!

-**aux autres médecins** qui m'ont suivi au cours de ma formation d'externe et d'interne.

Merci pour vos soutiens respectifs.

ABREVIATIONS

HPV: Papillomavirus Humain

CCU: Cancer du col de l'utérus

HPV-BR: Papillomavirus à bas risque oncogène

HPV-HR: Papillomavirus à haut risque oncogène

ADN: Acide désoxyribonucléique

IST: Infection sexuellement transmissible

FCU: Frottis cervico-utérin

HAS: Haute autorité de santé

ASC-US: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

CIN: Cervical Intra epithelial Neoplasia

PCR: Polymerase chain reaction

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

InVS: Institut national de Veille Sanitaire

BCG: Bacille de Calmette et Guérin

CSP: Catégorie socio-professionnelle

SEP: Sclérose en plaque

ANSM : Agence Nationale de Sécurité de Médicaments (anciennement appelé Agence Française de Sécurité des Produits Sanitaires et des Produits de santé : AFSSAPS)

INSEE: Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques

SOMMAIRE

PARTIE 1: CONTEXTE

1 Introduction

- 1.1 Ma question de recherche
- 1.2 Objectif principal

2 Le papillomavirus (virus HPV) et le cancer du col de l'utérus (CCU)

- 2.1 Le HPV
 - 2.1.1 Définition
 - 2.1.2 Rappel sur les données épidémiologiques
 - 2.1.3 Facteurs favorisant l'infection à l'HPV
 - 2.1.4 Mode de transmission de l'HPV
 - 2.1.5 Méthodes de détection de l'HPV
 - 2.1.6 Moyens de prévention
 - 2.1.7 Le traitement des lésions dues à l'HPV

3. Cancer du col de l'utérus

- 3.1 Epidémiologie des cancers du col HPV-induits
- 3.2 Description anatomique et histologique du col utérin
- 3.3 Etiologie et Facteurs de risque
- 3.4 Cancers HPV-induits du col de l'utérus

4. Affichage dans la salle d'attente :aspect légal

5. Vaccination

- 5.1 Quatre familles de vaccin
- 5.2 Vaccin anti-HPV
- 5.3 Vaccin anti-HPV:2 vaccins sont disponibles en France

5.4 Vaccin anti-HPV: les recommandations vaccinales et schéma vaccinal

PARTIE 2: ENQUETE

1. Matériels et méthodes

- 1.1. Choix de la méthodologie
- 1.2. Choix de la population
- 1.3. Recueil des données
- 1.4. Affiche de prévention pour le vaccin anti-HPV
- 1.5. Déroulement de l'enquête
- 1.6. Analyse des données

2. Résultats

- 2.1 Taux de participation
- 2.2 Caractéristiques de la population
 - 2.2.1 Age
 - 2.2.2 Sexe
 - 2.2.3 Catégorie socio-professionnelle(CSP)
 - 2.2.4 Nombre d'enfants dans la famille et nombre d'enfants de sexe féminin
 - 2.2.5 Répartition géographique de l'échantillon
- 2.3 Rythme de consultation chez le médecin généraliste
- 2.4 Temps passé dans la salle d'attente
- 2.5 Caractéristique de la salle d'attente
 - 2.5.1 Taille
 - 2.5.2 Luminosité
 - 2.5.3 Eléments mises à la disposition des patients dans la salle d'attente
- 2.6 L'affiche pour le vaccin anti-HPV
 - 2.6.1 L'affiche peu visible
 - 2.6.2 Attitude des patients à la lecture de l'affiche

- 2.6.2.1 vis à vis du vaccin
- 2.6.2.2 vis à vis de l'HPV et du CCU
- 2.7 Recherche de corrélation
 - 2.7.1 Corrélation entre attitude des parents à la lecture de l'affiche
 - 2.7.1.1 vis à vis vaccin
 - 2.7.1.2 vis à vis de l'HPV et du CCU.
 - 2.7.2 Corrélation entre attitude des patients à la lecture de l'affiche et le sexe
 - 2.7.2.1 vis-à-vis du vaccin
 - 2.7.2.2 vis-à-vis de l'HPV et du CCU
 - 2.7.3 Corrélation entre attitude des patients à la lecture de l'affiche et avoir un enfant de sexe féminin
 - 2.7.3.1 vis-à-vis du vaccin
 - 2.7.3.2 vis à vis de l'HPV et du CCU
 - 2.7.4 Corrélation entre attitude des patients à la lecture de l'affiche et la CSP
 - 2.7.4.1 vis-à-vis du vaccin
 - 2.7.4.2 vis-à-vis de l'HPV et du CCU
 - 2.7.5 Corrélation entre la poursuite de l'affichage et l'âge
 - 2.7-6 Corrélation entre la poursuite de l'affichage et le sexe
 - 2.7.7 Corrélation entre la poursuite de l'affichage et la CSP
 - 2.7.8 Corrélation entre avoir une fille et la poursuite de l'affichage
 - 2.7.9 Corrélation entre le lieu de résidence et l'intérêt pour le vaccin
 - 2. 7.10 Corrélation entre lieu de résidence des patients et intérêt pour l'HPV et le CCU
 - 2.7.11 Corrélation entre le rythme de consultation et la visibilité de l'affiche
 - 2.7-12 Corrélation entre le temps d'attente dans la salle d'attente du médecin généraliste et la visibilité de l'affiche
- 2.8-Concernant la partie commentaire

PARTIE 3: DISCUSSION

1 Méthodologie

- 1.1 Limite de l'étude
 - 1.1.1. Biais de sélection
 - 1.1.2 Biais lié au mode de recueil des données
 - 1.1.3. Biais liés au type de question
- 1.2. Les points positifs de cette enquête
 - 1.2.1. Le thème de l'étude
 - 1.2.2. Un taux de participation relativement élevé

2. Analyse des réponses

- 2.1. L'impact de l'affiche
 - 2.1.1. Les femmes plus dans l'attente de nouvelle connaissance.
 - 2.1.2. Sensibilisation des hommes est nécessaire.
 - 2.1.3. Les parents « non demandeurs » d'informations médicales
- 2.2. Les jeunes se préoccupent de leur santé.
- 2.3. Le temps passé dans la salle d'attente
- 2.4. Visibilité de l'affiche

3. Freins à la vaccination contre le HPV

PARTIE 4: CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. HPV A BAS RISQUE ET A HAUT RISQUE
- 2 .SYSTEME DE BETHESTA (RESUME)
3. QUESTIONNAIRE
- 4.AFFICHE

RESUME

PARTIE 1: CONTEXTE

1. Introduction

Les Papillomavirus (HPV) peuvent être à l'origine de lésions précancéreuses de l'appareil génital féminin (col de l'utérus, vulve et vagin), de lésions précancéreuses de l'anus, de verrues génitales, de cancers du col de l'utérus(CCU), de cancer de l'anus et de l'oropharynx.

Les HPV 16 ET 18 sont en cause dans 70% des CCU. Chaque année en France, près de 3000 nouveaux cas sont diagnostiqués. Le nombre de décès est d'environ 1000 par an. (1)

Outre les frottis cervico-vaginaux, les vaccins anti-HPV sont un point clé dans la prévention du CCU.

Il existe différentes méthodes de diffusion de ces moyens de préventions: télévision, via les professionnels de santé, internet, les affiches dans les salles d'attente.

Or, ces affiches pour le vaccin anti-HPV sont notamment présentes dans certaines salles d'attente des médecins généralistes.

Mais ces affiches ont-elles un réel impact sur les patients?

Faut-il poursuivre l'affichage pour le vaccin contre le papillomavirus?

1-1 Ma question de recherche?

Existe-t-il un intérêt à mettre une affiche pour le vaccin anti-HPV dans la salle d'attente des médecins généralistes?

2 Le virus HPV et le cancer du col de l'utérus(CCU)

2.1 Le virus HPV

2.1.1 Définition

Le terme de papillomavirus est formé du mot latin «papilla» signifiant bouton et du suffixe «oma» désignant un caractère tumoral.

Les papillomavirus sont des virus très fréquents. Ils sont ubiquitaires. A ce jour, on dénombre plus de 200 génotypes différents.

Les papillomavirus n'ont pas tous le même pouvoir cancérigène. Le plus nocif est celui de type 16 (HPV-16), impliqué dans 50 à 60% des cancers du col. Ensuite, le HPV-18 qui serait responsable de 10% des cancers du col. D'autres types de HPV présentent un pouvoir carcinogène modéré à fort (31, 33, 35, 45, 51, 56) et peuvent provoquer des lésions précancéreuses graves ou des cancers. Les HPV 6, 11, 42, 43 et 44 sont à faible pouvoir carcinogène et peuvent être responsables de condylome. (2) Voir tableau 1

Les papillomavirus sont dits épithéliotropes car ils infectent les épithéliums cutanés et muqueux. (2) (tableau2)

Parmi les HPV cutanés les plus fréquents, les HPV 1, 2, 3, 4 ou 10 sont responsables des verrues plantaires et palmaires.

Parmi les HPV muqueux, on distingue les HPV dit à bas risque oncogène = HPV-BR (HPV 6, 11) qui sont responsables des lésions ano-génitales bénignes telles que les condylomes acuminés ou verrues génitales, et les HPV à haut risque oncogène = HPV-HR (HPV 16, 18) qui sont à l'origine des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Les HPV-HR sont retrouvés dans plus de 99% des cas de cancer invasif du col utérin, mais aussi dans un grand nombre de cas de cancer de l'anus, et de la vulve. (3) Voir annexe 1: Différences fondamentales épidémiologiques et cliniques entre l'infection à HPV à bas risque et à haut risque)(4)

On distingue 3 modes d'évolutions de l'infection à HPV:

- La clairance virale, qui aboutit à la guérison spontanée de l'infection. La clairance des HPV-BR est de l'ordre de 3 à 6 mois et celle des HPV-HR est de 12 à 16 mois.
- La latence: dans ce cas, soit l'ADN viral évolue vers une infection productive et évolutive lors d'une réactivation, soit persister sous forme intégrée au génome cellulaire et entraîner ensuite l'apparition de lésions précancéreuses ou cancéreuses
- L'évolution vers une lésion précancéreuse.

Tableau I – Classification des HPV (d'après de Villiers et al. [1]).				
Genre	Espèce	Type principal	Autre types	Commentaires
Alpha-papillomavirus	1	HPV 32	HPV 42	Bas risque, lésions orales ou génitales
	2	HPV 10	HPV 3, 28, 29, 78, 94	Bas risque, lésions cutanées, parfois muqueuses
	3	HPV 61	HPV 62, 72, 81, 83, 84, 86, 87, 89	Bas risque, lésions muqueuses
	4	HPV 2	HPV 27, 57	Verrues vulgaires
	5	HPV 26	HPV 51, 69, 82	Haut risque, lésions muqueuses
	6	HPV 53	HPV 30, 56, 66	Haut risque, lésions muqueuses
	7	HPV 18	HPV 39, 45, 59, 68, 70, 85	Haut risque, lésions muqueuses
	8	HPV 7	HPV 40, 43, 91	Bas risque lésions cutanées et muqueuses
	9	HPV 16	HPV 31, 33, 35, 52, 58, 67	Haut risque, lésions muqueuses
	10	HPV 6	HPV 11, 13, 44, 74	Bas risque, condylobes acuminés, papillomatose laryngée
	11	HPV 34	HPV 73	Haut risque, lésions muqueuses
	12	RhPV 1		Papillomavirus singe Rhésus
	13	HPV 54		Bas risque, lésions muqueuses
	14	HPV 90		Bas risque, lésions muqueuses
	15	HPV 71		Bas risque, lésions muqueuses
Beta-papillomavirus	1	HPV 5	HPV 8, 12, 14, 19, 20, 21, 25, 36, 47, 93	Lésions cutanées, généralement bénignes. Lésions parfois malignes: épidermodysplasie verruciforme, immunodéprimés
	2	HPV 9	HPV 15, 17, 22, 23, 37, 38, 80	Lésions cutanées, généralement bénignes. Lésions parfois malignes: épidermodysplasie verruciforme, immunodéprimés
	3	HPV 49	HPV 75, 76	Lésions cutanées bénignes
	4	HPV 92		Lésions cutanées pré-cancéreuses et cancéreuses
	5	HPV 96		Lésions cutanées pré-cancéreuses et cancéreuses
Gamma-papillomavirus	1	HPV 4	HPV 65, 95	Lésions cutanées
	2	HPV 48		Lésions cutanées
	3	HPV 50		Lésions cutanées
	4	HPV 60		Lésions cutanées
	5	HPV 68		Lésions cutanées
Mu-papillomavirus	1	HPV 1		Verrues vulgaires, plantaires
	2	HPV 63		Verrues vulgaires, plantaires
Nu-papillomavirus	1	HPV 41		Lésions cutanées, retrouvé dans carcinomes cutanés

Tableau 1 :classification des HPV (2)

Tableau II – Distribution des types d'HPV selon leur tropisme.	
Tropisme	Types
Cutané	1, 2, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 36, 37, 38, 41, 47, 48, 49, 50, 57, 60, 63, 65, 75, 76, 80, 88, 92, 93, 95, 96
Muqueux	6, 11, 13, 16, 18, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 42, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90
Mixte	3, 7, 10, 28, 29, 40, 43, 78, 91, 94
(d'après de Villiers et al. [1])	

Tableau 2: Distribution des types d'HPV selon leur tropisme. (2)

2.1.2 Rappel sur les données épidémiologiques.

L'infection à HPV correspond à l'infection sexuellement transmissible la plus répandue dans le monde.

Plus de la moitié des jeunes filles ont été au contact de l'HPV, 4 ans après le début des relations sexuelles. Elles touchent principalement les femmes jeunes entre 20 et 30 ans.

En France, 18% des jeunes filles de 15 ans déclarent avoir des relations sexuelles. L'âge moyen des premiers rapports sexuels en France se situerait à 17 ans. (5)

La prévalence de l'infection à HPV-HR oncogène est très dépendante de l'âge : Élevée avant 30 ans, elle diminue ensuite progressivement avec l'âge avec parfois un pic vers

45-49 ans. (6)

Aux Etats-Unis, les premiers rapports sexuels se situeraient avant l'âge de 15 ans dans 18,6% des cas. (7)

Actuellement, environ 25 à 30 millions de femmes seraient porteuses d'HPV génitaux en Europe.

En Angleterre et au Pays de Galles le pic d'incidence de la première poussée de condylomes génitaux chez les femmes se situe dans la tranche d'âge 16-19 ans. (8)

En France, on diagnostique:

- environ 50000 cas de condylomes tous les ans. Ils sont liés aux HPV dans 90% des cas (HPV 6 et 11). Ils touchent de façons égales les hommes et les femmes.

- environ 3000 nouveaux cas de CCU par an. Ils sont liés dans 70% des cas aux HPV de types 16 et 18.

- les HPV de types 16 et 18 sont à l'origine des cancers de l'anus dans 90% des cas. (9).

2.1.3 Facteurs favorisant l'infection à l'HPV

Un certain nombre de facteurs favorisant l'infection à HPV ont été identifiés; parmi ceux-ci on retrouve:

- L'âge de la femme avec un pic de fréquence entre 25 et 29 ans,
- Le tabagisme,
- La précocité des premiers rapports sexuels et un nombre élevé de partenaires sexuels,
- La grossesse: les grossesses précoces et multiples sont des facteurs de risques reconnus,
- Les antécédents d'autres infections sexuellement transmissibles (IST),
- L'immunodépression,
- L'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux sous forme de pilule, d'implant, de patch ou de stérilet hormonal. Ce risque devient nul 10 ans après l'arrêt du traitement hormonal. (10)

2.1.4 Mode de transmission de l'HPV

Les papillomavirus infectent strictement l'Homme.

On identifie trois modes de transmission du virus HPV:

- Transmission sexuelle

Ils sont transmis par contact direct de peau à peau lors des rapports bucco-génitaux ou à travers des micro-abrasions de la peau ou des muqueuses,

- Transmission horizontale

Elle se fait par contact indirect par l'intermédiaire d'objets souillés, tel que le linge, les toilettes, surfaces de contacts (c'est le cas par exemple pour les verrues plantaires transmises par l'intermédiaire des sols de piscine).

- Transmission mère-enfant ou verticale:

En effet, il est également possible que le HPV soit transmis de la mère à l'enfant au cours de l'accouchement si cette dernière est porteuse de condylomes génitaux ou anneaux. (11)

L'infection ne se transmet pas par le sang. (12)

2.1.5 Méthodes de détection de l'HPV

- Le frottis cervico-utérin(FCU):

Il faut de nombreuses années pour qu'une lésion du col de l'utérus se transforme en cancer. Les lésions de bas grade persistent suffisamment longtemps pour que la stratégie de dépistage vise ce type de lésions. Le FCU permet de rechercher des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les femmes entre 25 et 65 ans. Il a permis une baisse considérable du nombre de cas de cancer du col de l'utérus ainsi que la mortalité.

L'HAS recommande le dépistage individuel ou spontané par FCU chez toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans tous les 3 ans (après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle). 17,5 millions de femmes sont concernées par ce dépistage. (13) : Selon l'HAS, plus de 6 millions de FCU sont réalisés chaque année. 10% des femmes de 25 à 65 ans seulement bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé. (14)

- La colposcopie: il s'agit d'un examen visuel indolore du col de l'utérus, à l'aide d'une loupe grossissante. Il est réalisé lors d'un résultat anormal de frottis cervico-vaginal, pour surveiller des lésions traitées Il est indispensable pour diriger les biopsies et pour confirmer le diagnostic histologique. L'examen dure entre 5 et 10 minutes.

L'examen se déroule en trois étapes:

L'examen du col utérin sans préparation,

- a) L'examen du col utérin après application d'acide acétique à 3% (il permet de faire «blanchir» les zones suspectes,
- b) L'examen du col utérin après application de Lugol (à base d'iode), appelé test de Schiller, il permet de visualiser les limites de ces zones suspectes.

En fonction de l'aspect observé, le médecin pratiquera une ou plusieurs biopsies afin d'analyser le tissu prélevé. (15)

- Le test HPV:

Il est indiqué dans la prise en charge du frottis de type ASC-US (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) chez la femme de 30 ans (remboursé par la sécurité sociale), et dans la surveillance post-thérapeutique des CIN 2-3(Cervical Intra epithelial Neoplasia).

Le HPV sont des virus non cultivables.

Leur détection est effectuée par différentes techniques de biologie moléculaire: hybridation in situ, Southern Blot, hybridation en milieu liquide, Western Blot.

La technique de référence est le PCR (Polymerase Chain Reaction); il consiste à l'amplification d'une séquence connue d'ADN viral, suivie du séquençage du produit obtenu.

Les résultats peuvent montrer:

- a) Typage viral négatif.
- b) Typage viral positif, avec HPV à bas risque: HPV 6, 11.

c) Typage viral positif avec HPV à haut risque: HPV 16, 18, 31, 45. (16)

2.1.6 Moyens de préventions: on distingue trois moyens de préventions:

- Le préservatif (la prévention des (IST):

L'usage de préservatif n'élimine pas complètement le risque d'infection. S'il est utilisé régulièrement et correctement lors des rapports vaginaux, anaux et buccaux, il permet de diminuer le risque de le transmettre à sa partenaire ou son partenaire ou de l'attraper.

- Le frottis cervico-vaginal:

- La Vaccination anti-HPV:

Nous développerons ultérieurement cet item.

2.1.7 Le traitement des lésions dues à l'HPV

Il n'existe pas de traitement antiviral spécifique.

Ce traitement peut être entrepris par :

- Cryothérapie
- Vaporisation au laser
- Electrocoagulation
- Résection Chirurgicale (conisation)
- L'application locale d'immunostimulants tel que l'interféron, l'acide trichloracétique, de podophylline, podophyllotoxine. (17)

3. Cancer du col de l'utérus.

Le CCU est une pathologie grave due à l'infection persistante par un ou plusieurs virus HPV oncogènes. Les femmes avec un frottis normal et une infection persistante à HPV ont un risque multiplié par 100 à 200 de développer une lésion de haut grade par rapport aux femmes non infectée. (18)

3.1 Épidémiologie des cancers du col HPV-induits.

Au niveau mondial: selon l'organisation mondiale de la santé(OMS), le CCU est au 2ème rang des cancers chez la femme en termes d'incidence et au 15^{ème} rang en termes de mortalité.

Dans les pays industrialisés, on a constaté une chute de l'incidence et de mortalité grâce à la réalisation de FCU, de test histologique de dépistage et à l'amélioration des conditions de vie.

Des papillomavirus sont retrouvés dans 99,7% des cancers du col selon une étude mondiale. (19)

En France:

Le cancer du col de l'utérus représente:

- La 10^{ème} cause du cancer féminin,
- Le 15^{ème} cancer le plus meurtrier chez la femme avec 1000 décès par an.
- 3000 nouveaux cas par an.

L'institut national de veille sanitaire français(InVS) décrit un pic du cancer du col autour de 40 ans.(20)

Les virus HPV 16 et 18 sont responsables d'environ 70% des cancers du col de l'utérus. (1)

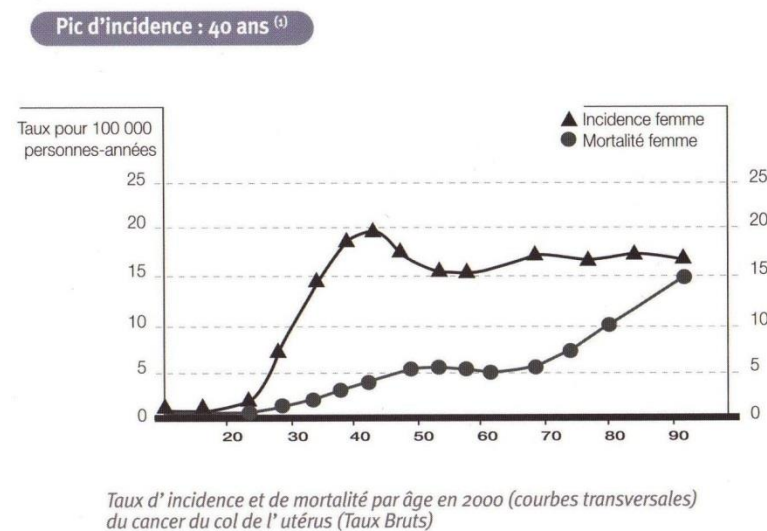


Figure (1): (21)

3.2 Description anatomique et histologique du col utérin

Le col de l'utérus fait partie de l'appareil reproducteur féminin. Cet appareil est constitué d'organes internes, dont le vagin, l'utérus, les ovaires et les trompes de Fallope. Il est aussi composé d'organes génitaux externes (clitoris, lèvres et orifice du vagin). Tous les organes internes se trouvent dans le bassin, qui est la partie inférieure de l'abdomen située entre les os des hanches.

Le col de l'utérus est la partie inférieure et étroite de l'utérus (appelé matrice). Il relie le corps principal de l'utérus au vagin. Il mesure environ 2 cm de long. Il est surtout fait de tissu conjonctif et de muscles. Il est divisé en 2 parties principales, soit :

- l'endocol, qui est la partie interne du col qui tapisse le canal menant à l'utérus ;
- l'exocol, qui est la partie externe du col qui est ronde et semblable à une lèvre et qui avance dans le vagin.

Le canal endocervical est le passage allant de l'utérus au vagin.

Le col de l'utérus est principalement composé de 2 types de cellules:

- les cellules glandulaires. Elles tapissent le canal endocervical. Ce sont des cellules glandulaires qui fabriquent du mucus. Elles portent le nom de cellules cylindriques puisqu'elles sont longues et qu'elles ont la forme de colonnes.
- Les cellules malpighiennes tapissent l'exocol et le vagin. Elles sont plates et minces.

La région du col de l'utérus où les cellules malpighiennes rejoignent les cellules cylindriques est appelée jonction pavimento-cylindrique, appelé zone de transformation. C'est dans cette zone que les grandes cellules cylindriques se transforment en cellules malpighiennes, en particulier à la puberté et en période de fécondité. Les changements précancéreux et la plupart des cancers du col de l'utérus se développent dans cette zone de transformation. (22)

3.3 Etiologie et facteur du risque

Dans 70% des cas, le cancer du col de l'utérus est dû à l'infection par le virus HPV; on observe une régression spontanée de l'infection dans 90 % des cas chez les adolescentes et dans 40 à 60% des cas chez les femmes adultes. Chez les autres, l'infection persiste et évolue, entraînant l'apparition de lésions précancéreuses et cancéreuses. (23)

Il y a des cofacteurs favorisant l'infection à l'HPV et sa persistance, l'âge, le tabac, la prise de pilule oestroprogestative, l'immunodépression. (24)

3.4 Cancers HPV-induits de col de l'utérus

Le cancer du col utérin passe par plusieurs stades sur le plan anatomo-pathologique: les phases CIN, CIN 1, 2 puis 3.

La persistance du HPV au niveau des muqueuses entraîne des anomalies cellulaires, en particuliers dans la zone de transformation. Ces cellules anormales se regroupent pour former des lésions qui apparaissent sous forme de tâches lors d'un examen visuel du col utérin. Ces tâches sont appelées dysplasie ou CIN. Ces lésions sont classées en trois grades selon le degré de sévérité des modifications cellulaires. Les CIN sont des lésions précancéreuses qui sont principalement dues aux HPV 16 et 18.

Voir annexe 2 (25)

Les différents types de cancers HPV-induits sont:

- Le cancer du col de l'utérus qui existe sous deux formes:
- Le carcinome malpighien (épidermoïde) dans 80 à 85 % des cas,
- L'adénocarcinome (cancer glandulaire) dans 15 à 20 % des cas. (27)
- Le cancer du canal anal
- Le cancer de l'oropharynx: on estime aujourd'hui que 63% des cancers sont associés à une infection par les HPV oncogènes dont 90% de ces cas sont induits par les HPV 16 et 18. (28)

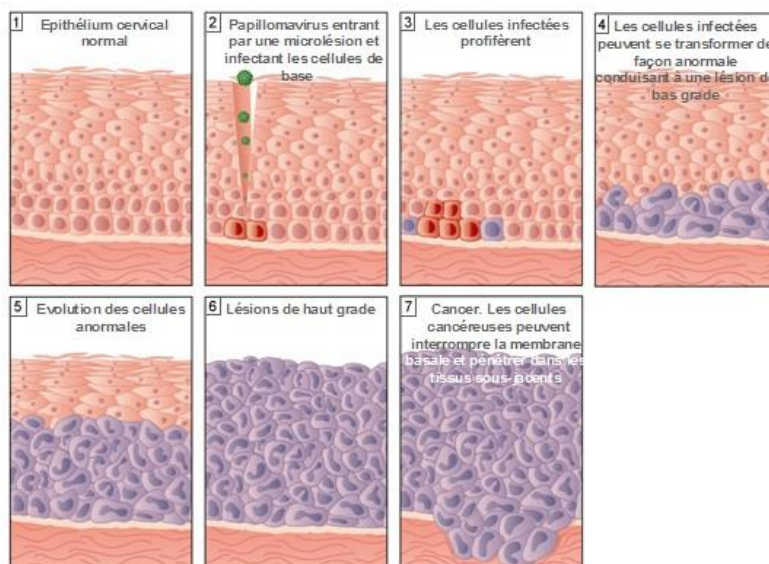


Figure 2: Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus: (26)

4. Affichage dans la salle d'attente : aspect légal

La salle d'attente est un élément important du cabinet car, elle est un lieu d'affichage : affichage informatif, mais aussi et surtout affichage réglementaire et obligatoire.

Selon le rapport du conseil de l'Ordre des Médecins sur les informations dans la salle d'attente, » l'affichage est clairement défini par les textes ». L'arrêté du 25 mars 2009, publié au journal officiel du 8 avril 2009, précise les obligations du médecin « en matière d'information et d'affichage » dans la salle d'attente.

En effet, les médecins sont tenus d'afficher certaines informations dans leur salle d'attente.

Les informations devant obligatoirement être affichées concernent:

- L'organisation des urgences vitales tels que le rappel du 15 pour les urgences vitales, ou de préciser les numéros de téléphone et les heures auxquelles les médecins peuvent être joints (arrêtés du 25 juillet 1996)
- La tarification de leurs actes (arrêté du 11 juillet 1996)
- L'utilisation de fichiers informatiques (loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978)
- L'appartenance à un centre de gestion agréé (27 juillet 1996)
- L'interdiction de fumer (arrêté du 1^{er} décembre 2010)
- Leur situation au regard de la convention (arrêté du 11 juillet 1996)
- L'utilisation de leur donnée nominative dans le cadre d'études épidémiologiques (loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994).

5. Vaccination

La vaccination consiste à protéger un individu contre une maladie en introduisant un agent extérieur (le vaccin) dans un organisme vivant afin de créer une réaction immunitaire positive contre une maladie infectieuse. Elle permet, en effet, de développer des cellules immunitaires « mémoires », capables de reconnaître immédiatement l'agent pathogène s'il venait à infecter l'individu par la suite.

5.1 Quatre familles de vaccin

On distingue 4 grandes familles de vaccins:

- Les vaccins vivants atténués : ils contiennent des agents pathogènes vivants dont la virulence a été atténuée par leur mise en culture dans des conditions particulières telles que le froid. C'est le cas pour le vaccin contre la varicelle, le trio rougeole-oreillons-

rubéoles, ou la tuberculose (BCG). Leur potentiel à provoquer une réponse immunitaire (leur immunogénicité) est proche de celle du pathogène virulent. Le risque infectieux de ces vaccins n'étant pas nul, il est contre-indiqué de les administrer aux femmes enceintes ou à des personnes présentant un déficit immunitaire.

- Les vaccins inactivés: ils contiennent des microbes entiers qui ont été tués par la chaleur ou des traitements chimiques. C'est le cas pour le vaccin contre la poliomyélite. Il ne présente aucun risque infectieux.
- Les vaccins sous unitaires: ils contiennent des fragments de microbes purifiés. C'est le cas pour le vaccin contre le pneumocoque, la coqueluche, ou le méningocoque.
- Les vaccins fabriqués par génie génétique: l'antigène est produit par à partir d'un gène du microbe que l'on fait s'exprimer dans des cellules en cultures. C'est le cas pour le vaccin contre l'hépatite B ou contre le papillomavirus. (27)

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la vaccination a permis d'éradiquer la variole, de faire baisser la morbi-mortalité due à la diphtérie, au tétanos, à la coqueluche, à la rougeole, et de réduire de 99% l'incidence de la poliomyélite.

L'OMS estime que les vaccinations sauvent la vie de 2 millions de personnes chaque années dans le monde.

La vaccination reste bénéfique:

- sur le plan individuel (en protégeant chaque personne vaccinée contre les maladies infectieuses)
- sur le plan collectif (en réduisant le nombre de personnes susceptibles de véhiculer une maladie)
- sur le plan économique (en diminuant les hospitalisations, le recours aux soins, les absences de travail.)
- sur le plan de la santé publique (en évitant des complications liées aux maladies concernées)

5.2 Vaccin anti-HPV

Chaque année, le Haut conseil de la santé publique met à jour le calendrier vaccinal. Il fixe les vaccinations et rappels à effectuer en fonction du lieu d'habitation, du sexe, de l'âge, des pathologies et d'autres facteurs de risque tels que la profession et dans des cas particuliers (femmes enceintes, personnes immunodéprimées, voyage à l'étranger).

5.3 Vaccin anti HPV: 2 vaccins sont disponibles en France

Selon l'ANSM du novembre 2013, la vaccination anti-HPV prévient 95% des dysplasies du col et du vagin de haut grade et des condylomes si la jeune fille n'est pas infectée durant la première injection.

Actuellement en France, deux vaccins sont autorisés:

- Le vaccin Gardasil® commercialisé depuis septembre 2006 et distribué par Sanofi Pasteur MSD. C'est un vaccin quadrivalent recombinant. Ils sont préparés à partir de pseudo particules virales hautement purifiées de la principale protéine L1 de la capside des HPV 6,11, 16 et 18.
- Le vaccin Cervarix®. C'est un vaccin bivalent recombinant non infectieux. Il est préparé à partir de pseudo particules virales hautement purifiées de la principale protéine L1 de la capside des HPV 16 et 18.

5.4 Vaccin anti-HPV: Recommandations vaccinales et schéma vaccinal (28 et 29)

Pour le Gardasil®:

Dans le cas où la jeune fille n'a pas initié la vaccination, on recommande :

- Si la jeune fille est âgée de 11 à 13 ans révolu, il est recommandé d'administrer 2 doses de vaccin espacées de 6 mois.
- Si la jeune fille est âgée de 14 à 19 ans révolu, 3 doses sont administrées à 0,1 et 6 mois.

Dans le cas où la vaccination a déjà été initiée chez une fille de 11 à 13 ans, on recommande:

- Si 2 doses ont été initiées à moins de 6 mois d'intervalle, une troisième dose est à administrer au moins 3 mois après la deuxième dose;
- Si le délai entre les 2 premières doses est supérieur ou égale à 5 mois, la jeune fille est considérée comme complètement vaccinée.

Pour le Cervarix®:

Dans le cas où la jeune fille n'a pas initié la vaccination, on recommande:

- 2 doses espacées de 6 mois si elles sont âgées de 11 à 14 ans révolus
- 3 doses administrées à 0, 1 et 6 mois si elles sont âgées de 15 à 19 ans révolus.

Dans le cas où la vaccination a déjà été initiée chez une fille de 11 à 14 ans, on recommande

- Si 2 doses ont été initiées à moins de 5 mois d'intervalle, une troisième dose est à administrer d 5 mois après la deuxième dose;

- Si le délai entre les 2 premières doses est supérieur ou égale à 5 mois, la jeune fille est considérée comme complètement vaccinée

PARTIE 2:ENQUETE

1. Matériels et méthodologie.

1.1 Choix de la méthodologie

La méthodologie qualitative a été initialement envisagée. Mais, après discussion avec mon directeur de thèse et les membres du département universitaire, cette méthode n'apparaissait pas comme le bon outil de mesure. Finalement, la méthodologie choisie est ici une méthode de recherche quantitative.

1. 2 Choix de la population

Dans cette étude ont été inclus tous les patients venant consulter aux cabinets dans la période d'inclusion de quatre semaines et ce quel que soit le motif de consultation. Les deux cabinets médicaux ont été choisis de manière volontaire dans le département de l'Oise.

1.3 Recueil des données (Annexe 3)

Le recueil des données a été effectué via un auto questionnaire anonyme. Nous avons choisi de distribuer et de collecter les questionnaires sur le lieu de soin pour des raisons de praticité et de coût.

Les questionnaires comportaient 3 parties :

- les caractéristiques de la population étudiée (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, nombre d'enfants dans la famille, nombre d'enfants de sexe féminin), le nombre de consultations chez le médecin généraliste, délais d'attente des patients dans la salle d'attente de leur médecin généraliste,
- la salle d'attente du médecin généraliste,
- l'affiche de prévention pour le vaccin anti-HPV.

1-4 Affiche de prévention pour le vaccin anti-HPV

Le laboratoire Sanofi Pasteur MSD a été contacté afin d'obtenir des affiches pour le vaccin Hpv. Il s'agissait d'une affiche verte sur un fond blanc, pour le vaccin Gardasil®. Cette affiche est présentée en annexe numéro 4.

1-5 Le déroulement de l'enquête

Une même affiche avait été placée préalablement dans les 2 cabinets. Ensuite, 400 questionnaires avaient été distribués aux patients, puis récupérés par la secrétaire à la fin de chaque consultation du 9 avril 2016 au 21 mai 2016.

1.6 Analyse des données

Le dépouillement, l'analyse tris à plat et tris croisés (test de Chi2) et la présentation des résultats ont été réalisés à l'aide du logiciel Sphinx. Dans notre étude pour simplifier l'analyse statistique nous avons classé les patients par tranche d'âge.

Le seuil de significativité pour le test Chi2 correspondait à:

- Très significatif (TS) si seuil < 0,01
- Significatif (S) si seuil < 0,05
- Peu significatif (PS) si seuil < 0,15
- Non significatif (NS) si seuil > ou = 0,15.

2- Résultats

2.1- Taux de participation

Sur les 400 questionnaires distribués, 369 ont été recueillis. Parmi elles, 159 n'étaient pas exploitables. L'analyse statistique avait été réalisée sur 210 réponses, avec un taux de participation estimé à 52,5%.

2.2- Caractéristiques de la population étudiée

2-2.1 L'âge (Tableau 3):

Dans cette enquête, les patients ont été classés par tranche d'âge (les 25-65 ans, les 18-24 ans, les moins de 18 ans et les plus de 65 ans).

La majorité des sondés avait entre 25-65 ans soit 73,8% de l'échantillon étudié (n=155).

Les moins de 18 ans ne représentaient que 5,7% de l'échantillon (n=12).

Les autres tranches d'âge représentaient :

- 14,8% des sondés étaient âgés de 18 à 25 ans (n=31)
- 5,7% des sondés avaient plus de 65 ans (n=12)

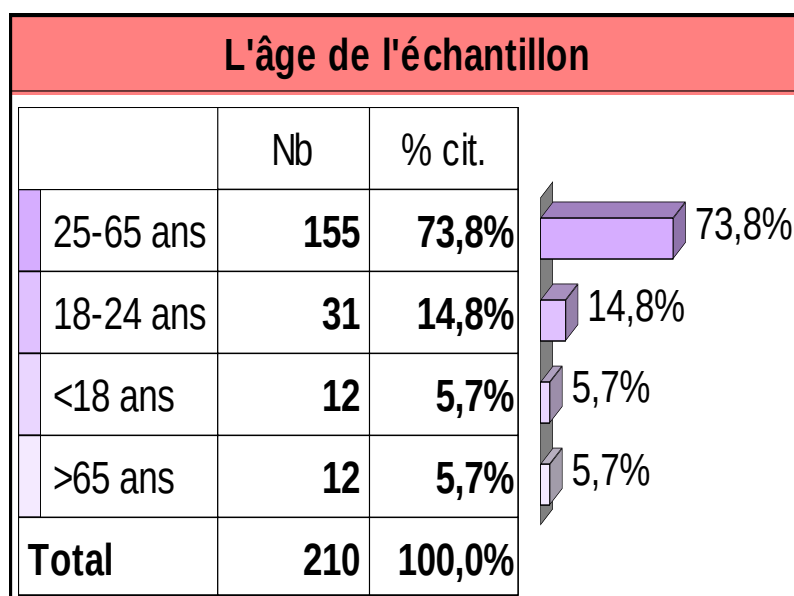


Tableau 3: Répartition des patients par tranche d'âge

2.2.2 Le sexe de l'échantillon (Tableau 4)

Parmi les 210 sondés, 89% étaient des femmes (n=187).

Les hommes étaient largement sous-représentés dans notre échantillon : 11% des sondés. (n=23) (tableau 4).

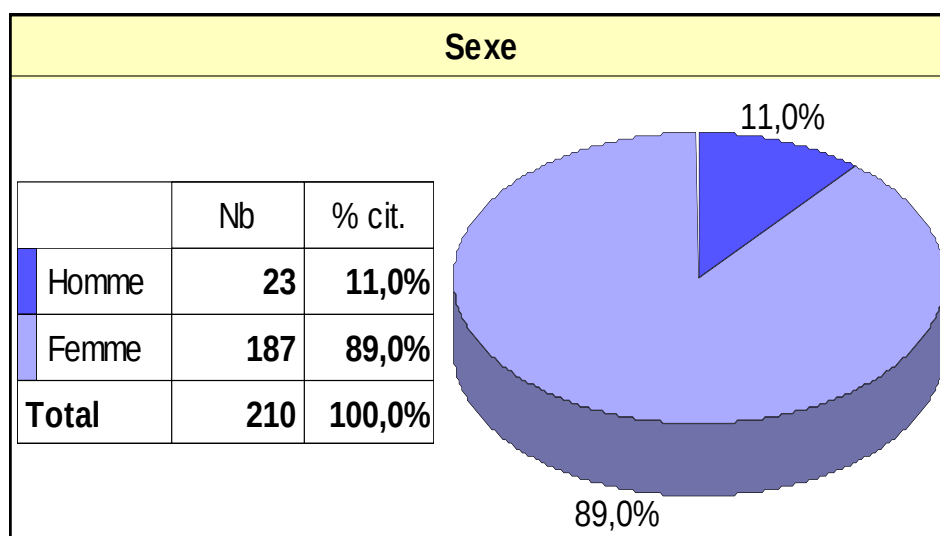


Tableau 4: Répartition des patients par sexe

2.2.3 Catégorie socio-professionnelle (CSP): (Tableau 5)

La majorité des patients appartenait à une catégorie socio-professionnel correspondant aux « employés » (44, 3%, n=93).

Les étudiants représentaient 10,5% de l'échantillon (n=22)

29,5% des sondés étaient sans activités professionnelles

Les agriculteurs étaient les moins représentés dans cet échantillon, soit 1% des sondés (n=2).

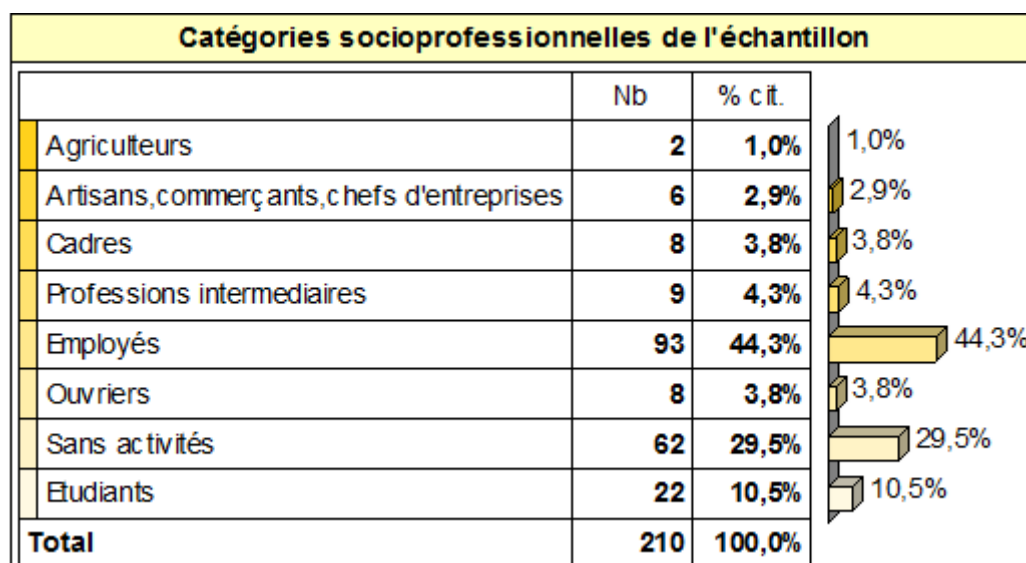


Tableau 5: Situation professionnelle

2.2.4 Nombre d'enfants dans la famille et nombre d'enfants de sexe féminin (Tableau 6 et 7)

Sur 210 personnes, 142 personnes avaient des enfants (soit 67,6% des sondés).

Sur les 142 personnes ayant des enfants 53,5% (n= 76 patients) avaient des enfants de sexe féminin (soit 53,5%), dont 52% avait moins de 20 ans.

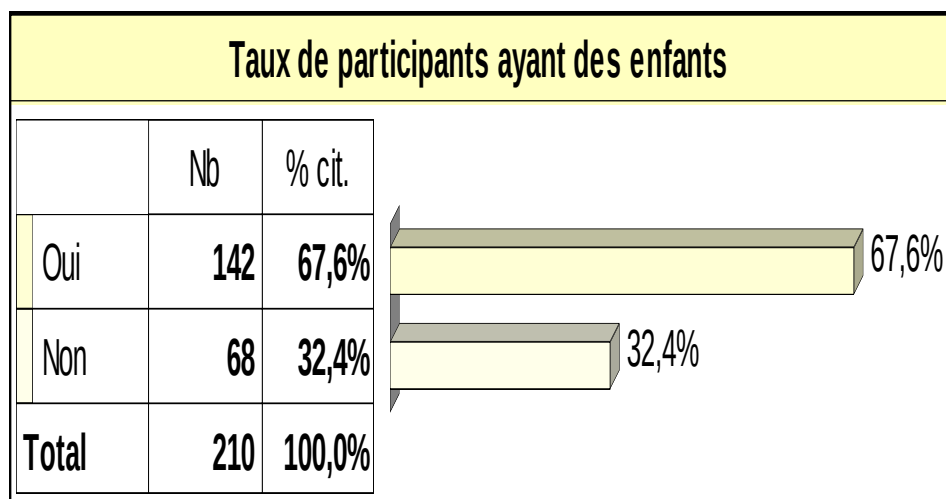


Tableau 6 : Proportion de patients ayant des enfants

taux de fille		
	Nb	% cit.
fille	76	53,5%
aucune fille.	66	46,5%
Total	142	100,0%

Tableau 7: Proportion de patients ayant des enfants de sexe féminin

2.2-5 Répartition géographique de l'échantillon (Tableau 8):

73,5% des répondants résidaient en ville (n=155).

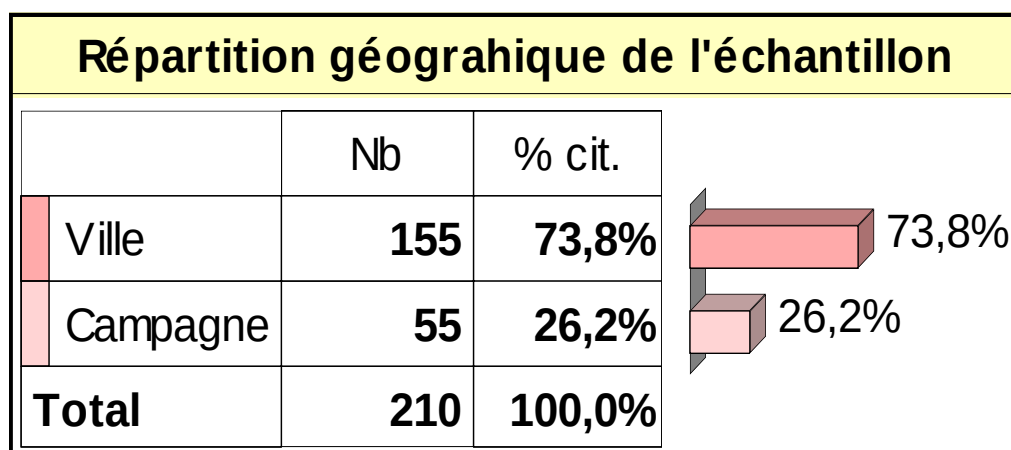


Tableau 8: Répartition géographique de l'échantillon

2.3- Rythme de consultation chez le médecin généraliste (Tableau 9)

Près de la moitié de l'échantillon (soit 50,5%, n =106) consultait leur médecin traitant entre une fois par mois et une fois par an. Seul 10% de l'échantillon voyait leur médecin traitant moins d'une fois par an (n =21).

Tandis que le reste de l'échantillon consultait leur médecin traitant au moins une fois par mois (39,5%, n =83).

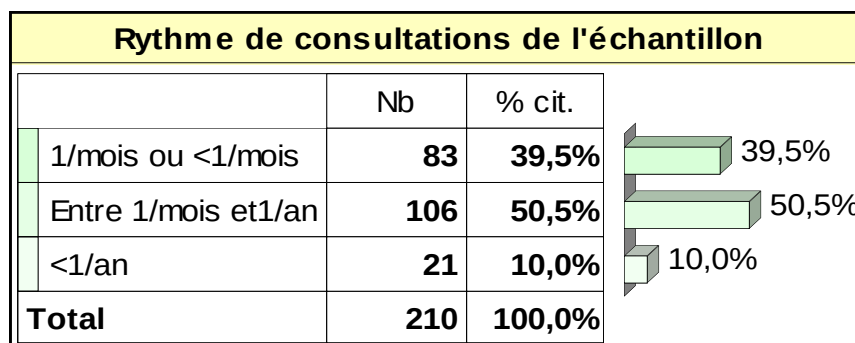


Tableau 9: rythme de consultation chez le médecin généraliste

2.4-Temps passé dans la salle d'attente du médecin généraliste (Tableau 10)

Dans cette étude, le temps d'attente chez le médecin généraliste était estimé à moins de 15 minutes par la grande majorité des sondés (soit 42,4% de l'échantillon, n=83). Il était de 15 minutes pour 28,6% de l'échantillon, 30 minutes pour 23,3 % de l'échantillon

5,7% des patients déclaraient patienter dans la salle d'attente de leur médecin généraliste plus d'une heure au moins

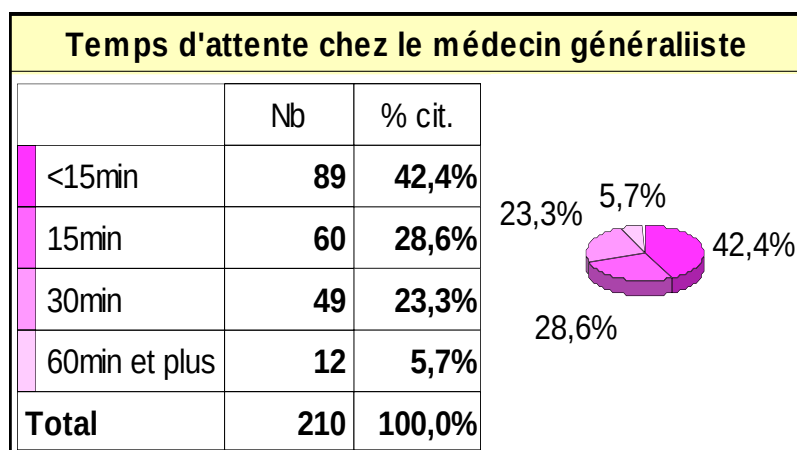


Tableau 10: Temps d'attente chez le médecin généraliste

2.5- Caractéristiques de la salle d'attente

2.5-1 Taille (Tableau 11)

La salle d'attente du médecin généraliste était perçue comme spacieuse par 60% des patients (n=125).

Tandis que 10% des patients interrogés estimaient que la salle d'attente était trop étroite

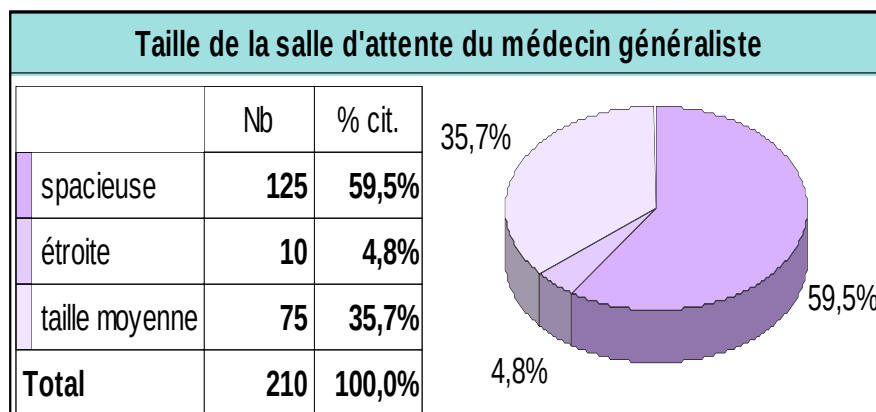


Tableau 11: Taille de la salle d'attente du médecin généraliste

2.5.2- Luminosité (Tableau 12)

La salle d'attente du médecin généraliste était largement perçue comme lumineuse par 88,6% (n=186).

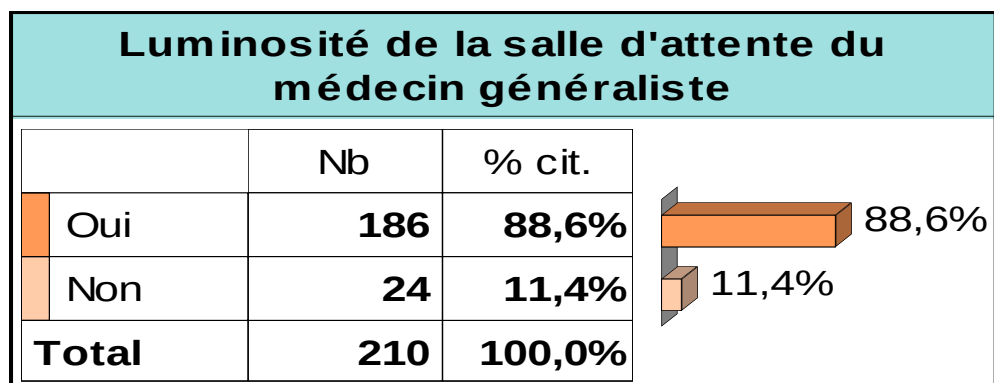


Tableau 12: Luminosité de la salle d'attente du médecin généraliste

2.5-3 Eléments mises à la disposition des patients dans la salle d'attente

Les magazines people étaient l'élément le plus retrouvé dans la salle d'attente du médecin généraliste (à plus de 80%) suivi d'affiches concernant les moyens de préventions (43,8%).

14,3% avaient vu des plaquettes.

Seules 8 personnes (soit 4,3% des sondés) déclaraient avoir vu une télévision dans la salle d'attente.

76 personnes avaient vu des Revues médicales dans la salle d'attente (soit 37,6% de l'échantillon).

8 personnes avaient déclaré avoir vu dans la salle d'attente d'autres éléments que ceux cités ci-dessus:

- «Un désinfectant main»
- «Des affiches pour des expositions de peintures»
- «Magazine VIVRE»
- «Revue d'actualités».

2.6 L'affiche pour le vaccin anti-HPV.

2.6.1 L'affiche peu visible

La majorité des répondants n'ont pas remarqué l'affiche mise à leur disposition dans la salle d'attente de leur médecin généraliste. En effet, 65,2% affirment ne pas l'avoir vu (n=137). La raison principale évoquée était qu'elles n'avaient « pas eu le temps de la voir » (37,2%) (n=51).

Les autres raisons évoquées étaient:

- Pour 35 personnes (25,5%), c'est parce qu'ils ne regardaient jamais les affiches,
- Pour 17 personnes (12,4%), c'est parce qu'il y avait trop d'affiches dans la salle d'attente
- Et 34 personnes (24,8%) ont cité d'autres raisons telles que:
 - «Je n'y ai pas prêté attention»
 - «Je ne fais plus attention car manque de renouvellement»
 - «L'affiche est trop petite».

2.6.2 Attitude des patients à la lecture de l'affiche

2.6.2.1 vis-à-vis du vaccin

128 personnes (soit environ 60% de l'échantillon) pensaient que la présence de cette affiche ne les incitait pas à en savoir plus sur le vaccin. Les raisons évoquées étaient: (Tableau 13)

- Pour 44 personnes (34,4%), c'est parce qu'elles s'étaient déjà informées auprès d'un professionnel de santé
- Pour 39 personnes (30,5%), c'est parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par ce vaccin
- Pour 30 personnes (23,4%), c'est parce qu'elles ne sont pas intéressées par ce vaccin
- Pour 15 personnes (11,7%), c'est parce qu'elles se sont informées auprès de la famille, amis.

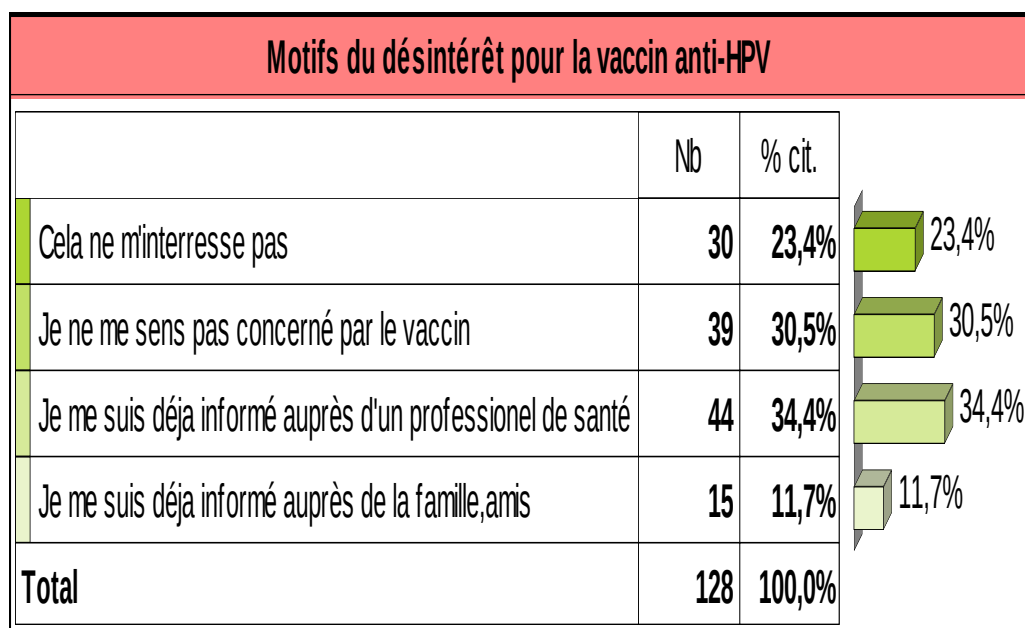


Tableau 13 : Motifs du désintérêt pour le vaccin

2.6.2.2 vis-à-vis de l'HPV et du CCU

Sur les 210 patients, 108 personnes (soit 51,4% de l'échantillon) ont déclaré que la présence de cette affiche ne les incitait pas à en savoir plus sur le virus HPV, ni sur le cancer du col de l'utérus. Les raisons évoquées étaient :

- Pour 45 personnes (41,7%), c'est parce qu'elles s'étaient informées auprès d'un professionnel de santé
- Pour 22 personnes (20,4%), c'est parce que cela ne les concernait pas
- Pour 22 personnes (20,4%), c'est parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par ce vaccin
- Pour 11 personnes (10,2%), c'est parce qu'elles s'étaient déjà renseignées auprès de la famille, amis.
- 8 personnes (7,4%) ont évoqué d'autres motifs tel que:

« Je me suis fait déjà vacciné »

« Je suis informé en tant que sage femme »

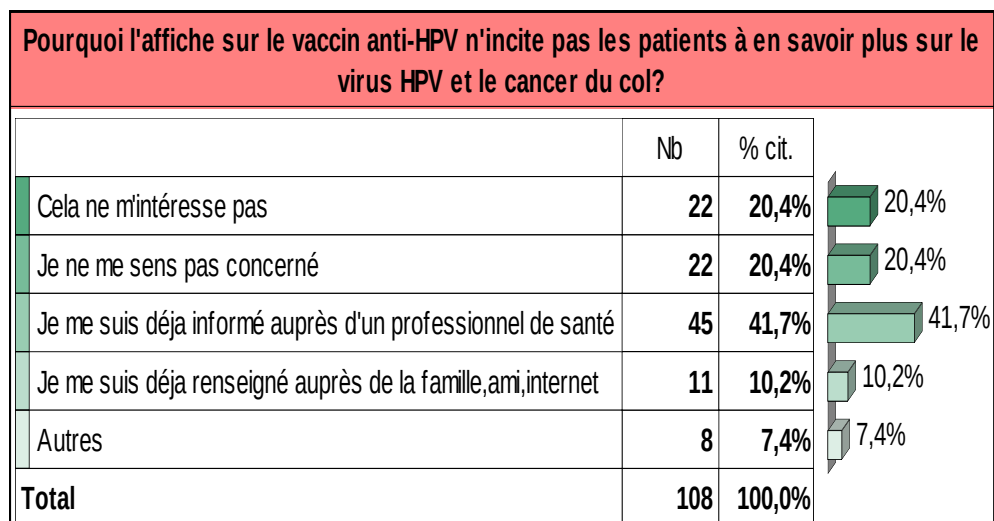


Tableau 14: Motifs du désintérêt pour le HPV et le CCU.

2.7 Recherche de corrélation

2.7.1 corrélation entre l'attitude des patients à la lecture de l'affiche et l'âge

2.7.1.1 vis-à-vis du vaccin (Tableau 15)

Nous avons constaté une relation très significative entre l'âge et l'intérêt porté pour le vaccin anti-HPV avec $p = 0,005$.

Les tranches d'âge 18-24 ans et les plus de 65 ans sont peu nombreux à s'intéresser pour ce vaccin. Ils représentent respectivement: 19,4%(n=6) et 8,3% (n =1).

Le message semble être mieux perçu par les moins de 18 ans: ils sont 50% à affirmer s'intéresser au vaccin anti-HPV(n=6).

Les 25-65 ans quant à eux sont 45,5% ont à s'être intéressé au vaccin anti-HPV (n =70)

Interêt pour le vaccin anti-HPV en fonction de l'age				
	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
25-65 ans	70	45,5%	84	54,5%
18-24 ans	6	19,4%	25	80,6%
<18 ans	6	50,0%	6	50,0%
>65 ans	1	8,3%	11	91,7%

p = 0,5% ; chi2 = 12,95 ; ddl = 3 (TS)
La relation est très significative.

Tableau 15: Lien entre l'âge et l'intérêt pour le vaccin anti-HPV.

2.7.1.2 vis à vis de l'HPV et du CCU (Tableau 16)

Nous avons également constaté une significativité concernant l'âge et l'intérêt porté concernant l'HPV et le CCU avec un $p=0,007$.

Comme pour le vaccin, la tranche d'âge 18-24 ans et les plus de 65 ans étaient peu nombreux à s'intéresser à l'HPV et au CCU. Ils représentaient respectivement : 29% (n =9) et 16% (n =2).

Là encore, c'est les moins de 18 ans qui semblent être le plus intéressé par ce sujet (58,3%, n=7).

Les 25-65ans représentent 54,2%(n=71). Cette tranche d'âge s'intéresse plus sur le sujet concernant le HPV et le CCU que celui concernant le vaccin

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
25-65 ans	84	54,2%	71	45,8%
18-24 ans	9	29,0%	22	71,0%
<18 ans	7	58,3%	5	41,7%
>65 ans	2	16,7%	10	83,3%

p = 0,7% ; chi2 = 12,05 ; ddl = 3 (TS)
La relation est très significative.

Tableau 16:Lien entre l'âge et l'intérêt pour l'HPV et le CCU

2.7.2 Corrélation entre attitude des patients à la lecture de l’affiche et le sexe

2.7.2.1 vis-à-vis du vaccin

Les femmes s’intéressent plus au le vaccin anti-HPV (89,2%, n=) que les hommes (10, 8%, n=). Mais notre enquête n’a pas démontré de significativité entre le sexe et l’intérêt porté pour le vaccin.

2.7.2.2 vis-à-vis de l’HPV et du CCU

Les femmes s’intéressent plus à l’HPV et au CCU (92,2%, n=) que les hommes (7,8%, n=). Mais cette relation n’est pas significative.

2.7.3 Corrélation entre attitude des patients à la lecture de l’affiche et avoir un enfant de sexe féminin

2.7-3-1 vis-à-vis du vaccin (tableau 17)

Les parents qui ont des enfants de sexe féminin quel que soit leur âge, ne semblent pas vouloir s’intéresser plus au vaccin anti-HPV. En effet, 57,8% d’entre eux ont affirmé ne pas être intéressé par ce vaccin tandis que les parents qui n’avaient pas de fille représentaient 42,2%.

Nous n’avons pas constaté de significativité entre cette corrélation.

	fille		aucune fille.	
	N	% cit.	N	% cit.
Oui	28	47,5%	31	52,5%
Non	48	57,8%	35	42,2%

p = 22,2% ; chi2 = 1,49 ; ddl = 1 (NS)
La relation n'est pas significative.

Tableau 17:Relation entre être parent d’un enfant de sexe féminin et avoir un intérêt pour le vaccin anti-HPV.

2.7.3.2 vis à vis de l’HPV et du CCU (tableau 18)

Nous avons la même tendance que pour le vaccin en ce qui concerne le virus HPV et le CCU. Les parents qui ont des enfants de sexe féminin quel que soit leur âge, ne semblent pas vouloir

s'intéresser plus au HPV et le CCU. En effet, 60% d'entre eux ont affirmé ne pas être intéressé par ce sujet tandis que les parents qui n'avaient pas de fille représentaient 39%.

Nous n'avons pas constaté de significativité dans cette corrélation.

	fille		aucune fille.	
	N	% cit.	N	% cit.
Oui	31	45,6%	37	54,4%
Non	45	60,8%	29	39,2%

p = 6,9% ; $\chi^2 = 3,30$; ddl = 1 (PS)
La relation est peu significative.

Tableau 18: Relation entre être parent d'un enfant de sexe féminin et avoir un intérêt pour le virus HPV et le CCU.

2.7.4 Corrélation entre attitude des patients à la lecture de l'affiche et la CSP

2.7.4.1 vis-à-vis du vaccin

La moitié des CSP appartenant aux «agriculteurs» et aux «artisans» demande à en savoir plus sur le vaccin anti-HPV. Les étudiants semblent avoir un désintérêt pour ce vaccin. Seulement 31,8% se disent être intéressés. La CSP ne semble pas être un facteur influençant l'intérêt pour le vaccin anti-HPV.

2.7.4.2 vis-à-vis de l'HPV et du CCU (tableau 19)

Nous n'avons pas trouvé de relation de significativité entre la CSP et avoir un intérêt pour le HPV et le CCU.

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
Agriculteurs	2	2,0%	0	0,0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	3	2,9%	3	2,8%
Cadres	3	2,9%	5	4,6%
Professions intermédiaires	2	2,0%	7	6,5%
Employés	51	50,0%	42	38,9%
Ouvriers	5	4,9%	3	2,8%
Sans activités	27	26,5%	35	32,4%
Etudiants	9	8,8%	13	12,0%

p = 31,2% ; chi2 = 8,24 ; ddl = 7 (NS)
La relation n'est pas significative.

Tableau 19: corrélation entre la CSP et avoir un intérêt pour le HPV et le CCU:

2.7.5 Corrélation entre la poursuite de l'affichage et l'âge (tableau 20)

Quel que soit la tranche d'âge, la corrélation entre âge et leur demande de poursuivre l'affichage est sensiblement identique.

La relation n'est pas significative

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
25-65 ans	141	91,0%	14	9,0%
18-24 ans	29	93,5%	2	6,5%
<18 ans	11	91,7%	1	8,3%
>65 ans	11	91,7%	1	8,3%

p = 97,4% ; chi2 = 0,22 ; ddl = 3 (NS)
La relation n'est pas significative.

Tableau 20 : relation entre la poursuite de l'affichage et l'âge

2.7-6 Corrélation entre la poursuite de l'affichage et le sexe (tableau 21)

Les femmes sont majoritairement favorables à la poursuite de l'affichage au sein des cabinets médicaux à 92%, mais ce résultat n'est pas significatif.

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
Homme	20	87,0%	3	13,0%
Femme	172	92,0%	15	8,0%

p = 41,7% ; chi2 = 0,66 ; ddl = 1 (NS)
La relation n'est pas significative.

Tableau 21: Relation entre la poursuite de l’affichage pour le vaccin anti-HPV et le sexe

2.7.7 Corrélation entre la poursuite de l’affichage et la CSP (tableau 22)

92,5%(n=86) des « employés » et 86,4%(n=19) des étudiants souhaitent la poursuite de l’affichage. Mais cette corrélation n’est pas significatives

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
Agriculteurs	2	100,0%	0	0,0%
Artisans,commerçants,chefs d'entreprises	5	83,3%	1	16,7%
Cadres	7	87,5%	1	12,5%
Professions intermediaires	7	77,8%	2	22,2%
Employés	86	92,5%	7	7,5%
Ouvriers	8	100,0%	0	0,0%
Sans activités	58	93,5%	4	6,5%
Etudiants	19	86,4%	3	13,6%

p = 66,7% ; chi2 = 4,94 ; ddl = 7 (NS)
La relation n'est pas significative.

Tableau 22: relation entre la poursuite de l’affichage et la CSP.

2.7.8 Corrélation entre avoir une fille et la poursuite de l’affichage (tableau 23)

La demande de poursuite d’affichage entre les parents ayant une fille et les parents n’en ayant pas est sensiblement identique.

Mais ce résultat n’est pas significatif.

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
filles	68	51,9%	8	72,7%
aucune fille.	63	48,1%	3	27,3%
$p = 18,4\%$; $\chi^2 = 1,77$; ddl = 1 (NS) La relation n'est pas significative.				

Tableau 23: relation entre avoir une fille et la poursuite de l'affichage

2.7.9 Corrélation entre le lieu de résidence et l'intérêt pour le vaccin

Les patients provenant de la ville sont majoritairement intéressés par le vaccin (78,3%, n=65).

Cette relation n'est pas significative.

2. 7.10 Corrélation entre lieu de résidence des patients et intérêt pour l'HPV et le CCU

Là encore, les patients provenant de la ville sont majoritairement intéressés par le HPV et le CCU (soit 77,5%, n=79).

Cette relation n'est pas significative.

2.7.11 Corrélation entre le rythme de consultation et la visibilité de l'affiche (tableau 24)

La relation n'est pas significative entre le rythme de consultation et la visibilité de l'affiche.

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
1/mois ou <1/mois	30	41,1%	53	38,7%
Entre 1/mois et 1/an	37	50,7%	69	50,4%
<1/an	6	8,2%	15	10,9%
$p = 80,8\%$; $\chi^2 = 0,43$; ddl = 2 (NS) La relation n'est pas significative.				

Tableau 24 : Relation entre le rythme de consultation et la visibilité de l’affiche

2.7-12 Corrélation entre le temps d’attente dans la salle d’attente du médecin généraliste et la visibilité de l’affiche.(tableau 25):

Contrairement à notre attente, la visibilité de l’affiche n’est pas corrélée au temps passé dans la salle d’attente. La relation est peu significative.

	Oui		Non	
	N	% cit.	N	% cit.
<15min	35	39,3%	54	60,7%
15min	24	40,0%	36	60,0%
30min	10	20,4%	39	79,6%
60min et plus	4	33,3%	8	66,7%
$p = 11,1\%$; $\chi^2 = 6,01$; ddl = 3 (PS) La relation est peu significative.				

Tableau 25 : Relation entre le temps d’attente dans la salle d’attente du médecin généraliste et la visibilité de l’affiche par les patients.

2.8-Concernant la partie commentaire:

- deux personnes se sont inquiétées des effets secondaires du vaccin anti-HPV:
 - «j’ai lu sur un site internet que le vaccin contre le papillomavirus donnait la sclérose en plaque !».

- «il y a trop d'effets secondaires graves comme la mort».
- cinq personnes ont jugé que «l'affiche était trop petite»:
- une personne déclarant n'avoir «pas assez de temps pour lire les affiches» dans la salle d'attente.

PARTIE 3: DISCUSSION

1-Méthodologie

1-1.Limite de l'étude:

1-1-1.Biais de sélection:

L'échantillon de cette enquête n'a pas été choisi par méthode aléatoire (méthodes des quotas). En effet, les deux cabinets de l'Oise où cette étude a été réalisée, ont été volontairement choisis pour des raisons de praticité. L'échantillon de cette enquête n'est pas représentatif de la population de générale. Nous ne pouvons pas extrapoler les résultats à l'ensemble de la population de Picardie.

A noter que dans cette étude, sont exclus les patients illettrés. L'information médicale via un audiovisuel me semble être une alternative afin de cibler toute la population sans distinction de niveau d'étude .

1.1.2. Biais liés au mode de recueil des données :

Le recueil des données a été effectué via un auto-questionnaire déclaratif. Nous nous sommes donc soumis aux biais des réponses telles que :

- Biais de mémorisation des données : « biais de mémorisation se produit lorsque le répondant cherche à se souvenir des réponses qu'il a donné aux questions précédentes pour les homogénéiser ». Ce biais aurait pu survenir dans cette étude. Par exemple : Un patient serait tenté de répondre qu'il ne souhaitait pas avoir plus d'information concernant l'HPV ou le cancer du col, seulement parce qu'il avait répondu précédemment qu'il ne voulait pas non plus avoir plus d'information sur le vaccin anti-HPV.

- Biais de valorisations des données : biais de valorisation à lieu lorsque l'enquête répond aux questions dans l'optique de se valoriser, de valoriser une tierce personne ou de décrire un comportement idéal. Dans notre enquête, ce biais aurait pu survenir également pour certaines questions, notamment à la question 12 : certains patients avaient été suffisamment informés

concernant leur intérêt pour le vaccin. Ils se valorisent en affirmant qu'ils connaissent le sujet. Cette attitude peut biaiser également notre étude. (30)

- Biais d'acquiescement des données : biais d'acquiescement est la tendance de l'enquête, à répondre par l'affirmative lorsqu'il a un doute sur la réponse. Ce doute peut être lié sur la connaissance ou sa mémoire concernant le sujet de l'enquête, ou sur la compréhension de la question. Dans notre enquête le manque de connaissance sur le vaccin anti-HPV, sur le HPV ou sur le CCU aurait pu induire ce biais. (31)

1.1.3.Biais liés au type de question:

Dans notre étude, nous avons choisi volontairement des questions fermées à choix multiple afin de faciliter les analyses statistiques. Mais cela limite le libre choix des réponses aux enquêtes. Même si, une case «autre» avait été rajoutée, les réponses proposées, peuvent inciter à choisir parmi les réponses données. La spontanéité des réponses est donc freinée par ce type de question.

1.2.Les points positifs de cette étude:

1.2.1.Le thème de l'étude:

Il s'agit tout d'abord d'un sujet qui a rarement été étudié. En effet, il existe peu de données sur l'impact des affiches dans la salle d'attente chez les patients consultant leur médecin généraliste. Par ailleurs, la prévention primaire est primordiale dans l'action de la santé publique. Par définition, selon HAS, la prévention primaire permet d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation d'une maladie en agissant avant l'apparition même de la maladie.(32) La vaccination anti-Hpv est une des méthodes de prévention primaires dans les cancers de col et de l'utérus, qui apporte une protection de 90% contre les infections dues aux Hpv (33).Connaitre l'impact des affiches de prévention pour cette méthode de prévention est importante afin de mieux sensibiliser la population.

Une étude menée en 2009 par Cegedim Stratégic Data, a démontré une corrélation entre une campagne de prévention du CCU en salle d'attente (l'affiche concernait le vaccin Gardasil®) et le nombre de patientes vaccinées. L'enquête a révélé entre «12% à 27% d'injections supplémentaires par rapport au groupe témoin de cabinets médicaux ne disposant d'aucun support d'information dans leur salle d'attente»

1.2.2. Taux de participation relativement élevé:

Sur 400 questionnaires distribués, 210 questionnaires avaient été exploités pour l'analyse statistique : un taux de participation estimé à 52, %. Ce chiffre est élevé pour une thèse de médecine générale.

2. Analyse des réponses

Bien que l'échantillon des patients ayant rempli les questionnaires n'était pas totalement représentatif de l'échantillon standard, cette étude reflète une idée globale de l'impact de l'affiche sur le vaccin anti-HPV mise dans la salle d'attente des médecins généralistes.

2.1. L'impact de l'affiche

Dans notre étude les patients sont très majoritairement pour la poursuite de l'affichage de prévention pour le vaccin anti-HPV au sein des cabinets de leur médecin généraliste ; ce résultat est conforté par les données des différentes littératures.

Diane Derval, dans son ouvrage «Wait Marketing», explique que «les patients sont ouverts, demandeurs et réceptifs à toute démarche éducative, notamment par l'intermédiaire des supports d'information de la salle d'attente de leur médecin généraliste».

Pour les répondants, le professionnel de santé reste la principale source d'information. Ce résultat est conforté par les résultats de l'enquête réalisée par l'Ordre National des médecins en 2010.(34)

2.1.1. Les femmes plus dans l'attente de nouvelle connaissance.

Dans notre étude, les femmes sont plus dans l'attente de nouvelles connaissances sur le vaccin anti-HPV (femme:89,2%, homme:10,4%) et sur le virus hpv et cancer du col (femme:92,2%, homme:7,2%). Par rapport aux hommes, les femmes sont plus nombreuses à demander de poursuivre l'affichage des affiches de prévention (femme:92%; n =172), homme:87%; n =20).

Cette tendance a pu être biaisée par une surreprésentation des femmes lors de l'échantillonnage. Cette surreprésentation peut s'expliquer par deux hypothèses :

- Les femmes sont plus nombreuses à consulter leur médecin traitant que les hommes.
- Et/ou : L'intérêt que les femmes portent sur ce sujet est plus important que celui des hommes.

L'article par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2002, avait publié que les femmes étaient plus soucieuses de leur santé, qu'elles consultaient plus que les hommes avec un taux de 88% pour les femmes et 82% pour les hommes. La fréquence des consultations des femmes était plus importante. Sur 12 mois elles consultaient en moyenne 5,6 fois et les hommes 4,4 fois. (35)

2.1.2. Sensibilisation des hommes est nécessaire.

Il me semble que sensibiliser les hommes sur ce sujet est capital, même si ce sujet ne les concerne pas directement. Nous sommes actuellement dans une société qui évolue : il y a de plus en plus de famille monoparentale et les pères ont notamment la garde des enfants.

2.1.3. Les parents «non demandeurs» d'informations médicales

Etre parent d'enfant de sexe féminin ne semble pas être un facteur lié à l'intéressement du vaccin anti-HPV, ni à l'HPV et au CCU. Pourtant les parents jouent un rôle central dans les décisions concernant la vaccination de leurs enfants. Il est aussi primordial de les sensibiliser. Plusieurs sources (tels que les planning familiaux) ont rapporté que le problème des origines socio-culturelles faisait « barrage » à l'éducation sexuelle. Ceci pourrait expliquer dans notre étude les problèmes rencontrés par les parents (notamment les hommes) et les adolescentes pour aborder les problèmes liés aux HPV et le CCU.

2.2. Les jeunes se préoccupent de leur santé.

Dans notre enquête la catégorie des moins de 18 ans sont plus demandeurs d'informations concernant le vaccin anti HPV, HPV et le cancer du col. Il est vrai que c'est un sujet qui concerne les jeunes. Les jeunes semblent donc se préoccuper de leur santé. Mais, ils ont aussi une faible perception de la notion du risque (une adolescente de 13 ans a affirmée qu'elle « n'était pas concernée par le virus HPV ». A l'avenir, il serait intéressant de sensibiliser les enfants en mettant des affiches véhiculant des messages de prévention au sein des établissements scolaires.

Nous avons constaté que le motif pour lequel la plupart des participants des autres tranches d'âges (principalement les plus de 65 ans et 18-25 ans) ont affirmé ne pas vouloir en savoir plus était qu'ils étaient suffisamment informés auprès d'un professionnel de santé. Les jeunes eux sont-ils suffisamment informés par les professionnels de santé ? Sensibiliser les jeunes par un professionnel de santé, notamment les médecins traitant qui est en première ligne est aussi primordial.

2.3 Le temps passé dans la salle d'attente:

La salle d'attente est un lieu de passage obligatoire pour toutes personnes consultant son médecin généraliste. De plus en plus de médecins utilisent le temps passé dans cet endroit pour transmettre des informations sanitaires à leurs patients via des affichages et d'autres supports papiers.

Le temps d'attente était estimé à moins de 15 minutes par la majorité des sondés, ce qui est étonnant, car avec la désertification médicale les salles d'attentes sont de plus en plus surchargées avec un temps d'attente de plus en plus longue.

Dans l'ouvrage intitulé « wait marketing » de Diana Derval, on y apprend que le temps moyen passé dans la salle d'attente est d'environ 20,2 minutes. (36)

Cette différence de valeur pourrait être expliquée par le biais de valorisation : patients n'a pas voulu critiquer le délai d'attente de son médecin généraliste. Il voulait le valoriser auprès des enquêteurs ou se mettre en valeur sous les yeux de son médecin traitant.

Mais le temps d'attente est multifactoriel :

- Elle dépend du nombre d'année d'expérience du médecin traitant : un jeune médecin prend plus de temps pour une consultation qu'un médecin expérimenté.
- Le type de patientèle du médecin généraliste : le temps d'une consultation pour un nourrisson et pour un adulte n'est pas le même.
- La période de l'année durant laquelle l'enquête a été réalisée.
- Le nombre de consultations d'urgence survenu dans la journée : plus il y a d'urgences qui viennent se greffer dans le planning déjà chargée du médecin traitant, plus le temps d'attente sera long.

2.4. Visibilité de l'affiche:

Les affiches sont présentes dans 78% des salles d'attente. La plupart des médecins utilisent les affiches comme un vecteur d'information médicale. (37) La majorité des sondés n'avait pas vu l'affiche mise dans la salle d'attente de leur médecin généraliste (65,2%, soit n=137). Seulement 34,8% des patients avaient l'affiche pour le vaccin anti-HPV. Ces résultats sont nettement bien inférieurs à ceux des études publiées précédemment.

En 1994, les docteurs Ward et Howthorne ont constaté dans leur enquête que 82% des patients avaient remarqué la présence des affiches dans la salle d'attente et 95% de ceux-ci avaient signalé les avoir lues. (38)

Dans notre enquête, malgré que la salle d'attente eût été jugée grande et lumineuse dans la majorité des patients, les affiches ont été vu que par très peu de personnes. Certains sondés reprochaient la taille trop petite de l'affiche ; de plus, dans l'un des deux cabinets, l'affiche était collée sur le mur situé derrière les sièges destinés aux patients.

Il faut également noter que l’affiche n’a été placée que quelques jours avant le début de l’enquête.

On peut donc penser que cette différence de valeur constatée entre notre étude et ceux publiées antérieurement pourrait être expliquée par un défaut de visibilité de l’affiche. Cette différence pourrait être également expliquée par la surcharge des messages au sein des cabinets qui ont un effet de « dilution de l’information ».

Afin d’améliorer l’impact des messages diffusés, le Docteur Sehaki Idris propose dans son enquête de privilégier la qualité des messages diffusés plus que la quantité en augmentant la luminosité dans les salles d’attente, en évitant le surcharge des messages et en renouvelant plus fréquemment (39).

3. Freins à la vaccination contre le HPV:

Dans la partie commentaire: une patiente a précisé qu’elle était contre la poursuite de l’affichage, la raison évoquée était la suivante : «j’ai lu sur un site internet que le vaccin contre le papillomavirus donnait la sclérose en plaque(SEP) !». Cette affirmation est démentie par l’étude réalisée en septembre 2015 par l’ANSM et l’Assurance Maladie sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans. En effet, cette étude a confirmé qu’il n’y avait pas d’augmentation de l’incidence des maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaque après vaccination par Gardasil ou Cervarix. En revanche, il a montré une augmentation du risque de syndrome de Guillain Barré. Mais, devant la rareté de cette maladie (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées), l’ANSM et l’Assurance Maladie estiment que le rapport bénéfice risque de ce vaccin reste favorable. (ANSM 13 septembre 2015).

Selon les données de l’ANSM du 26 novembre 2013, en France plus de 5 millions de doses auraient été distribuées et 15 cas de SEP diagnostiqués, et dans le monde plus de 127 millions de doses auraient été distribuées, et 113 cas de SEP diagnostiqués.

Une autre patiente était réticente à la poursuite de l’affichage car « il y a trop d’effets secondaires graves comme la mort ». Cette patiente est plus inquiète de l’existence de potentiels effets secondaires plutôt que de prendre en considération les bénéfices apportés par ce vaccin.

Une étude anglaise réalisée en 2006 a montré qu’un manque d’information insuffisante à propos du vaccin et sa sécurité d’emploi à long terme était la principale raison de refus de la vaccination. (40) Le devoir d’information et de conseil du médecin paraît être la meilleure réponse à ce frein.

PARTIE 4:CONCLUSION

Les papillomavirus sont des virus ubiquitaires. On en dénombre plus de 200 génotypes différents. Certains sont cancérogènes. Les HPV 16 et 18 sont en cause dans 70% des cancers du col de l’utérus. ; La vaccination contre le HPV est une réelle chance pour les jeunes filles,

il me semble important de promouvoir des stratégies de communication afin que les jeunes filles puissent en bénéficier. L’affichage de message de prévention dans le milieu scolaire serait une idée à développer pour sensibiliser les adolescentes.

Il ressort de cette étude que les patients sont «non demandeurs» d’informations à visé préventif, en effet seul 34,8% ont été réceptifs à la disposition d’une nouvelle affiche dans la salle d’attente de leur médecin généraliste. 39,7% ont déclaré que cette affiche les incitait à en savoir plus sur le vaccin anti-HPV et 48,6% sur le virus HPV et le Cancer du col de l’utérus.

Les parents jouent un rôle central dans les décisions concernant la vaccination de leur enfant, il est donc primordial de les sensibiliser sur ce sujet. Mais, les patients sont largement favorables à la poursuite de l’affichage pour le vaccin anti-HPV. L’échantillon de cette étude étant réduit, d’autres études semblent être nécessaires afin d’évaluer l’impact de l’affiche pour le vaccin anti-HPV mise au sein des cabinets médicaux.

Dans notre étude les hommes étaient moins intéressés par le vaccin, le HPV et le CCU, or notre société évolue, il y a de plus en plus de familles monoparentales. Les hommes ont aussi la garde des enfants; il me semble primordial de les sensibiliser pour une meilleure prévention contre le CCU.

Les affiches, les plaquettes de prévention sont devenues moins attractives dans les cabinets médicaux. Outre de mettre des affiches de prévention plus grandes, de les renouveler régulièrement, et d’éviter les surcharges des messages pour une meilleure visibilité de l’affiche au sein des cabinets, l’utilisation de messages éducatifs audiovisuels dans les cabinets médicaux me semble être une solution d’avenir pour véhiculer efficacement les informations.

BIBLIOGRAPHIE:

1. ANSM 26 novembre 2013 :Vaccination par Gardasil-Questions/Réponse. Publié le 26 novembre 2013. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/QR_Gardasil_26-11-2013.pdf
2. De Villiers, E.M., Fauquet, C., Broker, T.R., Bernard, H.U., Zur Hausen, H.: Cl assification of papillomaviruses. *Virology* 324(1), 17–27 (2004)
3. MONSONEGO J.Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus. Edition Springer, Paris 2007)
4. Extrait de : Joseph MONSONEGO. "L'infection à HPV à bas risque et à haut risque : convergences et divergences ". *Genesis* n° 117, juin 2006. p:10-11.
5. Clavel C, Masure M, Bory JP, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenato M, et al. Human papillomavirus testing in primary screening for the dection of high-grade cervical lesions : a sutdy of 7932 women. *Br J Cancer* 2001 : 84(12) :1616-12
6. HAS juillet 2010 :État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Publié en juillet 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
7. Abma JC, Sonenstein FL.sexuel activity and contaceptive practices among teenagers in the United States, 1988 and 1995. *Vital Health Stat* 2001; 23: 1-79.)
8. Connor N, Catchpole M, Rogers PA, Mac-donald N, Mc Garrigle, simms I et al, sexually transmitted disease among teenagers in England and Wales. *Commun Dis Rep CDR Rev* 1997; 7: R 173-8. *Pub Med*
9. L'infection à HPV: données épidémiologiques françaises. Publié en 2003: <http://www.lecrips-idf.net/informer/dossier-thematique/papillomavirus-humain-cancers/infectionhpv-france.htm>
10. Bosch FX. Epidemiologie des infections à HPV de type muqueux. In: Aubin C, Prétet JL, Mougin C, eds. Paris: Edition TEC&DOC, 2003 : 335-57.
11. Transmission Papillomavirus Humain/HPV/Crips Ile-De-France:en ligne sur: <http://www.lecrips-idf.net/informer/dossier-thematique/papillomavirus-humain-cancers/mode-transmission-hpv.htm>
12. Institut Pasteur:Info HPV/Les PapillomavirusDisponible sur:<http://www.pasteur.fr/fr/sante/info-hpv>
13. HAS:Atualités & Pratique-N°26-février 2011 cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national

14. Taux de couverture par frottis cervico-utérin chez les femmes en France par tranche d'âge, période 2006-2008; InCa. Données réactualisées en octobre 2011.
15. Colposcopie-Docteur Benchimol. Disponible sur: <https://docteur-benchimol.com/colposcopie.html>
16. Directives de dépistage sur le cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <https://www.hpv16-18.fr/hcp/clinical-guidelines---reimbursement/asccp-guidelines.html>
17. Biologie médicale spécialisée/Papillomavirus. Disponible sur: <http://www.biomnis.com/referentiel/liendoc/precis/PAPILLOMAVIRUS.pdf>
18. Extended duration of the detectable stage by adding HPV test in cervical cancer screeningM E van den Akker-van Marie, M van Ballegooijen, L Rozendaal, C J L M Meijer and J D F Habbema1: 200.
19. Walboomer S JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worl-wide. J Pathol 1999; 189:129
20. Exbrayat C. Col de l'utérus. In: Remontet L, Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 O 2000. Paris: Institut de Veille Sanitaire, 2003:107-12.
- 21.Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2000 du cancer du col de l'utérus:Chiffres et Statistiques :Cancer-du-col-uterus. Disponible sur: <http://cancer-du-col-uterus.webnode.com/chiffres-et-statistiques>
22. <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/maladie/le-col-de-l-uterus.html>
- 23.Moscicki AB, Shiboskis, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN et al. Regression of low-grade squamous intra-épithelial lesions in young women. Lancet 2004; 364: 1678-83).
- 24.Dalstein V, Prétet JL, Mougin C. Histoire naturelle de l'infection à HPV muqueux. In, Aubin F,Prétet JL, Mougin,eds. Papillomavirus Humains. Biologie et pathologie tumorale. Paris: Editions TE & Doc, 2003:287-307)
25. HAS septembre 2002:Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
- 26.Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <http://tpecancerducoldeluterus.blogspot.com/p/lhistoire-naturel-du-cancer-du-col-de.html>
- 27.Different Types of Vaccines - History of vaccines: <http://www.historyofvaccines.org/content/articles/different-types-vaccines>
- 28.Calendriers des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

29. HPV: Le Haut Conseil de Santé Publique réactualise les recommandations vaccinales. Disponible sur: <http://www.lecrips-idf.net/informer/actualites-vih-drogue-discrimination-vie-affective/2014-03-14,hpv-le-hcsp-actualise-ses-recommandations-de-vaccination.htm>
30. Méthodologie de l'étude quantitative-AUNEGE/Ressource. Disponible sur: http://ressources.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/83e876d5-3c45-45cb-a888-2af03045ca8e/co/L2_2_2_methodologie_etude_quantitative.html
31. Méthodologie d'enquêtes. Disponible sur: http://www.ulb.ac.be/soco/statrope/cours/stat-d-307/notes/Chap11_0910.pdf.
32. HAS-Prévention. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention
33. Vaccination HPV :Principes,résultats et perspectives. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/118025>
34. Ordre National des Médecins, Les principaux enseignements de l'enquête les conséquences des usages d'internet sur les relations patients médecins, 4 mai 2010.
- 35.. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes-Insee. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip869.pdf
36. Diana Derval- Wait Marketing :communiquer au bon moment au bon endroit-Editions Egrolles-2006)
37. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room :vecteur for health education ?The general practitioner's point of view.BMC res notes.2012
38. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room ? A study in one general practice. Br J Gen Pract.1994 ; 44(389) :583-5 [(Pub Med)
39. Sehaki-Idris, H.,Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé : analyse du regard des médecins généralistes de la Somme et des patients. Faculté de Médecine d'Amiens.2009, université de Picardie Jules Verne,Amiens
40. Brabin L. Uptake of first two doses of human papillomavirus vaccine by adolescent school girls in Manchester : prospective cohort study. BMJ(2008).336/1056.

Annexe 1:

Différences fondamentales épidémiologiques et cliniques entre l'infection à HPV (Human Papillomavirus) à bas risque et à haut risque		
- Extrait de : Joseph MONSONEGO. "L'infection à HPV à bas risque et à haut risque : convergences et divergences". Genesis n° 117, juin 2006. P :10-11.		
Caractéristiques	HPV à bas risque	HPV à haut risque
Types viraux	- Souvent : 6 et 11 - Plus rarement : 42, 44, 50, 53 et 83	Le plus souvent on retrouve les types 16 et 18 dans les lésions immédiatement précancéreuses (Néoplasies intra-épithéliales cervicales de type CIN III) et les cancers
Manifestations cliniques	Condylomes acuminés (CA)	Condylomes plans - Néoplasies intra-épithéliales Cancer
Transmission	- Contact sexuel - Parfois par contact non sexuel : (linge ou surface souillée avec le revêtement génital externe). - Parfois par auto ou hétéro-transmission à partir de verrues digitales lors des attouchements ou de la toilette intime	- Contact sexuel - Contact non sexuel
Cibles le plus souvent concernées pour les lésions	15 - 25 ans : 10 % chez les jeunes de 15 à 25 ans contre 1 % dans la population générale	20 - 70 ans

Annexe 2:

Interprétation d'un frottis du col de l'utérus : système de Béthesda 2001 :

1. SYSTÈME DE BETHESDA 2001 : résumé

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT: Satisfaisant pour évaluation ou Non satisfaisant pour

INTERPRÉTATION/RÉSULTAT

Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (NIL/M). S'il y a lieu, préciser : - présence de micro-organismes : *Trichomonas vaginalis* ; éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ; anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; bactéries de type actinomyces ; modifications cellulaires évoquant un herpès simplex ; - autres modifications non néoplasiques : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ; présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ; atrophie.

Anomalies des cellules malpighiennes : - atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) ; - lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koilocytes/dysplasie légère/CIN 1 ; - lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ; - carcinome malpighien.

Anomalies des cellules glandulaires : - atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ; - atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ; - adénocarcinome endocervical in situ (AIS) ; - adénocarcinome.

Autres (liste non limitative) : - cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

- Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.

2. SYSTÈME DE BETHESDA 2001 : abréviations

AGC atypie des cellules glandulaires (Atypical Glandular Cells) ; ASC atypie des cellules malpighiennes (Atypical Squamous Cells) ; ASC-US atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) ; ASC-H atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL) ; CIN 1 néoplasie* intra-épithéliale cervicale de grade 1 (Cervical Intraepithelial Neoplasia) ; CIN 2 ou 3 néoplasie* intra-épithéliale cervicale de grade 2 ou 3 (Cervical Intraepithelial Neoplasia) ; CIS carcinome in Situ ; HSIL lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion) ; LSIL lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion) ; NIL/M absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité (Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy) ; NOS sans autre précision (Not Otherwise Specified).

* « Néoplasie » désigne ici, au strict sens étymologique du terme, toute formation d'un nouveau tissu, bénin ou malin.

Annexe 3: Le Questionnaire

ENQUETE

Evaluation de l'impact sur les patients, d'une affiche pour le vaccin contre le papillomavirus humain.



Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en médecine à la faculté de médecine d'Amiens. Dans le cadre du travail de recherche de ma thèse de médecine générale, je m'intéresse à l'évaluation de l'impact sur les patients, d'une affiche pour le vaccin contre le papillomavirus (vaccin anti HPV), située dans la salle d'attente de médecins généralistes de Picardie. Pour cette recherche, je vous propose de remplir ce questionnaire qui est bien sûr anonyme.

Vos réponses sont primordiales dans l'interprétation des résultats de cette étude et le questionnaire doit être complété en totalité pour être validé.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Sivalogini Sivasooriyalingam Ponrasa.

A PROPOS DU PAPILLOMAVIRUS (HPV) ET DU VACCIN ANTI-HPV



Questionnaire strictement anonyme destiné aux patients

I – Pouvez-vous vous identifier ?

1. Sexe : ☐ F
☐ M
2. Age ?
3. Profession? ☐ Agriculteurs
☐ Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprises
☐ Cadres (professions libérales, professeurs, ingénieurs)
☐ Professions intermédiaires (techniciens, cadre moyen, instituteurs)
☐ Employés
☐ Ouvriers
☐ Sans activités
☐ Etudiants
4. Avez-vous des enfants? ☐ Oui
☐ Non
Si oui , précisez le nombre de fille(s) ainsi que leur âge :
5. Lieu de résidence : ☐ Urbain
☐ Rural
☐ Semi-rural

6. Rythme des consultations chez le médecin généraliste.

- ☐ 1/mois
- ☐ >1/mois
- ☐ <1/an

7. En moyenne, combien de temps patientez-vous en salle d'attente?

- ☐ 15min
- ☐ 30min
- ☐ 60min et plus
- ☐ <15min

II La salle d'attente de votre médecin généraliste .

8. Comment qualifiez-vous la salle d'attente de votre médecin généraliste ?

- ☐ Spacieuse
- ☐ Etroite
- ☐ De taille moyenne

9. La salle d'attente est-elle lumineuse et accueillante ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10 . Quels sont les éléments mis à votre disposition dans la salle d'attente?

- ☐ Magazines peopies
- ☐ Revues médicaux
- ☐ Télévision
- ☐ Affiches concernant les moyens de
prévention
- ☐ Plaquettes
- ☐ Autre(s)

III – Concernant l'affiche sur le vaccin anti-HPV :

11. Avez-vous remarqué la présence de cette affiche dans la salle d'attente ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, précisez pourquoi ?

- ☐ Je ne regarde jamais les affiches

- ☐ Je ne l'ai pas vu car il y a trop d'affiches dans la salle d'attente
- ☐ Je n'ai pas eu le temps de voir l'affiche
- ☐ Autre(s)

12. Cette affiche vous incite-t-elle à en savoir plus sur le vaccin anti-HPV ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, précisez :

- ☐ Cela ne m'intéresse pas
- ☐ Je ne me sens pas concerné par ce vaccin
- ☐ Je me suis déjà informé(e) auprès d'un professionnel de santé
- ☐ Je me suis déjà informé(e), auprès de la famille, ami(es)

- ☐ Je suis contre ce vaccin

13. Cette affiche vous incite_t-elle à en savoir plus sur le virus HPV et le cancer du col ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, précisez pourquoi?

- ☐ Cela ne m'intéresse pas
- ☐ Je ne me sens pas concerné
- ☐ Je me suis déjà informé(e) auprès d'un professionnel de santé
- ☐ Je me suis déjà renseigné(e) auprès de la famille, ami(es), via internet

14. Pensez-vous qu'il est utile de continuer à mettre cette affiche dans la salle d'attente?

- ☐ Oui
- ☐ Non

15. Etes-vous favorable à la vaccination anti-HPV ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, précisez pourquoi ?

- ☐ Peur de la Sclérose en plaque
- ☐ peur de l' effet de(s) adjuvant(s) tel
que l' aluminium
- ☐ Cout
- ☐ pas assez de reculs
- ☐ Autre(s) :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie vivement de votre disponibilité .

Annexe 4 : L'affiche mise à la disposition des patients.

MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET VACCINATION HPV

La vaccination des jeunes filles contre les papillomavirus humains (HPV) est un moyen complémentaire de prévention du cancer du col de l'utérus recommandée **chez les filles entre 11 et 14 ans**. Elle doit être réalisée avant le début de la vie sexuelle, pour les protéger avant qu'elles ne soient exposées au risque d'infection. La réponse vaccinale est meilleure quand la vaccination est initiée à un âge plus précoce. La vaccination peut également être proposée **en rattrapage aux jeunes filles jusqu'à l'âge de 19 ans révolus**.

VOUS POUVEZ

- **Sensibiliser vos patientes** à l'importance de cette vaccination et particulièrement les **jeunes filles de milieu socio-économique défavorisé et leurs parents**, susceptibles d'être moins bien dépistées plus tard.
- **Informersur l'importance de réaliser les 2 ou 3 injections (selon l'âge)**, indispensables pour obtenir une protection durable. Toutefois, lorsque le schéma vaccinal est interrompu, il n'est pas nécessaire de refaire un schéma complet. Les doses manquantes peuvent être administrées au-delà de l'intervalle des 12 mois après la première dose.
- **Profiter du rendez-vous vaccinal prévu au même âge (11-13 ans)** pour le rappel dTcaP afin d'initier ou de compléter la vaccination contre les HPV.
- **Répondre aux inquiétudes éventuelles sur ce vaccin** : les effets secondaires les plus fréquemment observés sont des réactions locales au point d'injection, parfois de la fièvre, et plus rarement des syncopes vaso-vagales justifiant la recommandation d'une surveillance médicale de quinze minutes après la vaccination. Le plan de gestion des risques de l'ANSM ne montre pas, à ce jour, de complications significatives associées à la vaccination, ni d'augmentation du risque de survenue d'une maladie auto-immune.

VACCINATION

VACCIN QUADRIVALENT

11-13 ANS révolus :
2 doses espacées de 6 mois

VACCIN BIVALENT

11-14 ANS révolus :
2 doses espacées de 6 mois

14-19 ANS révolus :
3 doses (0, 2 et 6 mois)

15-19 ANS révolus :
3 doses (0, 1 et 6 mois)

DÉPISTAGE

25-65 ANS :
1 frottis tous les 3 ans,
même chez les femmes
vaccinées

DES OUTILS DE FORMATION ET D'INFORMATION A VOTRE DISPOSITION

POUR VOUS sur www.e-cancer.fr

- Un dossier d'information dédié.
- Un module de formation en e-learning.
- Un guide ALD sur la prise en charge et le parcours de soins d'une patiente atteinte d'un cancer invasif du col utérin.

POUR VOS PATIENTES

- Des dépliants et affichettes sur le dépistage et la vaccination. Pour commander gratuitement ces outils, rendez-vous sur www.e-cancer.fr/publications.



Tous droits réservés par l'INCa

FR01234 - FRAN000000692 - sept 2015

EVALUATION DE L'IMPACT SUR LES PATIENTS D'UNE AFFICHE DE PREVENTION POUR LE VACCIN CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS, MISE DANS LA SALLE D'ATTENTE DES MEDECINS GENERALISTES, EN PICARDIE.

Résumé:

Introduction: Les papillomavirus 16 et 18 sont en cause dans 70% des cancers du col de l'utérus. La vaccination contre le HPV est un point clé dans la prévention du cancer du col de l'utérus. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact sur les patients d'une affiche de prévention pour le vaccin anti-Hpv, mise dans la salle d'attente des médecins généraliste, en Picardie.

Matériels et méthodes: Etude quantitative, descriptive, menée auprès de 210 patients via une auto questionnaire. Dans deux cabinets médicaux, une même affiche pour le vaccin anti-Hpv avait été initialement placée. Les réponses aux questionnaires ont été analysées à l'aide du logiciel Sphinx.

Résultats: 89% des sondés étaient des femmes. 34,8% ont remarqué la présence de l'affiche dans la salle d'attente de leur médecin généraliste ; 65,2% ne l'ont pas vu, la raison principale évoquée était qu'elles n'avaient « pas eu le temps de la voir » (37,2%). La majorité des patients ont déclaré que la présence de cette affiche ne les incitait pas à en savoir plus ni sur le vaccin anti-Hpv (40%), ni sur l'Hpv et le cancer du col de l'utérus (51,4%). Le message était mieux perçu par les moins de 18 ans et les 25-65 ans. Ils étaient respectivement intéressés par le vaccin à 50% et 45,5% et par l'HPV et le cancer du col et 58,3% et à 54,2%. 91,4% étaient favorables à la poursuite de l'affichage.

Discussion: Deux cabinets de l'Oise ont été volontairement choisis (biais de sélection). L'échantillon étudié n'est pas représentatif. Les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population générale.

Conclusion: les patients sont «non demandeurs» d'informations à visé préventif. L'utilisation d'affiches plus attractives et de messages audio-visuels est une solution d'avenir pour véhiculer efficacement les messages de prévention.

Mots clés: Hpv, vaccin, affiche, prévention, Cancer du col de l'utérus, salle d'attente

HPV vaccine prevention poster' impact on patients in a doctor's waiting room in Picardie.

Abstract:

Introduction: The papillomavirus 16 and 18 are involved in 70 per cent of cervical cancers. The vaccination against HPV is a key point for cervical cancers. Our study's objective was to assess the impact of a prevention poster for the HPV vaccine on patients, in the waiting room of generalist physicians, in Picardy.

Tools and methods: Quantitative study, descriptive, conducted with 210 patients via an self-administered questionnaire, same prevention poster was initially posted in two medical practices. Responses have been analysed using Sphinx.

Results: 89% of respondents were women. 34,8% noticed the poster in the waiting room ; 65,2% did not see it ; main reason « they did not have the time to see it » (37,2%). The majority of patients stated the poster would not encourage them to learn more on neither the anti-HPV (40%) vaccine nor HPV and cervical cancer (51,4%). The message was better perceived by 25-65 years and children under the age of 18. They were interested in the vaccine 45,5% and 50%, and by HPV (54,2%) and by cervical cancers (58,3%). 91,4% favoured continued display.

Discussions : two medical practices were voluntarily selected in Oise (selection bias). The sample is not representative. The results are not extrapolated to the population.

Conclusion: Patients are « not seeking » preventive information. Attractive posters and audio-messages are the solutions to convey effective prevention messages in the future.

Keywords: Hpv, vaccine, displays, prevention, cancer cervix, waiting room