



HAL
open science

Connaissances, croyances et comportements des femmes consultant au CeGIDD du CHU Félix Guyon de Saint-Denis-de-la-Réunion sur les papillomavirus humains et le dépistage du cancer du col de l'utérus : proposition de réalisation du frottis cervico-utérin au CeGIDD

Clémentine Jacques

► **To cite this version:**

Clémentine Jacques. Connaissances, croyances et comportements des femmes consultant au CeGIDD du CHU Félix Guyon de Saint-Denis-de-la-Réunion sur les papillomavirus humains et le dépistage du cancer du col de l'utérus : proposition de réalisation du frottis cervico-utérin au CeGIDD. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01566906

HAL Id: dumas-01566906

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566906>

Submitted on 21 Jul 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 N° 102

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE
Spécialité : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 04 juillet 2017

Par Clémentine JACQUES
Née le 16/02/1989 au Blanc Mesnil (93)

CONNAISSANCES, CROYANCES ET COMPORTEMENTS DES FEMMES
CONSULTANT AU CEGIDD DU CHU FELIX GUYON DE SAINT DENIS DE
LA REUNION SUR LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS ET LE DEPISTAGE DU
CANCER DU COL DE L'UTERUS. PROPOSITION DE REALISATION DU
FROTTIS CERVICO-UTERIN AU CEGIDD.

Directeur de thèse
Madame le Docteur Carole RICAUD

Rapporteur
Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER

Jury

Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD
Madame le Docteur Carole RICAUD
Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER
Madame le Docteur Line RIQUEL
Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Président
Membre
Membre
Membre

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD

Professeur des Universités, praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique, Hôpital Félix Guyon, CHU de Saint Denis de La Réunion. Président de Jury.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Merci pour votre enseignement lors de mon stage en gynécologie-obstétrique. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER

Médecin généraliste. Maître de Conférence Associé. Département de Médecine Générale. UFR Santé de la Réunion.

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être mon rapporteur. Merci pour vos conseils dans la dernière ligne droite et votre disponibilité. Veuillez accepter toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Line RIQUEL

Médecin généraliste. Maître de Conférence Associé. Département de Médecine Générale. UFR Santé de la Réunion.

Merci pour vos enseignements de médecine générale durant ces trois années d'internat. Vous avez accepté de siéger à mon jury de thèse. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Médecin généraliste. Maître de Conférence Associé. Département de Médecine Générale. UFR Santé de Bordeaux.

Vous avez accepté de siéger dans mon jury de thèse. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur Carole RICAUD

Praticien hospitalier dans le service d'immunologie du CHU Felix Guyon

Je te remercie de m'avoir suggéré ce travail et d'avoir accepté de le diriger. Merci pour ton aide et tes encouragements.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Chirpaz de l'Unité Soutien Méthodologique du CHU. Je vous remercie d'avoir accepté de traiter les données de ce travail. Un grand merci pour votre aide, votre disponibilité et votre rapidité.

Aux secrétaires du CeGIDD qui nous ont aidé dans le recueil des questionnaires. Merci à toutes.

Merci à Philippe S pour son aide dans la traduction du résumé.

Aux équipes des urgences, médecine polyvalente, pédiatrie, gynécologie et maladies infectieuses du CHU Felix Guyon qui m'ont accompagné lors de mon internat. Un grand merci pour votre accueil, votre enseignement et votre aide.

Aux Dr Alexandra Pareau, Dr Michel Der Kasbarian, Dr Christophe Ottenwaelder, Dr Philippe Dalon et Dr Cécile Schutz : merci de m'avoir accueillie dans vos cabinets et de m'avoir donné le goût de la médecine générale.

A mes futurs associés : Dr Christine Der Kasbarian et Dr Maryse Mondon-Banabera

A mes co-externes de Paris : Audrey, Julia, LauraF, LauraM, Noëlie, CaroB, Lou, Nico, Paul, Max, Hugo, Matthieu, Samuel, Audrey C., Eleonore, Juliette.

Et surtout à Caroline sans qui ces années d'externat n'auraient pas été les mêmes. Merci d'avoir été là. Merci pour ta relecture et tes précieux conseils.

A mes co-internes et amies : merci pour nos bons moments de détente entre filles. Un grand merci pour vos relectures.

A Esther, Aude, Séverine, Loraine, Lisa et Clara.

A mes autres co-internes : Xavier, Julie L, Julie D, Mahé, Cécilia, Sébastien, Paul, Quentin, Alexandra, Stéphanie ...

A mes autres amis : Méryl, Laura, Garance, Joao et Nadia, Cécile et Pierre, Céline et Eric ...

A Audrey et Olivier. Une belle rencontre. J'espère qu'on se reverra régulièrement après votre retour sur Brest. A nos prochaines vacances en famille.

A Gwenola et Erwan. Merci pour votre amitié et votre présence à nos côtés.

A Michèle et Gérard, nos parents d'adoption sur notre magnifique île. Merci pour votre aide et pour tout ce que vous nous apportez et ce que vous faites pour Jules.

A mon frère, je suis fière de toi.

Au reste de la famille, mes grands-parents, oncle, tante, cousins et cousine.

A ma belle famille pour leur soutien et leur affection.

A mes très chers parents. Un énorme merci d'avoir toujours été là pour nous et de nous avoir toujours soutenu et accompagné. L'éducation est un travail difficile que vous avez pleinement accompli avec nous. J'espère faire aussi bien que vous. Encore merci !

A mon fils, Jules, mon rayon de soleil. A Thomas, merci d'être à mes côtés. A tous nos projets en cours et à venir. Je vous aime.

ABREVIATIONS

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CIN : Néoplasie Cervicale Intra épithéliale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSS : Centre de Santé Sexuelle

DO : Dépistage Organisé

HPV : Human Papillomavirus

HSIL : Lésion Malpighienne Intra épithéliale de Haut grade

IST : Infection Sexuellement Transmissible

FCU : Frottis Cervico-Utérin

LSIL : Lésion Malpighienne Intra épithéliale de Bas grade

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RS : Rapport Sexuel

TIS : Taux d'incidence standardisé

Table des matières

PREAMBULE	11
I. D'une IST ... Au cancer du col de l'utérus	11
1. Infection à HPV	11
1.1 Epidémiologie.....	11
1.2 Transmission.....	11
1.3 Lésions liées aux HPV (sauf cancer du col de l'utérus).....	12
2. Evolution vers le cancer.....	12
2.1 Facteurs de risque.....	14
3. Cas particuliers : les IST à la Réunion	14
3.1 La sexualité à la Réunion : précocité sexuelle et IST fréquentes.....	14
II. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin	15
1. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus	15
2. Le frottis cervico-utérin	15
3. Taux de couverture	16
4. Freins au dépistage	17
5. Dépistage non organisé.....	18
6. Le test HPV / auto prélèvement	20
III. Prévention du cancer du col de l'utérus	20
1. Prévention primaire : la vaccination.....	20
2. Prévention secondaire : le frottis cervico-utérin.....	22
IV. CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST	23
1. Création des CeGIDD	23
2. Missions	23
INTRODUCTION	25
METHODE	27
I. Type d'étude	27
II. Population de l'étude	27
III. Recueil des données	27
IV. Elaboration du questionnaire	28
V. Analyse des données	29
RESULTATS	32
I. Caractéristiques de l'échantillon :	32
1. Diagramme de flux	32
2. Âge des femmes consultant au Centre de Santé Sexuelle.....	33
3. Lieu de naissance	34
4. Niveau socio-éducatif.....	34
5. Tabac.....	35
6. Suivi médical.....	36
7. Pratiques sexuelles	37
7.1 Âge du premier rapport sexuel	37
7.2 Nombre de partenaires sexuels	37
7.3 Utilisation du préservatif.....	38
7.4 Contraception	38
7.5 Grossesse	39
7.6 Motifs de consultation au CeGIDD	39
7.7 Antécédents d'infection sexuellement transmissible.....	40
II. Connaissances HPV / cancer du col de l'utérus	40
1. Concernant les connaissances sur le frottis cervico utérin	40
1.1 Intérêt du FCU	40

1.2	Âge du premier FCU	41
1.3	Rythme des FCU	41
1.4	Qui peut réaliser un FCU ?	42
2.	Concernant les connaissances sur les HPV	42
2.1	Le cancer du col de l'utérus est une Infection Sexuellement Transmissible	42
2.2	Connaissances des Papillomavirus Humains	43
2.3	HPV responsable du cancer du col de l'utérus, de condylomes et d'autres cancers (anus, pharynx)	44
2.4	Transmission du Papillomavirus Humains	44
2.5	Fréquence des infections à HPV	45
2.6	Mode de transmission	45
2.7	Prévention primaire : Vaccination anti-HPV	46
3.	Scores de connaissance	48
3.1	Le score de connaissance global	48
3.2	Le score de connaissance sur les HPV	48
3.3	Le score de connaissance sur le moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU	49
III.	Vaccination	49
IV.	Dépistage par Frottis cervico-utérin	50
1.	Nombre de femmes ayant déjà eu un Frottis cervico-utérin	50
2.	Qui a réalisé le frottis cervico-utérin ?	51
3.	Frottis Cervico-Utérin à jour	52
4.	Motifs de non réalisation du frottis	52
5.	Proposition de réalisation du frottis au Centre de Santé Sexuelle	53
6.	Réalisation et résultats du frottis	56
6.1	Résultats des FCU réalisés au Centre de Santé Sexuelle du CHU Felix Guyon	56
V.	Analyse bivariée	57
1.	Score de connaissance en fonction des données socio-démographiques	57
2.	Score de connaissance en fonction des antécédents et des pratiques sexuelles	59
3.	Score de connaissance en fonction : « FCU à jour »	61
4.	Score de connaissance en fonction de la source d'information concernant l'HPV	61
5.	Score de connaissance en fonction de la vaccination et des sources d'information sur la vaccination	64
DISCUSSION		66
I.	Résultats obtenus	66
1.	Connaissances et croyances des femmes	66
1.1	Connaissances sur les Papillomavirus Humains	66
1.2	Connaissances sur le frottis cervico-utérin	67
1.3	Facteurs liés à une bonne connaissance de l'infection à HPV	67
1.4	Facteurs liés à une bonne connaissance du frottis	68
2.	Couverture par FCU	68
3.	Proposition de réalisation du frottis cervico-utérin au CeGIDD	69
3.1	Acceptabilité de l'offre	69
3.2	Réalisation du Frottis Cervico Utérin	70
II.	Méthode	70
1.	Atouts de l'étude	70
2.	Limites de notre étude	71
III.	Amélioration des connaissances	73
1.	Rôle du médecin traitant	73
2.	Rôle des médias	74
3.	Rôle de l'école	75
4.	Rôle des CeGIDD	75
IV.	Perspectives	76
CONCLUSION		77
Bibliographie		79
Annexes		84

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Histoire naturelle des infections par le papillomavirus	13
Figure 2 : Prévention primaire et secondaire du cancer du col utérin	20
Figure 3 : Répartition des femmes en fonction de leur âge	33
Figure 5 : Lieu de naissance des femmes interrogées.	34
Figure 6 : Niveau d'études des femmes interrogées	34
Figure 7 : Couverture sociale des femmes interrogées	35
Figure 8 : Répartition des femmes tabagiques	35
Figure 9 : Répartition des femmes ayant un médecin traitant	36
Figure 10 : Répartition des femmes en fonction de leur suivi médical par leur médecin traitant (> ou < une fois /an).....	36
Figure 11 : Part des femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du col de l'utérus	36
Figure 12 : Répartition des femmes en fonction de l'âge du premier rapport sexuel	37
Figure 13 : Répartition des femmes en fonction du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	37
Figure 14 : Utilisation du préservatif de manière systématique lors de rapports sexuels occasionnels	38
Figure 15 : Moyens de contraception utilisés par les femmes interrogées.....	38
Figure 16 : Pourcentage de femmes ayant déjà été enceintes	39
Figure 17 : Motifs de consultation au centre de santé sexuelle.....	39
Figure 18 : Pourcentage de femmes ayant déjà contracté une IST	40
Figure 19 : Intérêt du FCU vu par les femmes du CSS	40
Figure 20 : Age de la réalisation du premier FCU vu par les femmes du CSS	41
Figure 21 : Rythme de réalisation du FCU vu par les femmes au CSS	41
Figure 22 : Part des femmes consultant au CSS pensant que le FCU peut être réalisé par un(e) gynécologue (a), infirmière (b), médecin généraliste (c) ou une sage-femme (d)	42
Figure 23 : Part des femmes pensant que le cancer du col de l'utérus est la conséquence d'une infection sexuellement transmissible le plus souvent.	42
Figure 24 : Pourcentage des femmes qui ont déjà entendu parler des HPV	43
Figure 25 : Sources d'information concernant la connaissance des HPV	43
Figure 26 : Pourcentage de femmes pensant que l'infection à HPV peut être responsable du cancer du col de l'utérus (a), de condylomes (b) et d'autres cancers type pharynx, anus ... (c)	44
Figure 27 : Pourcentage de femmes pensant que l'infection à HPV peut toucher les hommes, les femmes ou les 2	44
Figure 28 : Fréquence des infections à HPV vue par les femmes du CSS.....	45

Figure 29 : Différents modes de transmission de l'infection à HPV vus par les femmes du CSS...	45
Figure 30 : Part des femmes pensant que le préservatif protège totalement des HPV	46
Figure 31 : Part des femmes qui ont déjà entendu parler du vaccin anti-HPV	46
Figure 32 : Sources d'information concernant le vaccin anti-HPV	46
Figure 33 : Pensez-vous que le vaccin protège totalement contre les HPV ?	47
Figure 34 : Part des femmes pensant qu'une fois vaccinée, le dépistage par FCU reste nécessaire	47
Figure 35 : Part des femmes ayant un score de connaissance global : <5, de 5 à 9, de 10 à 14, >14	48
Figure 36 : Part des femmes ayant un score de connaissance concernant les HPV : <5, de 5 à 9, de 10 à 14, >14	48
Figure 37 : Part des femmes ayant un score de connaissance concernant le FCU : <5, de 5 à 9, de 10 à 14, >14	49
Figure 38 : Pourcentage de femmes vaccinées parmi les femmes qui auraient dû l'être	49
Figure 39 : Pourcentage de femmes ayant déjà réalisé un FCU	50
Figure 40 : Pourcentage de femmes en fonction de la date de leur dernier FCU	50
Figure 41 : Personnel médical ayant réalisé le dernier frottis cervico-utérin des femmes	51
Figure 42 : Comparaison de la réalisation du FCU entre les moins de 25 ans et les 25 ans ou plus	52
Figure 43 : Motifs de non réalisation du FCU	52
Figure 44 : Pourcentage des femmes qui trouvent la proposition de réaliser le FCU sur place au CSS utile	53
Figure 45 : Pourcentage de femmes qui préféreraient réaliser leur FCU au Centre de santé sexuelle	53
Figure 46 : Intérêts pour les femmes de réaliser leur FCU sur place au centre de santé sexuelle ...	53
Figure 47 : Part des femmes qui préfèrent que le FCU soit réalisé par un homme, une femme ou indifférent	54
Figure 48 : Part des femmes qui souhaitent réaliser leur frottis au centre de santé sexuelle en fonction de leur classe d'âge (> ou < 25 ans)	54
Figure 49 : Suivi médical des femmes en fonction du souhait de réaliser leur prochain FCU au CSS	55
Figure 50 : Score de connaissance globale entre les femmes qui ont accepté de réaliser le FCU au CSS et celles qui ont refusé	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : probabilité de régression, de persistance et d'évolution des CIN	13
Tableau 2 : Programmes de Dépistage Organisé (DO) du cancer du col de l'utérus couvrant l'ensemble du territoire national dans les pays d'Europe en 2013	19
Tableau 3 : Missions du CeGIDD	24
Tableau 4 : Analyse des facteurs socio-démographiques significativement associés au score de connaissance global	57
Tableau 5 : Analyse des facteurs socio-démographiques significativement associés au score de connaissance sur les HPV	57
Tableau 6 : Analyse des facteurs socio-démographiques significativement associés au score de connaissance sur le frottis	58
Tableau 7 : Analyse des antécédents et pratiques sexuelles significativement associés au score de connaissance global	59
Tableau 8 : Analyse des antécédents et pratiques sexuelles significativement associés au score de connaissance sur les HPV	59
Tableau 9 : Analyse des antécédents et pratiques sexuelles significativement associés au score de connaissance sur le frottis	60
Tableau 10 : Analyse des moyennes des scores de connaissance en fonction d'avoir un FCU jour ou non	61
Tableau 11 : Analyse des sources d'information sur les HPV significativement associées au score de connaissance global	61
Tableau 12 : Analyse des sources d'information sur les HPV significativement associées au score de connaissance sur les HPV	62
Tableau 13 : Analyse des sources d'information sur les HPV significativement associées au score de connaissance sur le frottis	62
Tableau 14 : Analyse des sources d'information sur la vaccination, significativement associées au score de connaissance global	64
Tableau 15 : Analyse des sources d'information sur la vaccination, significativement associées au score de connaissance sur les HPV	64
Tableau 16 : Analyse des sources d'information sur la vaccination, significativement associées au score de connaissance sur le frottis	65

PREAMBULE

I. D'une IST ... Au cancer du col de l'utérus.

1. Infection à HPV

1.1 Epidémiologie

Les Papillomavirus Humains (HPV / Human Papillomavirus) sont des infections virales extrêmement répandues qui infectent la peau et les muqueuses.

L'infection à HPV est la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles. Elle touche principalement les femmes jeunes dans les premières années de vie sexuelle avec un pic de prévalence entre 15 et 25 ans (40% dans les deux ans suivant le premier rapport sexuel) (1).

Une centaine de génotypes ont été mis en évidence dont une quarantaine qui infectent la sphère ano-génitale (2).

Parmi ceux-ci, on distingue :

- Les HPV à haut risque : retrouvés dans les lésions précancéreuses et cancéreuses. Des HPV sont retrouvés dans 99,7% des cancers du col utérin. Les génotypes 16, 18, 31, 33 et 45 sont présents dans 83% des cancers du col utérin au niveau mondial. Les génotypes 16 et 18 représentent près de 70% des cancers du col utérin en Europe (3).
- Les HPV à bas risque : non carcinogènes. Les types 6 et 11 sont retrouvés dans près de 90% des condylomes ou lésions malpighiennes de bas grade.

En France, en 2013, les HPV 16 et 18 étaient retrouvés dans 47% des lésions de haut grade (64% chez les moins de 30 ans). Le HPV 16 est détecté dans 54 % des cancers du col invasifs (4).

La majorité de la population sera un jour en contact avec un HPV ; le risque de contracter une infection par un HPV au cours de sa vie étant d'environ 70 à 80%.

1.2 Transmission

La transmission se fait par contact direct entre les muqueuses génitales. Tout acte sexuel même sans pénétration est à risque d'infection par les HPV.

Les préservatifs ne sont que partiellement efficaces contre les HPV car le virus peut se trouver sur des zones non protégées par le préservatif comme la vulve et le périnée chez la femme, le scrotum chez l'homme et la région péri anale et l'anus dans les deux sexes. Toutefois, le préservatif contribue à réduire le risque de transmission de 70% (5).

1.3 Lésions liées aux HPV (sauf cancer du col de l'utérus)

Lésions génitales non cancéreuses :

Lésions condylomateuses :

- Forme acuminée (crête de coq) : lésion bourgeonnante plus ou moins pédiculée, unique ou multiple.
- Forme papuleuse : lésion en relief, rosée, lisse bien circonscrite, isolée ou en nappe.
- Forme plane.

Néoplasie intra épithéliale vaginale

Néoplasie vulvaire intra épithéliale

Cancers de l'oropharynx et du canal anal.

Les HPV 16 et 18 sont retrouvés dans 90% des cas de ces deux cancers qui sont en constante augmentation d'incidence (1).

2. Evolution vers le cancer

La majorité des infections à HPV sont asymptomatiques, transitoires et vont régresser spontanément en 6 à 18 mois. La plupart de ces infections ne sont pas associées à des anomalies cytologiques.

L'histoire naturelle comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses (Néoplasies cervicales intra épithéliales ou CIN). Pour chaque lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal et une probabilité de persistance et de progression vers un stade plus avancé en carcinome in situ (assimilé au CIN 3) et cancer invasif.

La persistance d'une infection à HPV à haut risque peut être à l'origine de lésions intra épithéliales de bas grade ou CIN 1. Celles-ci peuvent évoluer vers des lésions intra épithéliales de haut grade ou CIN 2 / CIN 3 (lésions pré cancéreuses) en plusieurs années dans environ 40% des cas. Ces lésions précancéreuses peuvent régresser ou progresser vers un cancer invasif du col de l'utérus dans un délai de 5 à 20 ans dans moins de 20% des cas. L'évolution est généralement extrêmement lente ; une vingtaine d'années s'écoule entre l'infection à HPV et le développement en cancer du col de l'utérus (1) (6).

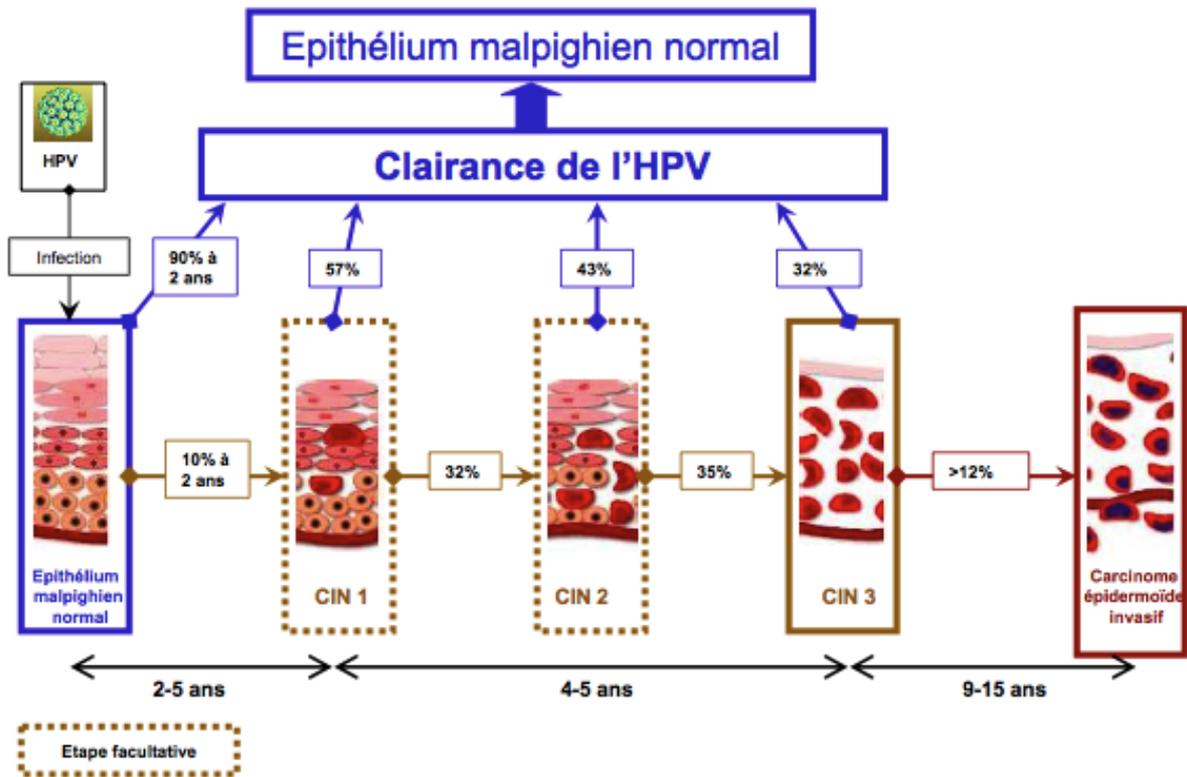


Figure 1 : Histoire naturelle des infections par le papillomavirus (7)

	Lésions de bas grade			Lésions de haut grade		
	ASC-US (%)	LGSIL (%)	CIN 1 (%)	HGSIL (%)	CIN 2 (%)	CIN 3 (%)
Régression	68	47	57	35	43	32
Persistance	25	32	32	40	35	< 56
Progression vers un CIN 3	7*	21*	11	23*	22	-
Progression vers un carcinome invasif	0,25*	0,15*	1	1,44*	5	>12

Tableau 1 : probabilité de régression, de persistance et d'évolution des CIN (8)

2.1 Facteurs de risque

L'infection persistante à HPV est nécessaire mais non suffisante pour expliquer le développement en cancer du col de l'utérus.

Différents facteurs liés au virus, à l'hôte ou au mode de vie ont été démontrés comme influençant l'acquisition et l'évolution de l'infection par HPV en cancer du col de l'utérus (17).

- **Cofacteurs exogènes** : co-infection par le VIH ou autres infections sexuellement transmissibles (chlamydiae, gonocoque, virus herpes simplex HSV2 (9)), tabac, utilisation prolongée de contraceptifs oraux (10)...

- **Cofacteurs liés à l'hôte** : précocité des rapports sexuels, multiplicité des partenaires sexuels, parité élevée, immunodéficience.

- **Cofacteurs liés aux papillomavirus Humains** : génotypes 16 et 18, infection simultanée par plusieurs types oncogéniques, forte charge virale.

3. Cas particuliers : les IST à la Réunion

Le Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 en direction des populations d'Outre-Mer plaçait la Réunion comme une cible spécifique dans la stratégie de prévention en France.

La lutte contre le VIH/sida et les IST constituait une priorité régionale de santé, inscrite dans le Projet de Santé Réunion Mayotte 2012-2016.

3.1 La sexualité à la Réunion : précocité sexuelle et IST fréquentes

Les infections sexuellement transmissibles sont très précoces à la Réunion. 23% soit près d'une femme sur 4 ont déclaré dans l'enquête KABP de 2012 avoir déjà contracté une IST (11). D'après les données du réseau RésIST, les gonococcies les plus précoces ont été observées à l'âge de 14 ans et les sérologies positives TPHA/VDRL à 16 ans pour les femmes. La majorité des cas d'IST surviennent entre 15 et 25 ans avec un pic entre 15 et 19 ans (12).

II. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin

1. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le second cancer féminin en termes d'incidence à l'échelle mondiale (Taux d'Incidence Standardisé sur la population mondiale (TIS) estimé à 15,2/100 000). Il existe de grandes disparités entre les pays, avec des TIS moyens de l'ordre de 6 à 10/100 000 femmes dans les pays industrialisés et qui peuvent atteindre près de 90/100 000 dans les pays en voie de développement.

Avec environ 3000 cas et 1100 décès, le cancer du col de l'utérus était en 2012, le 11^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme en France métropolitaine et le 10^{ème} en termes de mortalité.

Depuis 1980, l'incidence de ce cancer ne cesse de diminuer, le taux d'incidence standardisé étant passé de 15/100000 femmes en 1980 à 6,7/100000 en 2012.

A la Réunion, le cancer du col de l'utérus est le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez les femmes après le cancer du sein et le cancer colorectal, avec un TIS à 10,8/100 000 en 2012 (Registre des Cancers de la Réunion) qui est donc 40% supérieur à celui estimé pour la France métropolitaine (6,7/100 000) (13) (14).

En France, la mortalité du CCU diminue aussi depuis 1980 ; le taux de mortalité standardisé étant passé de 5 cas pour 100000 femmes en 1980 à 1,8 pour 100000 femmes en 2012. Près de deux-tiers (63 %) des femmes diagnostiquées en France avec un cancer du col de l'utérus survivent à leur cancer après 5 ans, et 6 femmes sur 10 (59 %) après 10 ans (survie nette standardisée). La survie est plus élevée pour les femmes âgées de moins de 45 ans lors du diagnostic. Elle passe de 85% 5 ans après le diagnostic chez les femmes de moins de 45 ans à 31 % pour celles de 75 ans et plus (15) (16).

2. Le frottis cervico-utérin

Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par frottis cervico-utérin (FCU).

Le frottis cervico-utérin consiste en une analyse cytologique sur un prélèvement de cellules à la zone de jonction squamo-cylindrique entre l'exocol et l'endocol. Il est réalisé sur lame ou en milieu liquide.

D'après les recommandations HAS, le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par frottis cervico-utérin chez les femmes entre 25 et 65 ans et doit être réalisé tous les 3 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle (17).

L'âge d'entrée dans le dépistage est toujours de 25 ans à l'exception de la Guyane. Il n'a pas été recommandé de dépister plus tôt car :

- L'infection à HPV est fréquente chez les jeunes mais le plus souvent spontanément résolutive
- Seul un faible pourcentage aboutit à un cancer invasif
- Il est très rare de diagnostiquer un cancer du col de l'utérus chez les femmes de moins de 30 ans car il faut habituellement 10 à 20 ans pour passer d'un stade précancéreux à un cancer invasif
- Il existe un risque de dépister des lésions qui n'évolueraient pas mais qui seraient traitées une fois trouvées, ce qui impliquerait des traitements inutiles et un rapport coût/efficacité non bénéfique

Cependant, un démarrage anticipé du dépistage peut éventuellement être discuté si des circonstances peuvent évoquer un risque majoré de cancer du col de l'utérus : partenaires multiples (en l'absence de définition unanime $\geq 3-5/\text{an}$), infection sexuellement transmissible chronique, infection par le VIH. Les recommandations pour les patientes atteintes du VIH sont de réaliser un FCU annuel (17).

3. Taux de couverture

Le taux de couverture du dépistage par FCU est encore trop faible. Il a été estimé à 58% en 2007-2009 en métropole. Il est estimé aujourd'hui d'après l'Institut National du Cancer à 61,2%. Ce taux diminue avec l'âge, il est inférieur à 50% chez les plus de 50 ans. Seules 8% des femmes âgées de 25 à 65 ans ont un suivi selon les recommandations (52% des femmes ont un intervalle entre deux frottis de plus de trois ans et 40% sont trop fréquemment dépistées) (17).

Le taux de couverture varie en fonction des départements français. Les départements d'Outre-Mer ont un taux de couverture parmi les plus bas. A la Réunion, entre 2006 et 2008, le taux de couverture était de 47,9% chez les femmes de 25 à 65 ans alors qu'il était estimé à 56,6% en métropole (14).

Le taux de couverture est estimé à 59,1% en 2010-2012 après la mise en place du dépistage organisé à la Réunion (18).

4. Freins au dépistage

Les éléments potentiellement à l'origine des réticences des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus ont été étudiés. On peut les regrouper dans 3 catégories (19).

- ✓ Freins liés à la patiente :
 - Freins socio-démographiques : âge, situation matrimoniale, obésité, antécédents familiaux, tabac
 - Freins socio-économiques : niveau d'éducation, activité professionnelle, niveau de revenu, origine (femmes migrantes) (20)
 - Freins liés à l'information : méconnaissance de l'organe, méconnaissance du CCU, méconnaissance du dépistage par FCU. Se considérer comme étant à faible risque de développer la maladie ; considérer que l'absence de symptômes équivaut à l'absence de maladie ; attribuer différentes causes au cancer : stress, mauvaise alimentation ... sont des freins
 - Freins liés à l'expérience passée ou à l'examen lui-même : suivi médical irrégulier, expériences négatives du dépistage dans le passé, examen gynécologique vécu comme intrusif, stressant, douloureux
 - Psychologique : peur de la découverte d'un cancer
 - Facteurs socio-culturels : religion, traditions...
- ✓ Freins liés à l'accès aux soins et aux professionnels de santé
 - Démographie médicale et offre de soins
 - Coûts
 - Accessibilité physique
- ✓ Freins liés à l'organisation du dépistage
 - Pas de dépistage organisé

Des travaux réalisés récemment à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance Maladie ont permis d'identifier les femmes qui se font le moins dépistées. Les caractéristiques liées à une faible participation au dépistage sont : l'âge avancé, résider dans une zone défavorisée ou dans une région de faible densité médicale, bénéficier d'une Affection Longue Durée ou bénéficier de la CMUc (21).

Une étude anthropologique (22) a été réalisée à la Réunion auprès de 20 femmes âgées de 32 à 69 ans d'origines ethnique et religieuse différentes. Les réticences les plus marquées étaient :

- La pudeur
- Le sentiment de ne pas être concernée par le FCU : déni sur l'intérêt du dépistage (« tant qu'on ne sait rien, ça sert à rien ») ou fausses croyances (« pas de risque... un seul partenaire »)
- La peur du résultat
- La peur du geste : crainte de la douleur
- Le rôle négatif du conjoint

Les professionnels de santé jouent un rôle prépondérant dans l'adhésion au dépistage. Ceci passe par une information et une sensibilisation des patientes après avoir établi une relation de confiance.

Les actions pouvant favoriser l'adhésion au dépistage sont (17) :

- Informer sur les causes et l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus
- Promouvoir le dépistage chez les femmes dans la population cible
- Expliquer les symptômes et encourager les femmes à consulter
- Combattre l'ignorance et la peur du cancer
- Aider les femmes à surmonter leur réticence pour l'examen gynécologique
- Rappeler la date du prochain frottis
- Rappeler la nécessité d'un suivi régulier aux femmes ayant un FCU anormal datant de moins de 3 ans.
- Réalisation du frottis par une femme
- Utilisation de supports vidéo sur le dépistage du CCU dans les salles d'attente.
- Mise à disposition de brochures faciles à lire et rédigées dans un langage simple

5. Dépistage non organisé

Le CCU est un candidat idéal au dépistage compte tenu, notamment, de son évolution lente, de l'existence de lésions précancéreuses spontanément régressives ou curables et de tests de dépistage fiables et acceptables par la population. Cependant, il n'existe pas pour le moment, comme pour le cancer du sein ou le cancer colorectal en France, de dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus. En ce sens, des DO ont été testés dans 5 départements en 2005, puis étendus à 13 départements en 2010 dont la Réunion. Ces DO consistent à inciter les femmes qui ne sont pas à jour, à se faire dépister en leur envoyant un courrier. L'objectif étant d'augmenter la couverture du dépistage et d'atteindre 80% conformément aux recommandations internationales (18).

Comme vu précédemment, le taux de couverture à la Réunion en 2010-2012 concernant le dépistage par frottis était de 59,1% avec une part de couverture attribuable au dépistage organisé de 15,5 points au niveau local (18). Les résultats finaux de l'évaluation du dépistage organisé dans les 13 départements ont montré une augmentation de la participation au dépistage de 12 points de pourcentage, soit 62% de la population cible (23). Ces résultats encourageants, témoignent d'un impact positif du programme de dépistage organisé et sa généralisation permettrait d'augmenter le nombre de femmes dépistées. Ils renforcent l'idée de la mise en place du dépistage organisé national recommandé, prévu dans le plan cancer 2014-2019 (24). Une évaluation médico-économique confirme l'intérêt du dépistage organisé par invitation-relance des femmes non spontanément participantes (25). Sa mise en place est envisagée pour 2018 (26).

En Europe, 14 pays ont un programme de dépistage organisé national. Les programmes ayant les taux de couverture les plus élevés sont les programmes nationaux les plus anciens ; ils atteignent plus de 70% de taux de couverture sur leur population cible (27).

Pays	Incidence ^a	Niveau d'organisation ^b	Années de démarrage ^c	Tranche d'âge en années (protocole en cours)	Intervalle en années (protocole en cours)	Taux de couverture	Prise en charge financière	Préleveurs
Danemark	10,6	Régional	1962*/1996/2007	23-65	3 (5 après 50 ans)	69%	Totale	Médecins généralistes
Estonie	19,9	National	2003*/2006	30-59	5	13%	NC ^d	Sages-femmes
Finlande	4,3	National	1963	30-60	5	71%	Totale	Sages-femmes
Hongrie	18,0	Régional	2004	25-64	3	30%	NC	Gynécologues
Irlande	13,6	National	2000*/2008	25-60	3 (5 après 45 ans)	65%	NC	Médecins généralistes
Islande	7,9	National	1964	20-69		80%	Partielle	NC
Lituanie	26,1	National	1993/2008	25-60	3	53%	Totale	Médecins généralistes
Norvège	9,8	Régional	1959/1992	25-69	3	75%	Totale depuis 2005	NC
Pays-Bas	6,8	National	1980/1996	30-60	5	77%	Totale	Médecins généralistes
Pologne	12,2	Régional	2007/2009	25-59	3	24%	Totale	Gynécologues
Royaume-Uni	7,1	Régional	1964*/1988/2003	25-64	3 (5 après 50 ans)	79%	Totale	Médecins généralistes
Slovénie	10,5	National	2003	20-64	3	68%	NC	Gynécologues
Serbie	23,8	National	2008	25-69	3	20%	NC	Gynécologues
Suède	7,4	Régional	1967*/1977	23-60	3 (5 après 51 ans)	79%	Variable	Sages-femmes

^a Taux standardisé pour la population mondiale, taux pour 100 000 femmes. Source : Globocan 2012 <http://globocan.iarc.fr>

^b Définit le niveau de pilotage et d'organisation, soit centralisé pour tout le pays, soit piloté à une échelle régionale.

^c Sont indiquées l'année de premier démarrage du programme de DO, puis l'année de la nationalisation du programme, enfin l'année de la dernière modification de protocole.

^d NC : Non communiqué.

* Régional seulement.

Tableau 2 : Programmes de Dépistage Organisé (DO) du cancer du col de l'utérus couvrant l'ensemble du territoire national dans les pays d'Europe en 2013 (27)

Afin d'améliorer ce dépistage, plusieurs études ont été réalisées. Parmi les méthodes de relance chez les bénéficiaires n'ayant pas répondu à un courrier personnalisé initial, les plus efficaces pour augmenter la participation ont été l'envoi d'une lettre personnalisée de relance, l'apposition de la signature du médecin traitant sur le courrier de rappel et surtout l'envoi d'un kit d'auto-prélèvement destiné à la recherche des HPV oncogènes (28) (29).

6. Le test HPV / auto prélèvement

Des études ont montré que la recherche d'HPV était une alternative performante au FCU pour dépister le cancer du col de l'utérus chez les femmes de plus de 30 ans (30).

L'étude de *K. Haguenoer* a montré que l'envoi d'un kit d'auto-prélèvement à domicile, aux femmes n'ayant pas répondu à une invitation, était un bon moyen pour favoriser la participation au dépistage. Il était même plus efficace qu'une relance par courrier comme cela est fait lors de dépistage organisé et permettait de doubler la participation au dépistage (29). L'auto-prélèvement sur milieu sec apparaît comme une méthode performante pour dépister les HPV à haut risque (31). A l'heure actuelle, il n'est pas recommandé en France de dépister de manière systématique les HPV mais d'utiliser ce test en cas de frottis anormal.

III. Prévention du cancer du col de l'utérus



Figure 2 : Prévention primaire et secondaire du cancer du col utérin (32)

1. Prévention primaire : la vaccination

La prévention repose depuis 2006 sur la vaccination (remboursement depuis 2007). La vaccination vise à éviter les infections par HPV 16 et 18 (plus ou moins HPV 6 et 11 pour le vaccin quadrivalent) responsable de la majorité des cancers du col de l'utérus, et permet d'éviter le développement de lésions précancéreuses liées à ces virus.

Depuis 2012, cette vaccination était recommandée chez toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans (dans la première année qui suit les premiers rapports sexuels). Depuis début 2017, le Haut Conseil de Santé Publique recommande la vaccination pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jusqu'à l'âge de 26 ans (33).

Cette vaccination ne dispense pas du dépistage par FCU car elle ne protège pas contre tous les génotypes responsables du CCU.

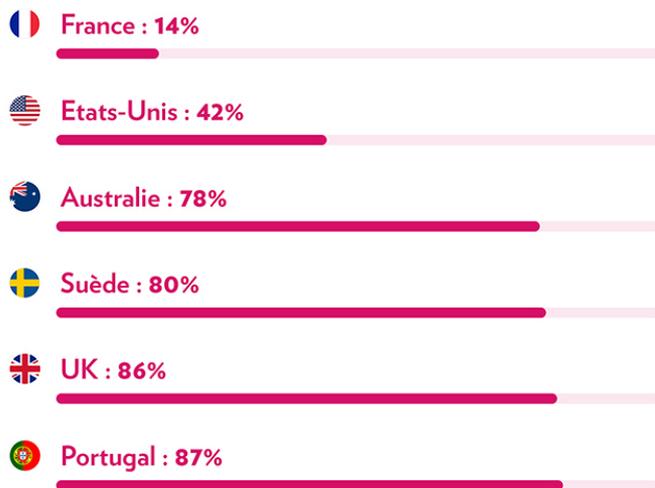
Concernant les polémiques actuelles, les données fin 2014 relatives à la vaccination ne mettent pas en évidence d'effets indésirables alarmants. En 2015, l'étude menée par l'ANSM en France est rassurante quant aux risques de survenue de maladie auto-immune. Les bénéfices attendus de la vaccination sont bien plus importants que les risques auxquels peuvent être exposées les jeunes filles. Une augmentation du risque de syndrome de Guillain Barré a été observée de manière significative. Compte tenu de la rareté de cette pathologie et de son évolution le plus souvent favorable, le bénéfice prime sur le risque (34) (35).

Ce vaccin existe depuis une dizaine d'années et nous avons peu de recul pour le moment. La vaccination prévient la survenue d'une partie des lésions précancéreuses mais on ne peut prédire pour le moment si cela va se traduire par une diminution des cancers invasifs du cancer du col de l'utérus. Il faudra quelques années de plus de recul pour pouvoir le dire compte tenu de l'évolution lente du cancer.

L'efficacité du vaccin anti-HPV est proche de 100 % sur l'infection aux HPV consécutives aux génotypes visés par le vaccin mais il n'est pas efficace chez les femmes déjà infectées par les génotypes 16 et 18 (17).

En France, actuellement, la couverture vaccinale est de 17% en baisse depuis 2010 où elle était de 27%. C'est l'un des taux les plus bas en Europe et dans le Monde. En 2015, seule une jeune fille sur 7 (14%) avait eu son schéma vaccinal complet à l'âge de 16 ans. Des mesures pour améliorer le taux de couverture vaccinale sont prévues dans le plan Cancer 2014-2019, avec notamment la vaccination en CeGIDD (24) (36). La vaccination en milieu scolaire pourrait aussi favoriser l'adhésion et augmenter la couverture vaccinale comme au Royaume Uni où elle atteint plus de 80% (37).

> Exemples de couverture vaccinale dans le monde



Exemples de couverture vaccinale dans le monde (38).

Certaines études dans ces pays ont permis d'évaluer l'efficacité de la vaccination contre les HPV. La réduction de la prévalence des HPV vaccinaux est de 77% en Australie (39), 67% au Royaume Uni (37) et 56% aux Etats Unis (40). En Suède, une réduction des lésions précancéreuses de 75% a été observée chez les jeunes filles vaccinées avant l'âge de 17 ans (38). En Australie, la vaccination a permis une réduction des verrues génitales de plus de 90% chez les femmes (41).

Un nouveau vaccin anti-HPV est recommandé par l'Agence Européenne du Médicament : Gardasil à 9 valences (42) (43). Il protège contre les HPV types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58. Les études montrent que l'efficacité de ce vaccin est comparable au vaccin quadrivalent.

2. Prévention secondaire : le frottis cervico-utérin

Il a permis de diminuer de manière significative l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus. Il permet de détecter précocement les lésions précancéreuses et de les traiter avant leur transformation maligne.

IV. CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST

1. Création des CeGIDD

Les Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) ont été créés à partir de janvier 2016 par fusion des Centre de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG) et Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

Les CDAG ont été créés en 1988 et avaient pour mission la prévention, le dépistage, le diagnostic du VIH et des hépatites virales (parfois d'autres IST). Les CIDDIST ont été créés en 2004 et avaient pour missions la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST (dont VIH et VHB sauf pour le traitement).

Le financement des CeGIDD sera assuré par la sécurité sociale au moyen des fonds d'intervention régionaux, sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé.

2. Missions

Cette réforme a pour objectif d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage et plus globalement de la santé sexuelle, notamment pour les personnes les plus vulnérables et les plus éloignées du système de soins, et de mieux garantir la continuité du parcours de soins. Les objectifs des CeGIDD reprennent ceux des CDAG et CIDDIST : prévention, dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites virales et des Infections Sexuellement Transmissibles. Ils doivent également « élaborer avec le patient son parcours de santé ». Leur mission est d'orienter, d'accompagner les patients vers des structures de santé ou des spécialistes pour la prise en charge spécialisée. Pour faciliter cette continuité de prise en charge, la levée d'anonymat est possible avec l'accord du patient. De plus, une prise en charge psychologique et sociale doit être proposée. Ils pourront proposer la vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A et les HPV.

La santé sexuelle dans sa globalité devient une priorité dans ces CeGIDD. Accueillir, écouter, informer, repérer les violences sexuelles ou liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, prescrire des contraceptifs, diagnostiquer des troubles et dysfonctions des organes sexuels font partis des nouvelles missions des CeGIDD.

Missions du CeGIDD

MISSIONS	DETAILS DES MISSIONS du CeGIDD STRUCTURE UNIQUE	CeGIDD Exerçant des missions spécialisées en sus des minimales
Prévention, dépistage, diagnostic VIH/hépatites/IST (dont vaccination)	1- accueil et information de l'utilisateur 2- évaluation de ses facteurs d'exposition 3- dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic chez l'utilisateur et, le cas échéant, chez ses partenaires 4- conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, gels, digues dentaires...) 5- prise en charge et suivi d'un accident d'exposition au VIH, au VHB et au VHC, conformément à la réglementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux, ou orientation vers une structure autorisée 6- vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal 7- réalisation d'activités hors les murs en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage 8- Conseil et expertise auprès des professionnels locaux	Missions identiques + - programmation, coordination et mise en œuvre d'interventions hors les murs en direction de publics cibles en collaboration avec les autres CeGIDD habilités au sein du même territoire - suivi et analyse de l'activité de l'ensemble des CeGIDD habilités au sein du même territoire de santé - conseil et expertise auprès des professionnels locaux et des autres CeGIDD du même territoire de santé
Prise en charge médicale des IST (dont VIH/hépatites)	9- prise en charge médicale de l'utilisateur porteur d'une chlamydie, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée 10- orientation de l'utilisateur porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée 11- orientation de l'utilisateur porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser 12- prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur adaptée pour l'ensemble de ces infections et orientation en cas de besoin	Missions identiques + - prise en charge médicale élargie à l'ensemble des IST à l'exception de l'infection par le VIH et les hépatites virales
Prévention des autres risques liés à la sexualité, dans une approche globale de santé sexuelle, notamment prescription de contraception	13- information et éducation à la santé sexuelle et à la vie affective 14- prévention des grossesses non désirées notamment par : la prescription de contraception y compris la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations ; l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent 15- prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles et dysfonctions sexuels , par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate.	Missions identiques + - prise en charge adaptée des autres risques associés à la sexualité ;

Tableau 3 : Missions du CeGIDD (44)

Il n'est pas évoqué dans les missions du CeGIDD de proposer un dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin. Or nous avons vu précédemment que ce cancer est lié au virus HPV qui se transmet par voie sexuelle et est donc considéré comme une infection sexuellement transmissible au même titre que la syphilis, le VIH, la gonococcie ou la chlamydie (44) (45).

INTRODUCTION

Les infections à Papillomavirus Humains (HPV) sont les infections sexuellement transmissibles les plus répandues dans le monde. On estime que 70 % des femmes seront un jour dans leur vie en contact avec ces virus. Leurs transmissions se font le plus souvent dans les premières années de vie sexuelle (1).

Les infections à HPV sont retrouvées dans 99,7% des cancers du col de l'utérus (3). Ces infections persistantes sont nécessaires mais non suffisantes pour développer un cancer du col de l'utérus. Certains cofacteurs ont été mis en évidence : le multipartenariat, la précocité des premiers rapports sexuels, les autres infections sexuellement transmissibles, le tabac ... (17) (9) (10)

Le dépistage par Frottis Cervico-Utérin (FCU) a significativement réduit l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus (CCU) en France comme dans de nombreux pays développés. En France, il est recommandé aux femmes de 25 à 65 ans, d'effectuer un dépistage par FCU tous les 3 ans (à condition d'avoir eu 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle) (17). Le taux de couverture des femmes âgées de 25 à 65 ans pour la France métropolitaine comme à la Réunion est évalué à environ 60% (17). Le plan cancer 2014-2019 prévoit un dépistage organisé par programme national (24) suite à l'impact positif observé lors du dépistage organisé au niveau régional notamment à la Réunion (18) (23).

Les éléments potentiellement à l'origine des réticences des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le FCU ont été étudiés auprès de diverses populations. De nombreux facteurs sociodémographiques comme l'âge, le profil socio-économique, l'accès au système de soins et les conduites vis-à-vis de la prévention en général ont été décrits comme significativement liés au dépistage. Le manque de connaissance des femmes en ce qui concerne la maladie (étiologies, place du FCU, modes de diagnostic et de traitement) est très fréquemment rapporté (19) (46).

Ainsi, l'information et la sensibilisation des femmes et de leur entourage prennent toute leur place et doivent évidemment être adaptées à la population cible.

Depuis janvier 2016, les Centres gratuits d'information de diagnostic et de dépistage (CeGIDD) ont été créés (44) (45). Ces centres de santé sexuelle (CSS) s'adressent aux patients en situation précaire sans suivi médical régulier, à risque de contracter des infections sexuellement transmissibles.

Les femmes qui consultent en CSS paraissent plus à risque de contracter une infection à HPV, plus à risque de développer un cancer du col de l'utérus et moins susceptibles d'être dépistées régulièrement. Il paraissait donc intéressant d'évaluer les connaissances, croyances et comportements de ces femmes afin d'adapter les démarches d'éducation et de prévention réalisées dans le CSS.

Au CHU Felix Guyon, les frottis ne sont pas réalisés sur place et les patientes sont adressées vers le médecin traitant s'il y en a un ou au laboratoire de ville pour les autres. Mais les frottis sont très rarement réalisés, raison pour laquelle le Centre de Santé Sexuelle souhaite proposer, pour améliorer l'offre de dépistage, un dépistage par frottis cervico utérin (FCU) directement sur place au CSS pour les femmes qui ne seraient pas à jour de leur frottis.

Cette thèse propose donc comme objectif principal, de décrire les connaissances et les croyances des femmes qui consultent au centre de santé sexuelle du CHU Felix Guyon concernant les HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ceci dans le but de contribuer à améliorer l'information sur les HPV et le dépistage des complications liées aux HPV. Enfin, les objectifs secondaires sont de déterminer la couverture de dépistage par FCU chez les femmes qui consultent au CSS et de déterminer la proportion de FCU indiqués et réellement effectués suite à la consultation de dépistage en CSS du CHU Felix Guyon.

METHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale, observationnelle, monocentrique.

Le principe était de recueillir auprès des femmes consultant le CeGIDD de Saint Denis pour un problème de santé sexuelle, des données renseignant les critères de recherche pour en réaliser une analyse quantitative.

II. Population de l'étude

Etaient incluses les femmes consultant au CeGIDD du CHU Felix Guyon à Saint Denis de la Réunion pour un dépistage.

Parmi celles ci étaient exclues, toutes celles ne parlant pas français, ne sachant pas lire ou ne souhaitant pas participer à l'étude. Le recueil de données étant basé sur un document rédigé en français, il s'avérait impossible de solliciter des femmes non francophones.

III. Recueil des données

Pour recueillir les données nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés, il a été décidé d'utiliser un auto questionnaire qui serait systématiquement proposé à toutes les femmes consultantes.

Sur le plan pratique, cet auto questionnaire était proposé sous la forme d'un document papier à renseigner par les femmes qui se présentaient au CSS et qui acceptaient de participer à l'étude. Les secrétaires, en charge de cette tâche, avaient été préalablement sensibilisées à l'intérêt de cette étude et informées des modalités de réalisation. Les femmes remplissaient le questionnaire en salle d'attente, avant la consultation de dépistage.

La consultation de dépistage était réalisée par un médecin pour toutes les femmes de 25 ans ou plus, auxquelles il demandait la date du dernier frottis réalisé. Le médecin remplissait à cette occasion le second questionnaire. Les femmes de moins de 25 ans étaient reçues en consultation par un médecin ou un(e) infirmier(e). Le second questionnaire ne les concernait pas.

Pour les femmes de 25 ans ou plus, si leur frottis n'était pas à jour, le médecin proposait la réalisation du frottis au centre de santé sexuelle.

Ensuite en cas de consentement de la personne, une date de rendez-vous était donnée par la secrétaire sur des créneaux horaires dédiés.

Afin que chaque femme trouve un créneau adapté, plusieurs créneaux de consultation étaient proposés sur différents jours, matin ou après-midi (environ un créneau toutes les 2 semaines).

Les femmes étaient rappelées par les secrétaires la veille de leur consultation pour valider leur rendez-vous et modifier la date si nécessaire.

Il était prévu après réalisation du frottis que les femmes récupèrent leurs résultats directement au centre de diagnostic ou qu'ils soient envoyés à leur médecin traitant en fonction de leur choix.

La distribution des questionnaires a débuté le 15 juin 2016 et a été interrompue le 08 décembre 2016.

IV. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (voir en Annexe) comporte deux parties :

- Un auto questionnaire remis aux femmes par les secrétaires et rempli en salle d'attente avant la consultation.
- Un second questionnaire rempli par le médecin qui réalise la consultation chez les femmes de 25 ans ou plus pour évaluer si elles sont à jour de leur FCU.

Les questions 1 à 5 permettaient de dresser le profil socio-démographique et socio-économique des femmes consultant au CSS du CHU Felix Guyon à Saint Denis de la Réunion.

Les questions 6 à 11 portaient sur la sexualité : âge du premier rapport sexuel, le nombre de partenaire sexuel dans les douze derniers mois, l'utilisation de préservatif en cas de rapports sexuels occasionnels, le moyen de contraception, les grossesses, le motif de consultation au CSS et les antécédents d'infections sexuellement transmissibles.

La question 13 portait sur le suivi médical des patientes.

La question 14 portait sur les antécédents familiaux de cancer du col de l'utérus.

Les questions 15 à 18 portaient sur les connaissances concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin : l'intérêt, l'âge du début du dépistage, le rythme et le professionnel pouvant le réaliser.

Les questions 19 à 25 portaient sur les connaissances concernant les HPV : mode de transmission, fréquence, protection par préservatifs, conséquences...

Les questions 26 à 29 portaient sur la vaccination anti-HPV.

La partie suivante permettait d'évaluer les femmes qui étaient à jour ou non de leur frottis cervico-utérin, et de leur proposer de le réaliser pour celles qui n'étaient pas à jour ; puis d'évaluer l'intérêt de proposer la réalisation du FCU au CSS.

Le questionnaire avait été testé chez une dizaine de femmes pour s'assurer de la compréhension de toutes les questions.

V. Analyse des données

Les données issues des questionnaires ont été transcrites sur un tableur (Microsoft Excel).

Nous avons réalisé à partir de 20 questions un score de connaissance global. Chaque réponse était notée 1 si la réponse était bonne et 0 si la réponse était fausse. Ainsi, un score de connaissance globale a pu être établi allant de 0 à 20/20.

Un deuxième score de connaissance concernant les HPV a été réalisé à partir de 12 de ces questions (questions 8 à question 19) et a été ramené sur 20.

Sur le même principe, un score de connaissance concernant le frottis a été réalisé à partir de 8 questions (questions 1 à 7 plus la question 20) et ramené sur 20 pour les comparaisons.

Questions utilisées et score en fonction des réponses (les réponses attendues sont en orange dans le tableau ci dessous) pour évaluer les connaissances des femmes consultant au CSS :

1. Selon vous, quel est l'intérêt du FCU ?	Ne sais pas ce qu'est un FCU	0
	Recherche infections	0
	Dépistage du cancer du col de l'utérus ou de lésions précancéreuses	1
	Recherche infection et cancer	0
	Ne connaît pas intérêt	0
2. Selon vous, à quel âge est-il recommandé de faire un FCU ?	Dès les premiers RS	0
	20 ans	0
	25 ans	1
	Ne sait pas	0
3. Connaissez-vous le rythme auquel il est recommandé de faire un FCU ?	Tous les ans	0
	Tous les 2 ans	0
	Tous les 3 ans	1
	Tous les 5 ans	0
	Ne sait pas	0
4. Selon vous, un(e) infirmier(e) peut-il réaliser un FCU ?	Oui	0
	Non	1
	Ne sait pas	0
5. Selon vous, un(e) gynécologue peut-il réaliser un FCU ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0

6. Selon vous, un(e) médecin généraliste peut-il réaliser un FCU ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0
7. Selon vous, une sage-femme peut-elle réaliser un FCU ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0
8. Selon vous, cette affirmation est-elle vraie ou fausse ? « le cancer du col de l'utérus est le plus souvent la conséquence d'une infection sexuellement transmissible »	Vraie	1
	Faux	0
9. Selon vous, l'infection à HPV peut être responsable du cancer du col de l'utérus ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0
10. Selon vous, l'infection à HPV peut être responsable de verrues génitales ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0
11. Selon vous, l'infection à HPV peut être responsable d'autres cancers (anal, vaginal, gorge ...) ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0
12. Selon vous, cette infection peut toucher (homme, femme, les deux) ?	Hommes	0
	Femmes	0
	Hommes et femmes	1
	Ne sait pas	0
13. Selon vous, quel est le pourcentage de femmes qui seront infectées par les HPV au cours de leur vie ?	< 10%	0
	11% à 30%	0
	61% à 90%	1
	> 90%	0
	Ne sait pas	0
14. Selon vous, l'infection à HPV peut se transmettre par rapport sexuel ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0
15. Selon vous, l'infection à HPV peut se transmettre par simple contact génital ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sais pas	0
16. Selon vous, l'infection à HPV peut se transmettre par la salive ?	Oui	0
	Non	1
	Ne sait pas	0
17. Selon vous, l'infection à HPV peut se transmettre par le sang ?	Oui	0
	Non	1
	Ne sait pas	0
18. Pensez-vous que le préservatif protège totalement contre les HPV ?	Oui	0
	Non	1
	Ne sait pas	0
19. Pensez-vous que le vaccin protège totalement contre les HPV ?	Oui	0
	Non	1
	Ne sait pas	0
20. Pensez-vous qu'une fois vaccinée, le dépistage par FCU reste nécessaire pour la femme ?	Oui	1
	Non	0
	Ne sait pas	0

Les résultats de ces scores ont été triés et estimés mauvais quand le résultat obtenu était entre 0 et 4 bonnes réponses ; moyen entre 5 et 9 bonnes réponses ; bon entre 10 et 14 bonnes réponses et excellent s'il y avait plus de 15 bonnes réponses.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du Dr Emmanuel Chirpaz de l'unité de soutien méthodologique du CHU Felix Guyon de Saint Denis de la Réunion.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs ou pourcentages, les variables quantitatives en moyenne avec leur écart-type (ET). La normalité des distributions a été évaluée par le test de Shapiro Wilk.

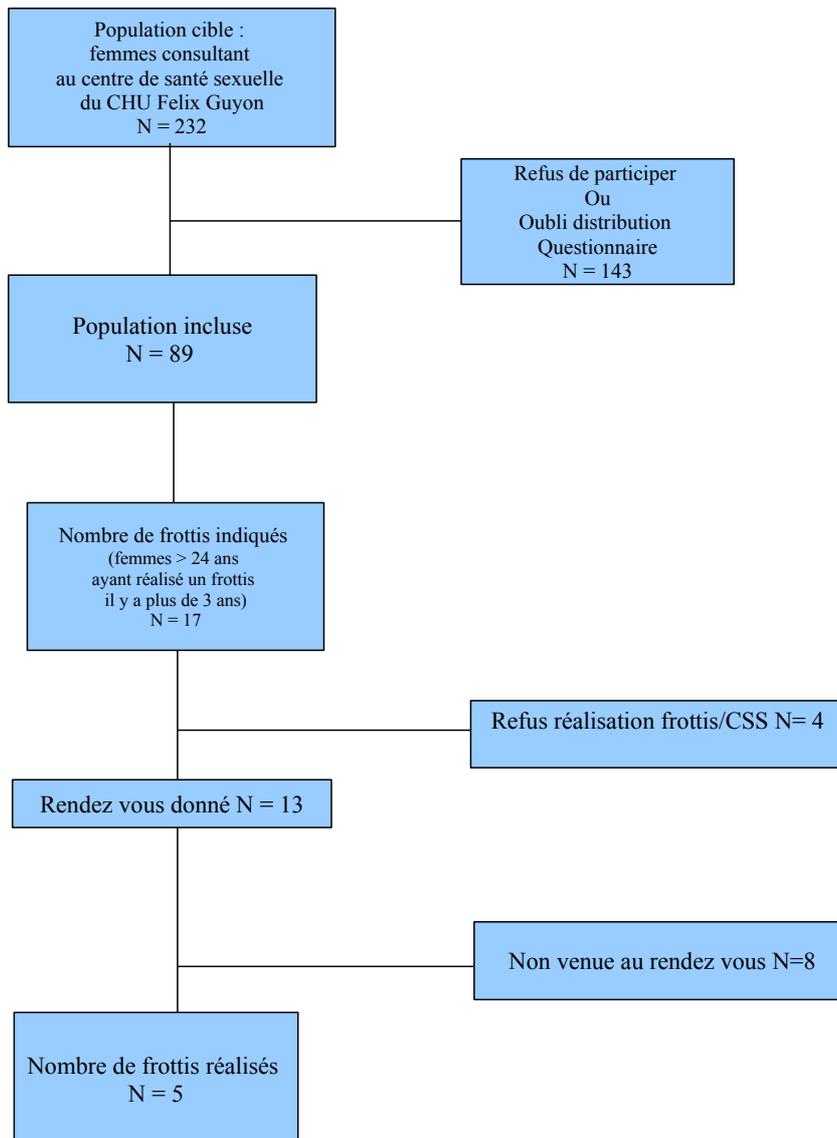
Pour les données qualitatives, les recherches d'association avec les facteurs d'intérêt ont été réalisées par le test du Chi² ou le test exact de Fisher, selon conditions de validité. Les comparaisons concernant les variables continues l'ont été par le test de Student ou le test de U Man-Whitney pour les comparaisons de 2 groupes, par ANOVA ou le test de Kruskal-Wallis pour les comparaisons de plus de 2 groupes.

Le seuil de significativité retenu est le classique seuil à 5%. Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA 11.2 (StataCorp, Texas).

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon :

1. Diagramme de flux



2. Âge des femmes consultant au Centre de Santé Sexuelle.

Les femmes ayant répondu aux questionnaires avaient entre 17 et 61 ans. La moyenne était de 29.5 ans. 55 sur 88 femmes avaient 25 ans ou plus, soit 62,5% (une femme n'a pas indiqué son âge). La médiane est à 26,5 ans.

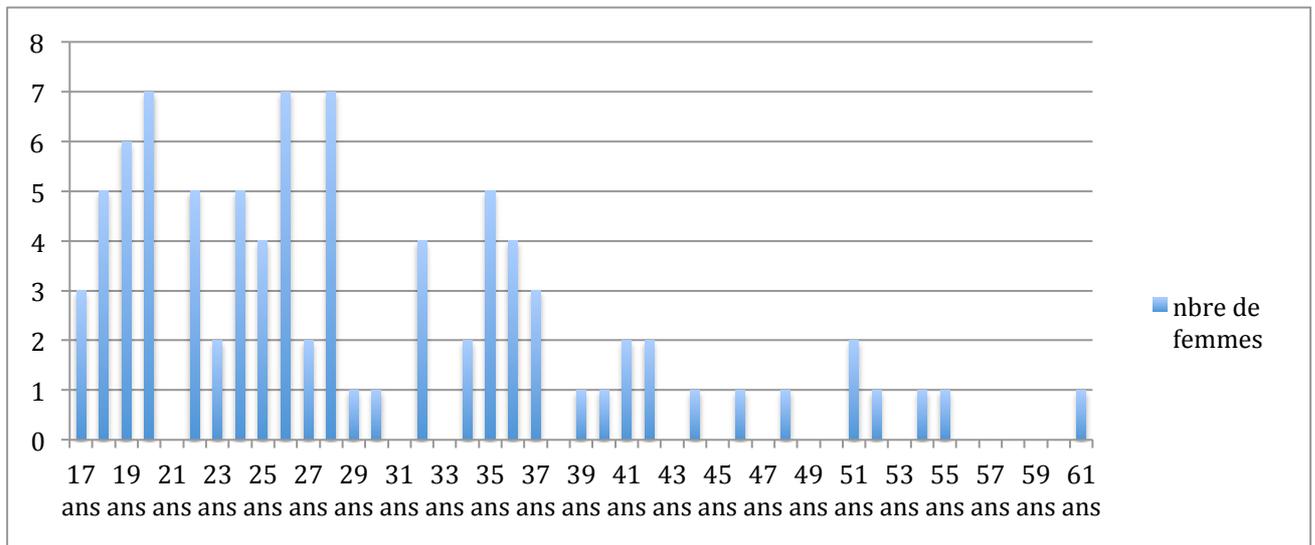


Figure 3 : Répartition des femmes en fonction de leur âge

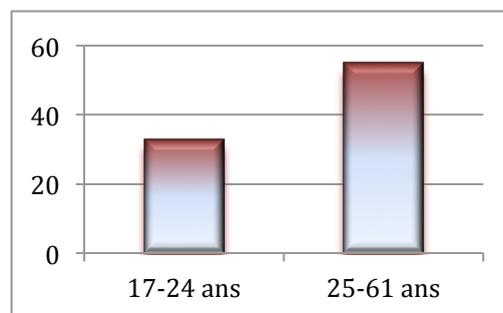


Figure 4 : Répartition des femmes en deux tranches d'âge : 17 – 24 ans et supérieure ou égale à 25 ans. (88 femmes)

3. Lieu de naissance

54 femmes sont nées à La Réunion, 26 en métropole, 3 à Madagascar, 1 en Inde, 1 en Allemagne, 1 au Brésil, 1 à Mayotte et 1 en Polynésie Française et 1 n'a pas précisé son lieu de naissance.

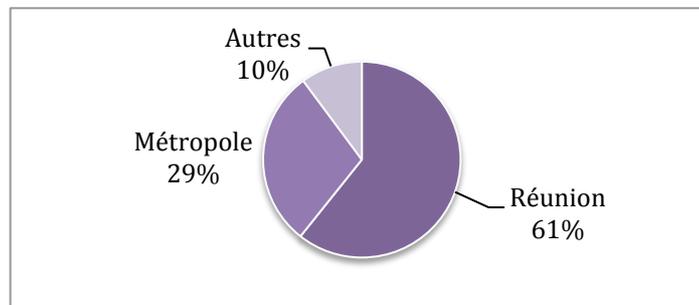


Figure 5 : Lieu de naissance des femmes interrogées.

4. Niveau socio-éducatif

Près de 70% des femmes ayant été interrogées avaient fait des études supérieures et 87% avaient un niveau Baccalauréat ou « études supérieures ».

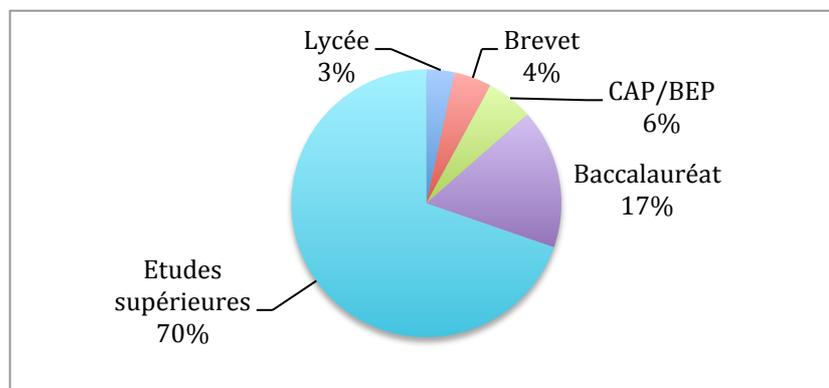


Figure 6 : Niveau d'études des femmes interrogées

Au niveau de la couverture sociale, seule une femme sur les 89 n'en avait pas. 73 femmes ont répondu à la question sur le type de couverture sociale. Parmi les répondantes, 17,8% bénéficiaient de la Couverture Mutuelle Universelle et 72,6% étaient au régime général.

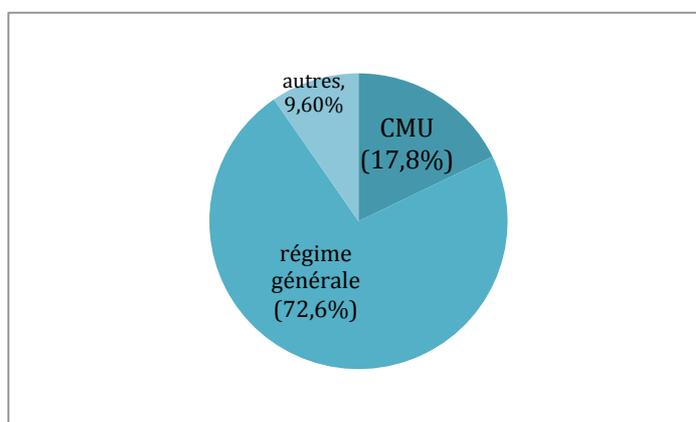


Figure 7 : Couverture sociale des femmes interrogées (analyse sur 73 femmes)

5. Tabac

29 femmes sur 89 ont déclaré être tabagiques soit un peu plus de 30%.

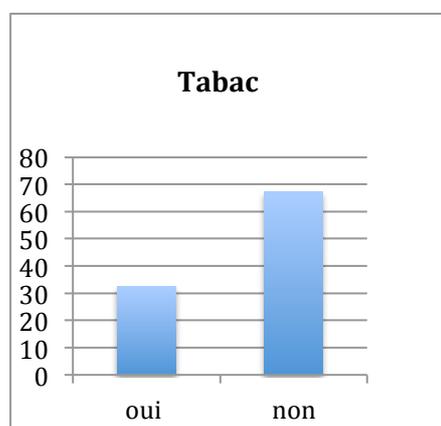


Figure 8 : Répartition des femmes tabagiques

6. Suivi médical

Près de 9 femmes sur 10 ont déclaré avoir un médecin traitant dont les trois quarts le consultent plus d'une fois par an. Pour 54% des femmes, le médecin traitant est un homme.

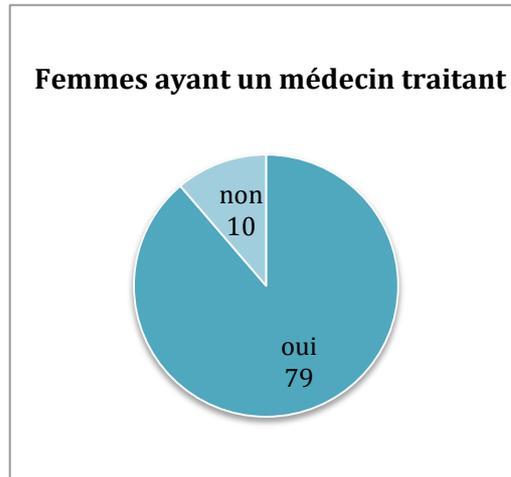


Figure 9 : Répartition des femmes ayant un médecin traitant

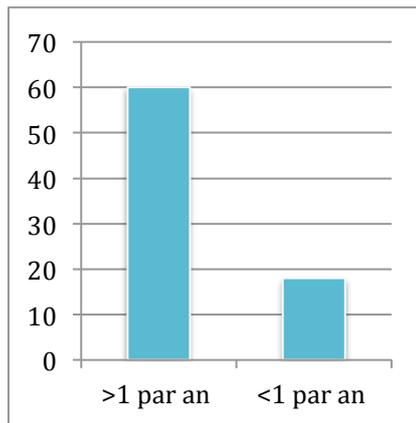
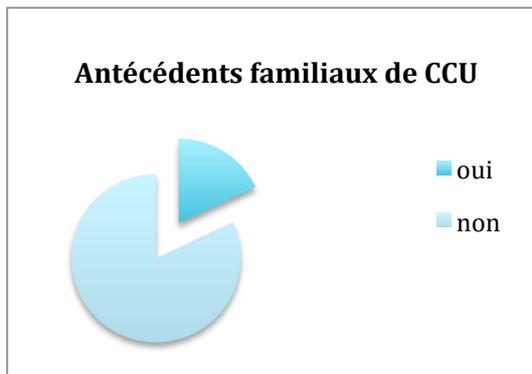


Figure 10 : Répartition des femmes en fonction de leur suivi médical par leur médecin traitant (> ou < une fois /an)



16 femmes avaient dans leur famille une personne atteinte d'un cancer du col de l'utérus.

Figure 11 : Part des femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du col de l'utérus

7. Pratiques sexuelles

7.1 Âge du premier rapport sexuel

La moyenne d'âge du premier rapport sexuel (RS) était de 16,8 ans.

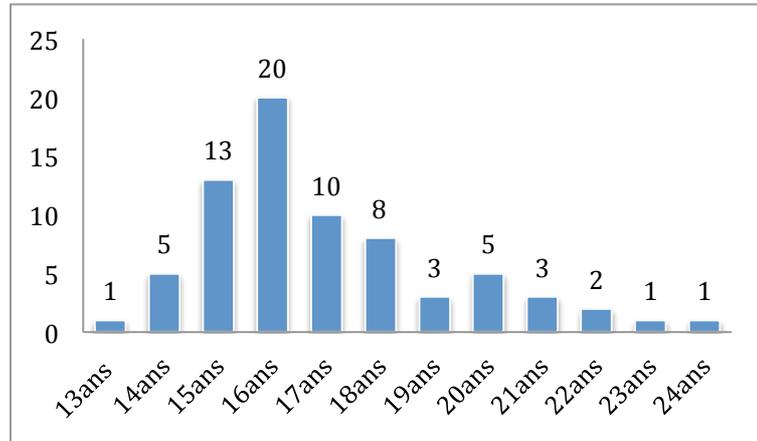


Figure 12 : Répartition des femmes en fonction de l'âge du premier rapport sexuel

7.2 Nombre de partenaires sexuels

34 femmes sur 85 (40%) ont déclaré n'avoir eu qu'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. 27% en ont déclaré 2 et 15% en ont déclaré 3. Près de 18% des femmes ont déclaré avoir entre 4 et 10 partenaires dans les 12 derniers mois.

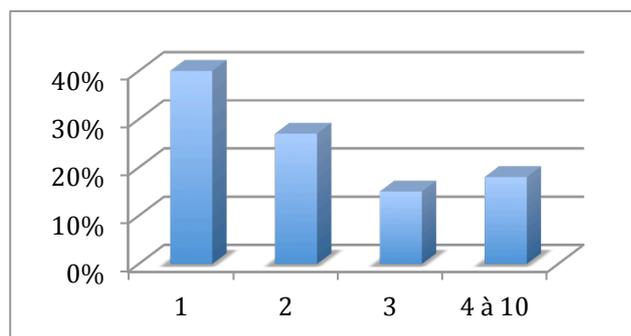


Figure 13 : Répartition des femmes en fonction du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois

7.3 Utilisation du préservatif

En terme de protection par préservatif lors de rapports sexuels en dehors de relations avec leur conjoint habituel, 44 (49,4%) femmes déclarent en utiliser alors que 31 (35%) ne l'utilisent pas de manière systématique.

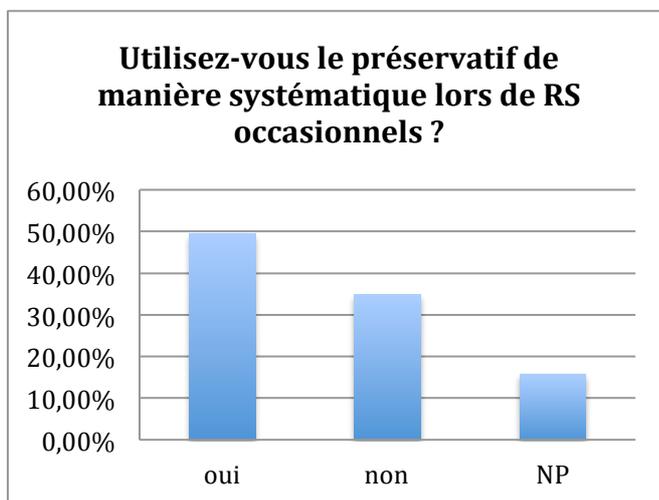


Figure 14 : Utilisation du préservatif de manière systématique lors de rapports sexuels occasionnels

7.4 Contraception

Concernant la contraception, près d'une femme sur quatre n'en avait pas. La contraception la plus utilisée restait la pilule pour 38% des femmes, puis le stérilet pour 18% et le préservatif pour 12% des femmes. 3 femmes avaient un implant, une seule utilisait le patch contraceptif et une l'anneau vaginal.

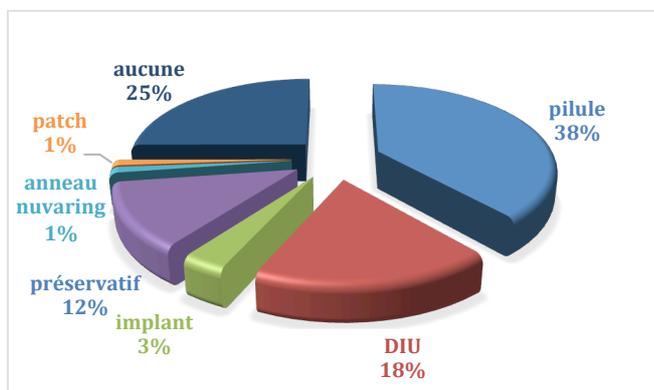


Figure 15 : Moyens de contraception utilisés par les femmes interrogées

7.5 Grossesse

39 femmes sur 89 avaient déjà été enceintes.

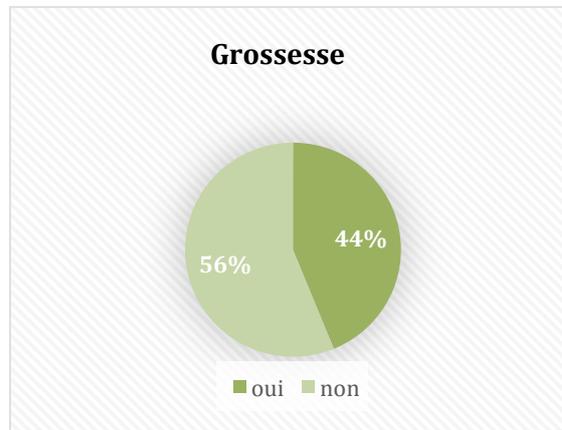


Figure 16 : Pourcentage de femmes ayant déjà été enceintes

7.6 Motifs de consultation au CeGIDD

Concernant les motifs de consultation, près d'une femme sur trois consultait suite à un rapport sexuel à risque. Un autre tiers consultait avant une nouvelle relation en vue de ne plus utiliser les préservatifs. 25% déclaraient consulter « juste pour savoir » sans prise de risque à priori. 12 femmes étaient inquiètes quant à la fidélité de leur conjoint. 2 femmes consultaient suite à des symptômes. 2 ont consulté après la découverte d'infection sexuellement transmissible chez leur partenaire et 5 pour confirmer un résultat antérieur.

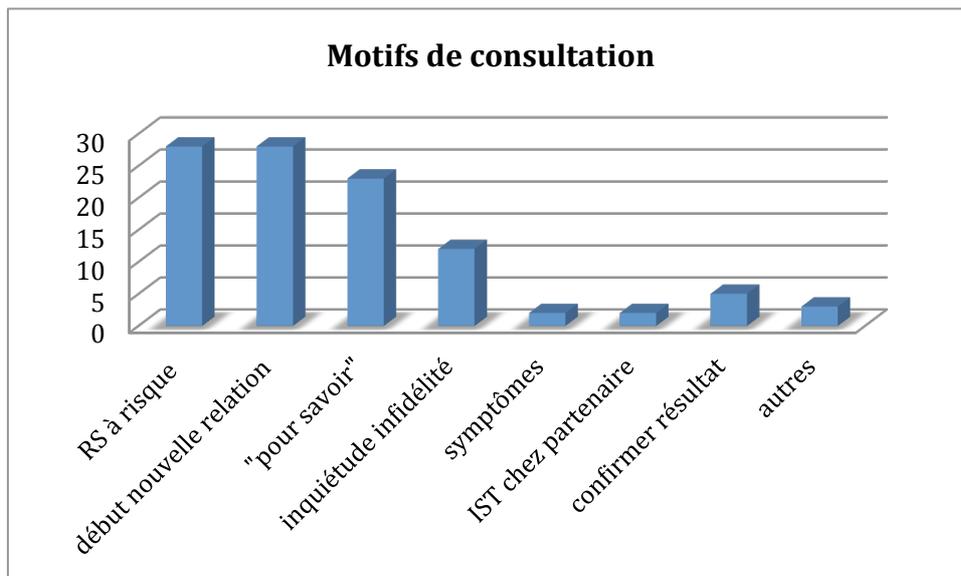


Figure 17 : Motifs de consultation au centre de santé sexuelle

7.7 Antécédents d'infection sexuellement transmissible

21 femmes soit presque un quart des femmes ont déclaré avoir déjà eu une infection sexuellement transmissible.

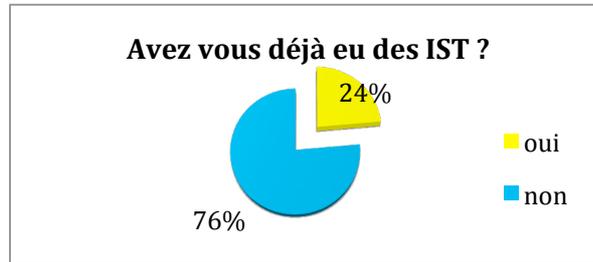


Figure 18 : Pourcentage de femmes ayant déjà contracté une IST

II. Connaissances HPV / cancer du col de l'utérus

1. Concernant les connaissances sur le frottis cervico utérin

1.1 Intérêt du FCU

27 femmes (30%) savaient que le frottis permet de dépister les lésions précancéreuses ou le cancer du col de l'utérus alors que 45 femmes (50%) pensaient que le frottis servait à dépister à la fois le cancer du col de l'utérus et des infections. 9 femmes déclaraient ne jamais avoir entendu parler du frottis.

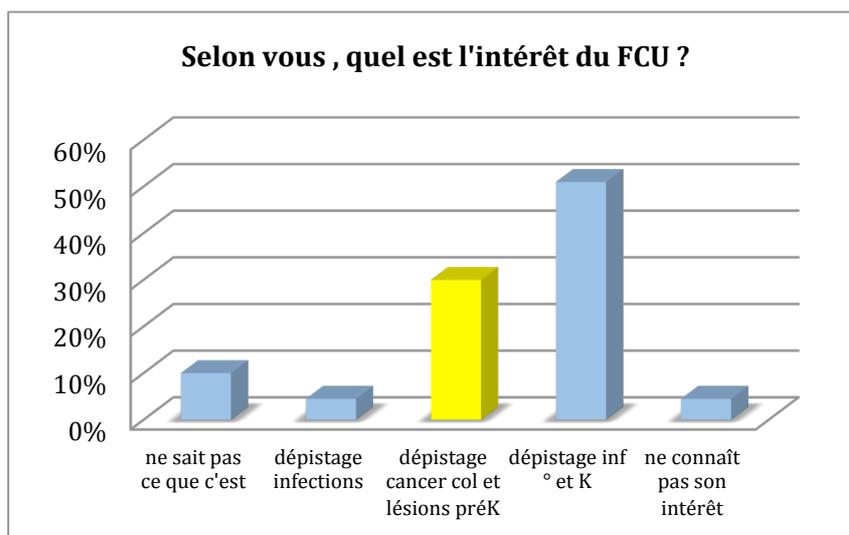


Figure 19 : Intérêt du FCU vu par les femmes du CSS

Les colonnes en jaune dans les histogrammes ou les secteurs en jaune des camemberts définissent la bonne réponse attendue pour le calcul des scores de connaissance.

1.2 Âge du premier FCU

44 femmes (49,5%) déclaraient que le premier frottis doit être réalisé dès les premiers rapports sexuels. Seules 6 femmes ont répondu que le premier frottis se fait à partir de 25 ans. 20 femmes (22%) ont répondu que l'âge recommandé est 20 ans.

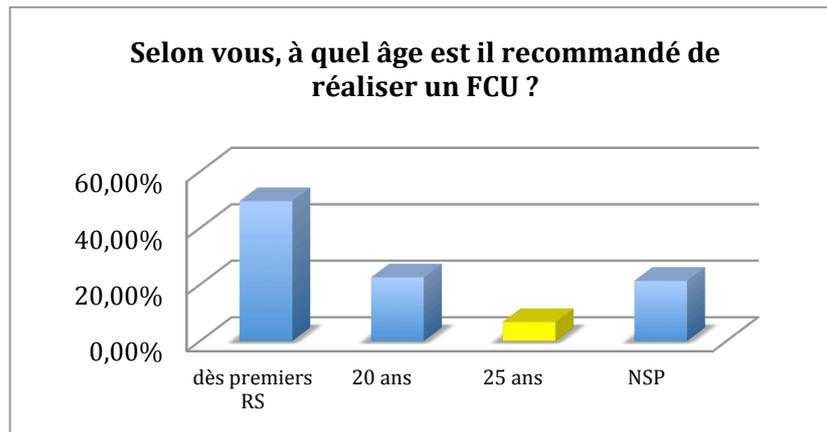


Figure 20 : Age de la réalisation du premier FCU vu par les femmes du CSS

1.3 Rythme des FCU

Seules 7 femmes (7.87%) savaient que le frottis est recommandé tous les 3 ans. 36 femmes (40%) pensaient qu'il faut le faire tous les 2 ans ; 21 (23 %) tous les ans.

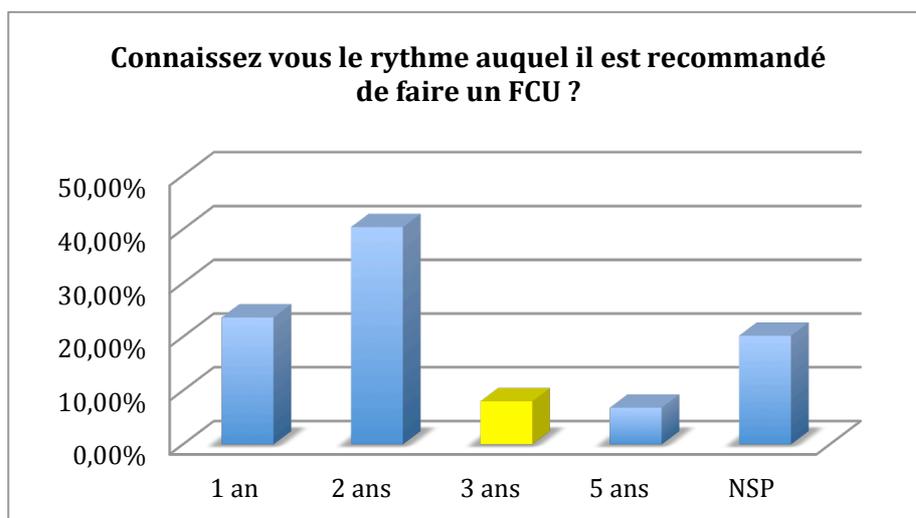


Figure 21 : Rythme de réalisation du FCU vu par les femmes au CSS

1.4 Qui peut réaliser un FCU ?

Concernant le personnel habilité à réaliser un frottis : 85 femmes (95,5%) savaient qu'il peut être réalisé chez le gynécologue. 41 femmes (46%) savaient que les médecins généralistes peuvent l'effectuer au cabinet et 40 femmes (45%) savaient que la sage-femme peut le réaliser. Les frottis étaient réalisables par des infirmières pour 12 femmes (14%).

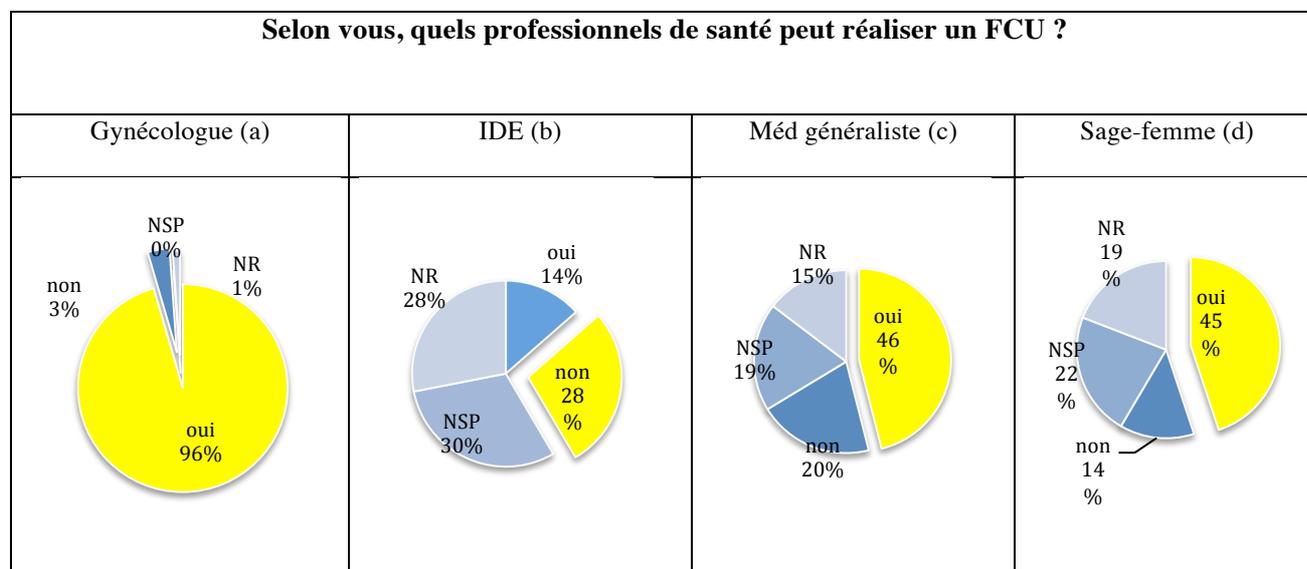


Figure 22 : Part des femmes consultant au CSS pensant que le FCU peut être réalisé par un(e) gynécologue (a), infirmière (b), médecin généraliste (c) ou une sage-femme (d).

2. Concernant les connaissances sur les HPV

2.1 Le cancer du col de l'utérus est une Infection Sexuellement Transmissible

A la phrase, le cancer du col de l'utérus est le plus souvent la conséquence d'une infection sexuellement transmissible ; seules 26 femmes (29%) avaient répondu « vraie ».

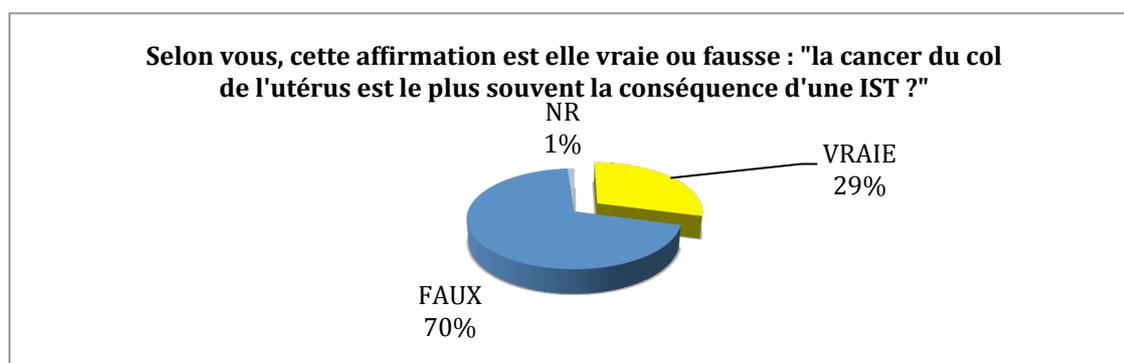


Figure 23 : Part des femmes pensant que le cancer du col de l'utérus est la conséquence d'une infection sexuellement transmissible le plus souvent.

2.2 Connaissances des Papillomavirus Humains

71 femmes (80%) ont déclaré avoir déjà entendu parler des HPV. Les sources étaient multiples : les médias étaient la source d'information prédominante concernant les HPV (51% des femmes) ; puis venait le corps médical avec les gynécologues pour près de 30% des femmes et le médecin traitant pour 25% des femmes. Ensuite, l'information provenait de l'entourage, soit parental (15% des femmes), soit amical (14% des femmes). La dernière source d'information était l'école (12.5% des femmes). Certaines femmes avaient eu d'autres supports d'information tels que : affiches dans la salle d'attente du cabinet du médecin généraliste, informations lors des études ou lors de formation ou d'intervention dans une association ou par le planning familial.

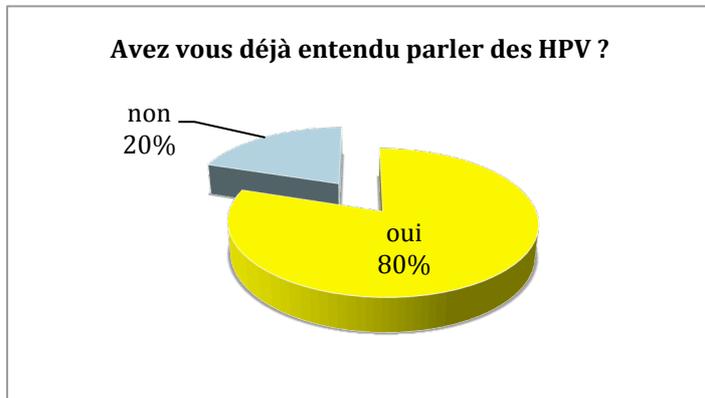


Figure 24 : Pourcentage des femmes qui ont déjà entendu parler des HPV

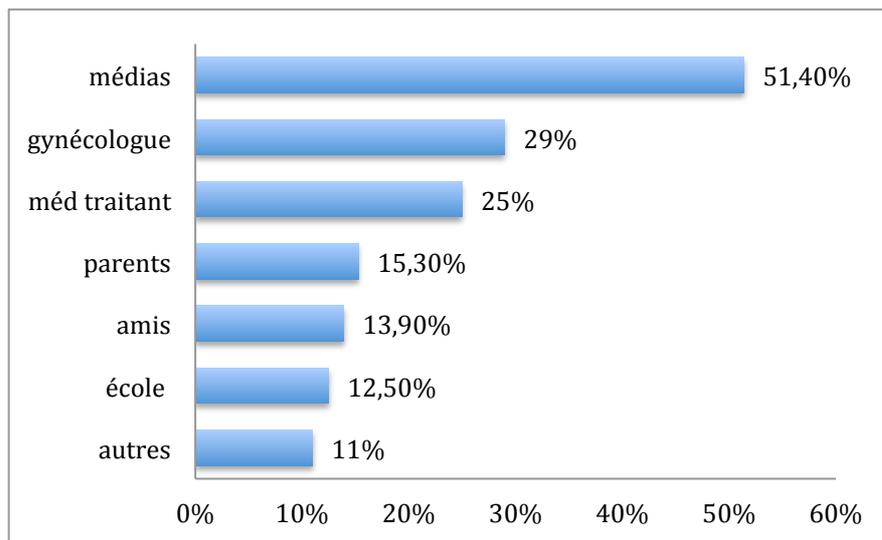


Figure 25 : Sources d'information concernant la connaissance des HPV (72 répondantes)

2.3 HPV responsable du cancer du col de l'utérus, de condylomes et d'autres cancers (anus, pharynx)

64 femmes (72 %) déclaraient savoir que l'infection à HPV est responsable du cancer du col de l'utérus. Seules 21 femmes (23.6%) avaient répondu que l'infection à HPV était responsable des condylomes et 17 femmes (19%) qu'elle était responsable d'autres cancers tels que les cancers ORL.

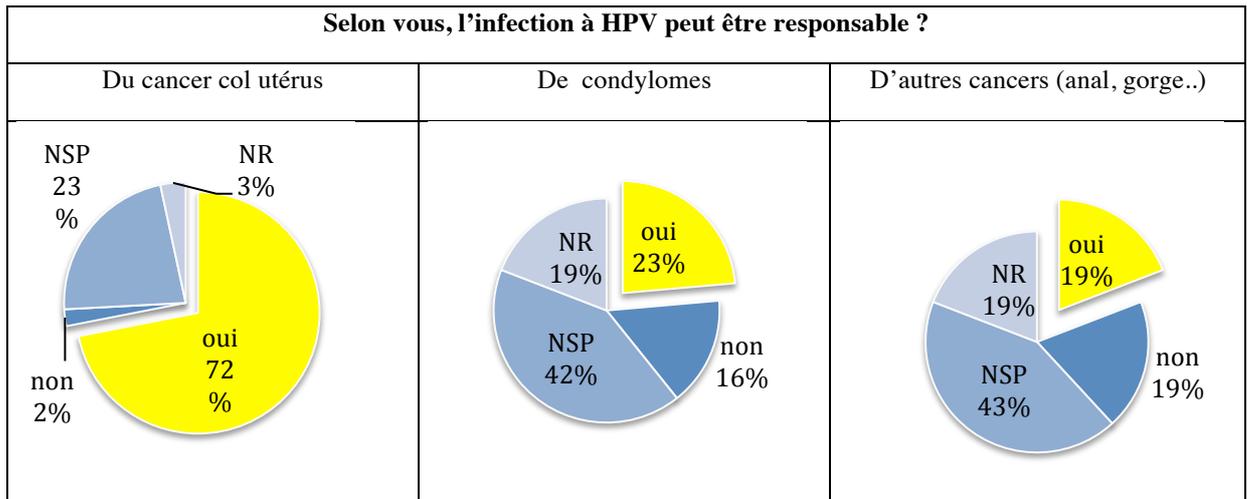


Figure 26 : Pourcentage de femmes pensant que l'infection à HPV peut être responsable du cancer du col de l'utérus (a), de condylomes (b) et d'autres cancers type pharynx, anus ... (c)

2.4 Transmission du Papillomavirus Humains

34 femmes (38%) savaient que l'infection à HPV peut toucher les hommes aussi bien que les femmes.

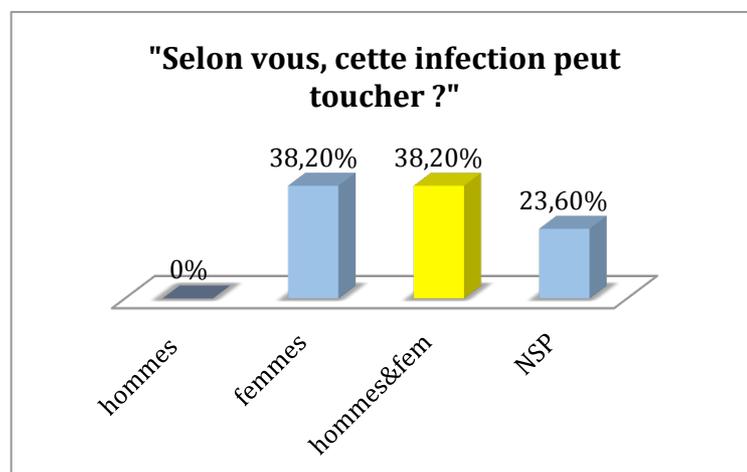


Figure 27 : Pourcentage de femmes pensant que l'infection à HPV peut toucher les hommes, les femmes ou les 2

2.5 Fréquence des infections à HPV

10 femmes (11.25%) estimaient le risque d'être en contact avec un HPV au cours de sa vie entre 61% et 90%. 36 femmes (40 %) l'estimaient entre 11% et 30%.

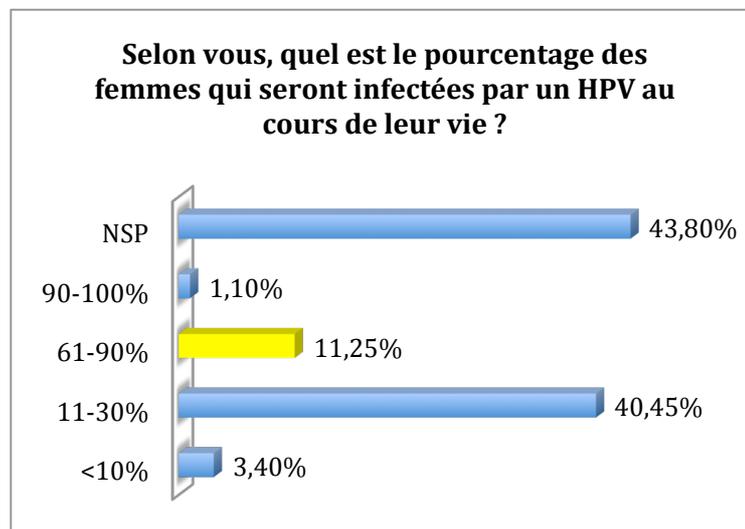


Figure 28 : Fréquence des infections à HPV vue par les femmes du CSS

2.6 Mode de transmission

Concernant les modes de transmission de l'infection à HPV, 68 femmes (76%) savaient que la transmission se fait par rapports sexuels. 32 femmes (36%) déclaraient savoir qu'un simple contact suffit pour transmettre le virus. Respectivement 7 (7,8%) et 19 (21%) femmes pensaient que la transmission peut se faire par la salive ou le sang.

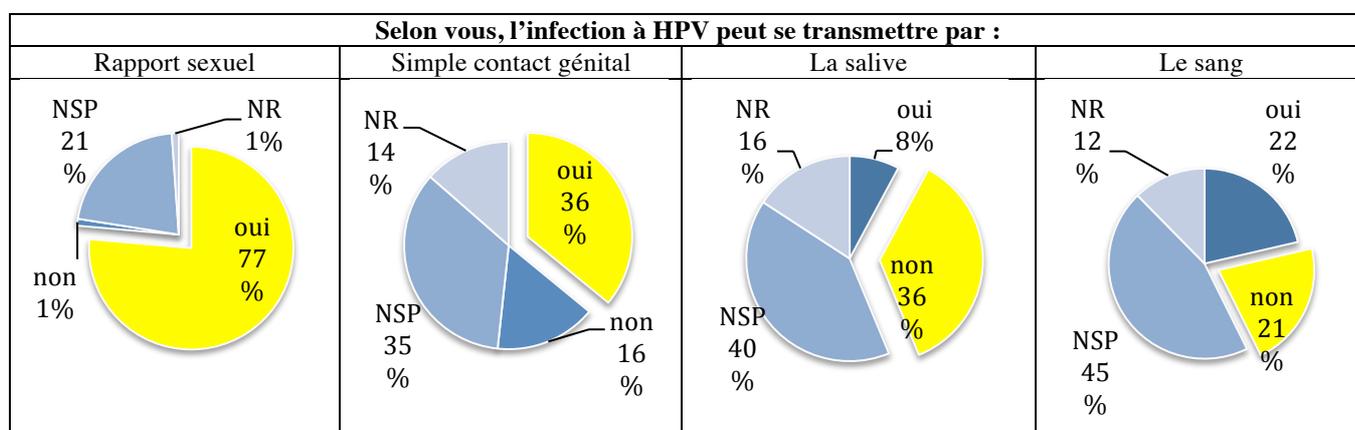
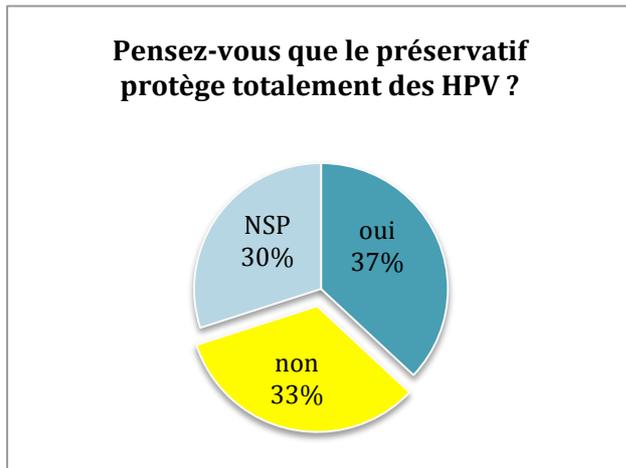


Figure 29 : Différents modes de transmission de l'infection à HPV vus par les femmes du CSS



33 femmes (37%) pensaient que le préservatif protège totalement contre les HPV.

Figure 30 : Part des femmes pensant que le préservatif protège totalement des HPV

2.7 Prévention primaire : Vaccination anti-HPV

51 femmes (58%) déclaraient avoir entendu parler du vaccin anti-HPV. La source d'information la plus citée est les médias pour 52.9% des femmes.

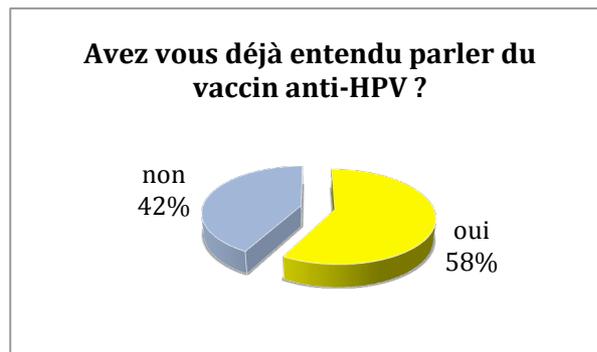


Figure 31 : Part des femmes qui ont déjà entendu parler du vaccin anti-HPV

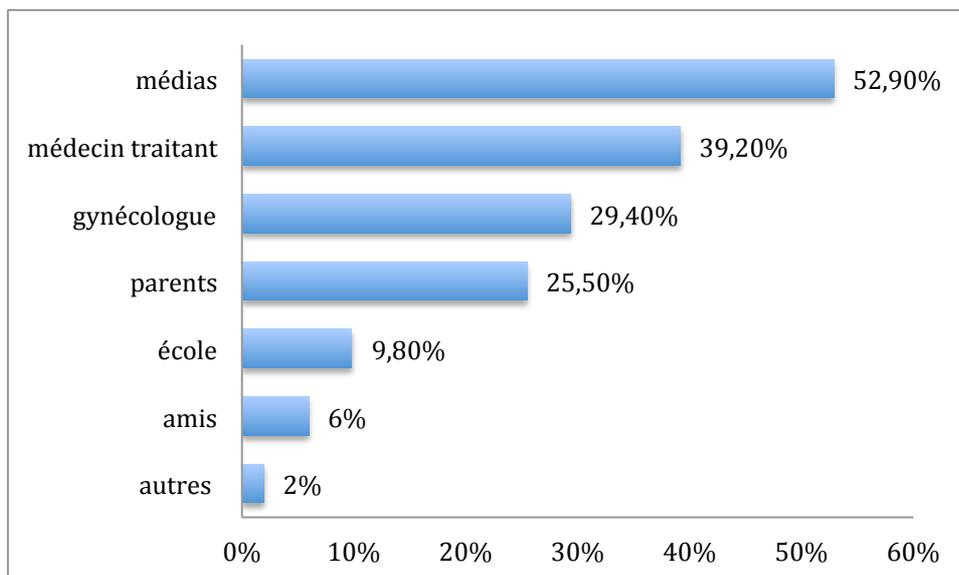


Figure 32 : Sources d'information concernant le vaccin anti-HPV

13 femmes (15%) pensaient que le vaccin protège totalement contre les HPV.

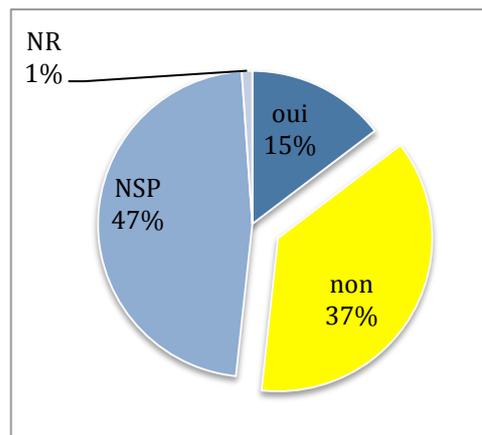


Figure 33 : Pensez-vous que le vaccin protège totalement contre les HPV ?

74 femmes (83%) savaient qu'il faut continuer à faire un frottis cervico-utérin régulièrement même après avoir été vaccinée.

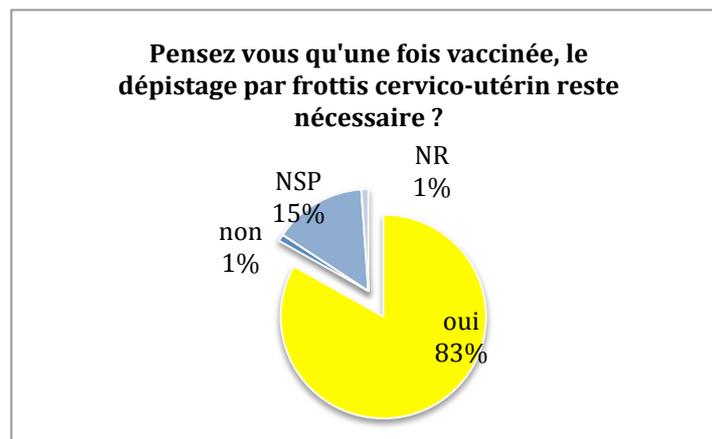


Figure 34 : Part des femmes pensant qu'une fois vaccinée, le dépistage par FCU reste nécessaire

3. Scores de connaissance

3.1 Le score de connaissance global

Les notes allaient de 0 à 18/20 avec une moyenne à 7,75/20 et une médiane à 8/20.

49 femmes sur 89 avaient un score moyen entre 5 et 9/20. 14 femmes avaient un mauvais score (< 5/20). 22 femmes avaient obtenu un score entre 10 et 14/20 et seulement 4 femmes avaient obtenu un excellent score >15/20.

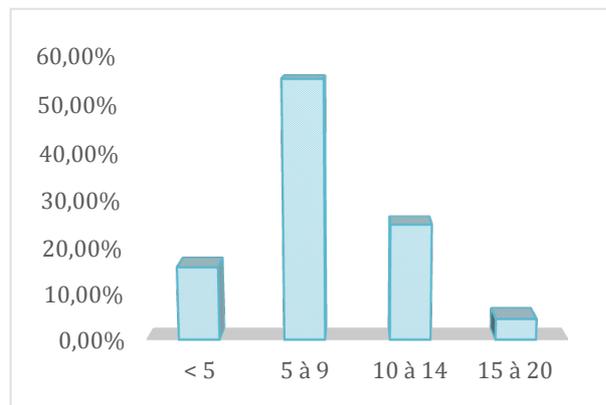


Figure 35 : Part des femmes ayant un score de connaissance global : <5, de 5 à 9, de 10 à 14, >14

3.2 Le score de connaissance sur les HPV

Les notes allaient de 0 à 20/20 avec une moyenne à 7,21/20 et une médiane à 6,7/20.

24 femmes avaient obtenu un mauvais score (0 à 4/20) au score de connaissance sur les HPV. Elles étaient 35 à avoir obtenu un score moyen entre 5 à 9/20 ; 23 avaient un bon score (entre 10 et 14/20) et 7 (8%) femmes avaient un excellent score (> =15/20).

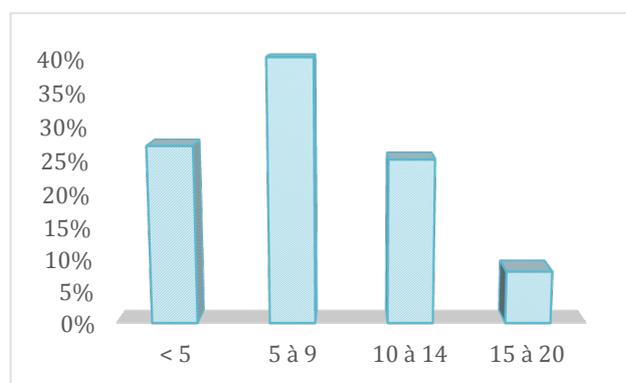


Figure 36 : Part des femmes ayant un score de connaissance concernant les HPV : <5, de 5 à 9, de 10 à 14, >14

3.3 Le score de connaissance sur le moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU

Les notes allaient de 0 à 15/20 avec une moyenne à 8,57/20 et une médiane à 10/20.

43 femmes sur 89 avaient obtenu un bon score (de 10 à 14/20). 36 femmes avaient un score compris entre 5 et 9/20. 7 avaient un mauvais score inférieur à 5/20. Seules 3 femmes avaient obtenu plus de 15/20.

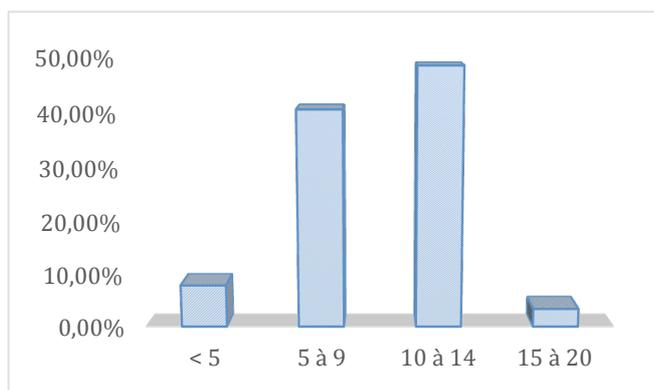


Figure 37 : Part des femmes ayant un score de connaissance concernant le FCU : <5, de 5 à 9, de 10 à 14, >14

III. Vaccination

11 femmes avaient déclaré avoir été vaccinées.

Le vaccin contre HPV a été commercialisé en 2006 et remboursé par la sécurité sociale en 2007. Les recommandations en 2007 étaient de vacciner les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 23 ans dans la première année suivant les premiers rapports sexuels. Nous avons donc considéré que les femmes de 32 ans ou moins auraient dû être vaccinées.

11 femmes sur les 59 qui ont moins de 33 ans avaient déclaré avoir été vaccinées soit 19%.

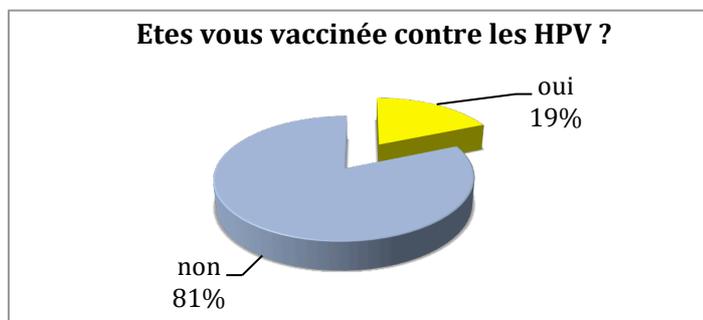


Figure 38 : Pourcentage de femmes vaccinées parmi les femmes qui auraient du l'être

IV. Dépistage par Frottis cervico-utérin

1. Nombre de femmes ayant déjà eu un Frottis cervico-utérin

62 femmes déclaraient avoir déjà eu un frottis cervico-utérin. Pour 51 femmes (82%), celui-ci datait de moins de 3 ans.

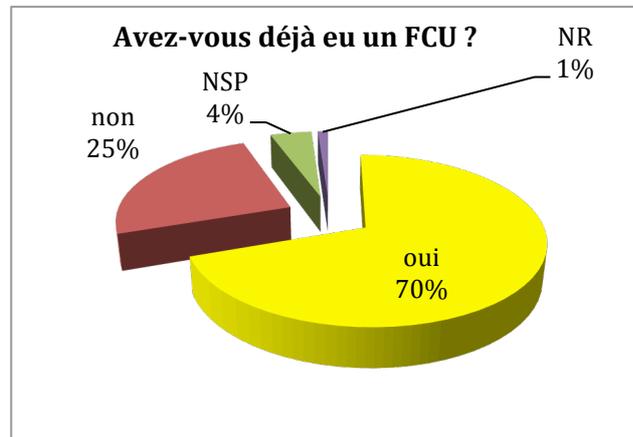


Figure 39 : Pourcentage de femmes ayant déjà réalisé un FCU

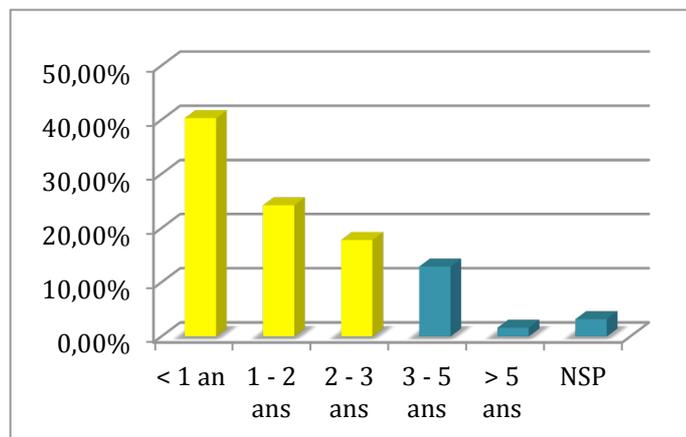


Figure 40 : Pourcentage de femmes en fonction de la date de leur dernier FCU

Les colonnes en jaune représentent les femmes à jour de leur frottis cervico utérin.

2 femmes avaient un antécédent d'hystérectomie.

2. Qui a réalisé le frottis cervico-utérin ?

Le frottis était le plus souvent réalisé par le gynécologue (51 femmes sur 62). Seuls 2 frottis avaient été réalisés au cabinet du médecin généraliste et 5 avec une sage-femme. 2 frottis avaient été réalisés dans des centres de dépistage à Mayotte.

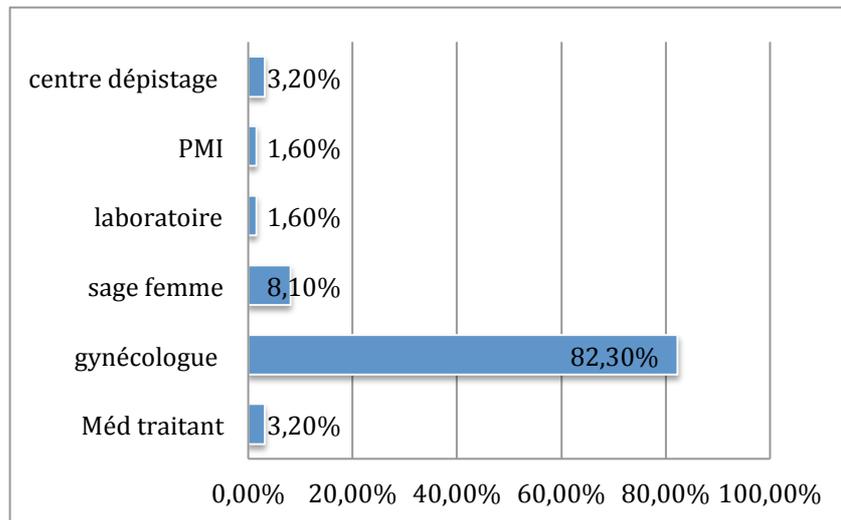


Figure 41 : Personnel médical ayant réalisé le dernier frottis cervico-utérin des femmes

Le plus souvent, ce frottis était réalisé lors du suivi gynécologique. Aucune femme ne déclarait l'avoir réalisé après avoir reçu une invitation par Run dépistage. D'ailleurs, aucune femme ne déclarait avoir déjà reçu le courrier d'invitation de Run dépistage pour la réalisation du frottis.

12 femmes de moins de 25 ans sur 33 déclaraient avoir déjà eu un FCU au cours de leur vie soit 36,36%. 49 femmes sur les 55 qui ont 25 ans ou plus avaient déclaré avoir déjà eu un frottis cervico utérin soit 89%. L'analyse était faite sur 88 femmes car une femme n'a pas donné son âge.

3. Frottis Cervico-Utérin à jour

32 % des femmes concernées (femmes de plus de 24 ans n'ayant pas réalisé de frottis dans les 3 dernières années) n'étaient pas à jour de leur frottis (17 femmes sur 53). 2 femmes ont été exclues de l'analyse car elles avaient un antécédent d'hystérectomie. 68 % des femmes étaient à jour de leur frottis.

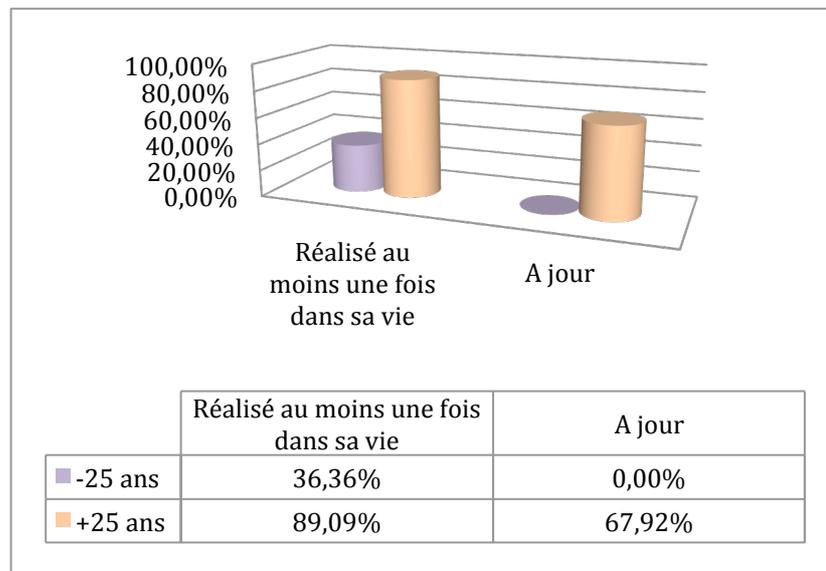


Figure 42 : Comparaison de la réalisation du FCU entre les moins de 25 ans et les 25 ans ou plus

4. Motifs de non réalisation du frottis

6 femmes de 25 ans ou plus avaient répondu à la question sur les motifs de non réalisation du FCU

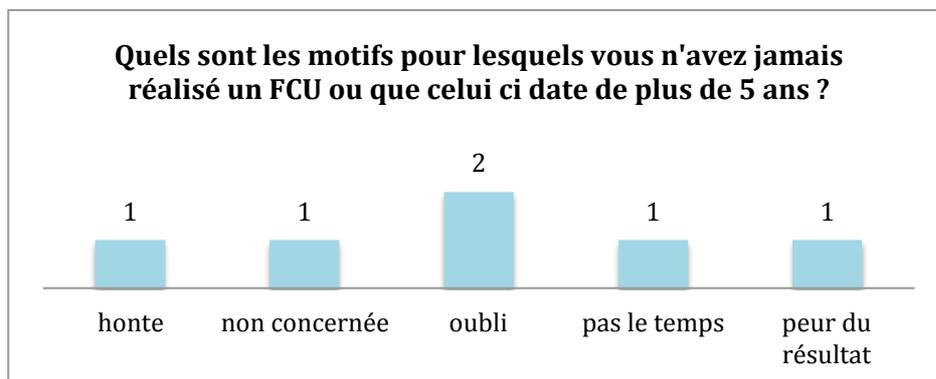


Figure 43 : Motifs de non réalisation du FCU

5. Proposition de réalisation du frottis au Centre de Santé Sexuelle

56 femmes avaient répondu qu'il était intéressant de proposer un dépistage par frottis cervico-utérin lors des consultations de dépistage au centre de santé sexuelle. Une seule femme trouvait cette démarche inutile.

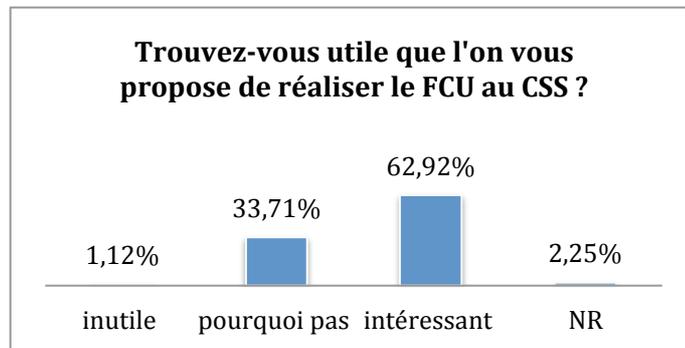


Figure 44 : Pourcentage des femmes qui trouve la proposition de réaliser le FCU sur place au CSS utile



Figure 45 : Pourcentage de femmes qui préféreraient réaliser leur FCU au Centre de santé sexuelle

L'intérêt pour ces femmes est surtout de pouvoir tout faire sur place et de le faire avec un médecin qu'elles ne connaissent pas.

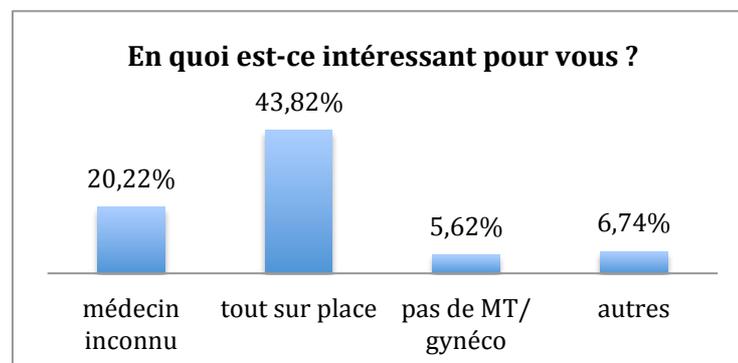


Figure 46 : Intérêts pour les femmes de réaliser leur FCU sur place au centre de santé sexuelle

Concernant la réalisation des frottis, un quart des femmes souhaitaient que celui-ci soit réalisé par une femme. Pour 72% d'entre elles, le frottis pouvait être réalisé par un homme ou par une femme.

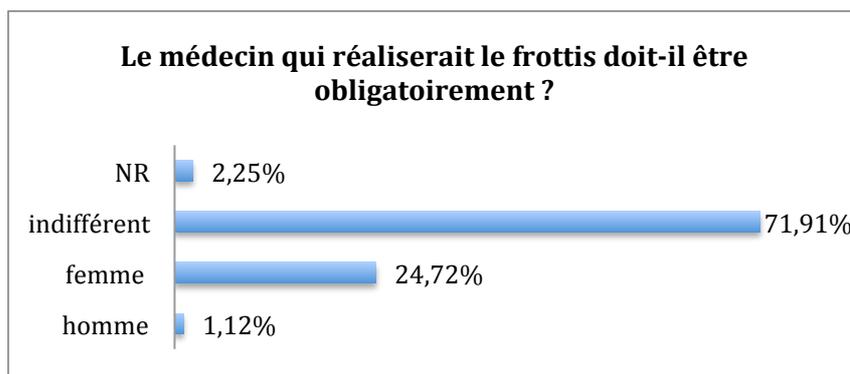


Figure 47 : Part des femmes qui préfèrent que le FCU soit réalisé par un homme, une femme ou indifférent

22 des 55 femmes (40%) de plus de 25 ans souhaitaient faire leur FCU au CSS. 21 des 33 femmes (63,64%) de moins de 25 ans souhaitaient faire leur FCU au CSS.

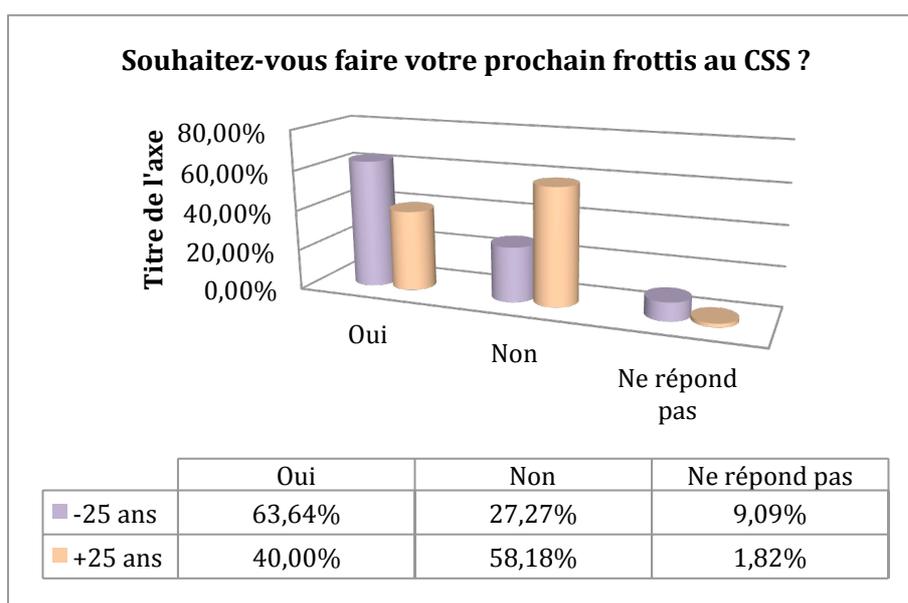


Figure 48 : Part des femmes qui souhaitent réaliser leur frottis au centre de santé sexuelle en fonction de leur classe d'âge (> ou < 25 ans)

31 femmes sur les 44 (70,45%) qui souhaitent faire leur FCU au CSS avaient un suivi médical régulier (au moins une consultation par an). 28 femmes sur les 41 (68,29%) qui ne souhaitent pas faire leur FCU au CSS avaient un suivi médical régulier aussi.

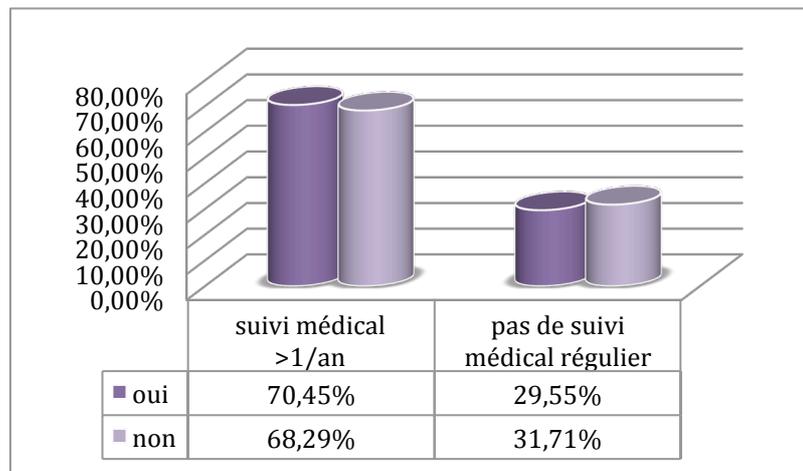


Figure 49 : Suivi médical des femmes en fonction du souhait de réaliser leur prochain FCU au CSS

Parmi les 13 femmes qui avaient accepté de réaliser le FCU au CSS, trois ont obtenu une moyenne entre 0 et 4/20 ; trois entre 5 et 9/20 ; six entre 10 et 14/20 et une femme a obtenu une moyenne supérieure à 15/20.

Parmi les 4 femmes ayant refusé de réaliser leur FCU au CSS, une a obtenu une moyenne entre 0 et 4/20 ; deux ont obtenu entre 5 et 9/20 et une avait obtenu entre 10 et 14/20.

La moyenne du score de connaissance globale des femmes ayant accepté de faire le FCU en prenant rendez-vous est de 9/20. La moyenne de celles qui ont refusé de faire le FCU au CSS était de 7,25.

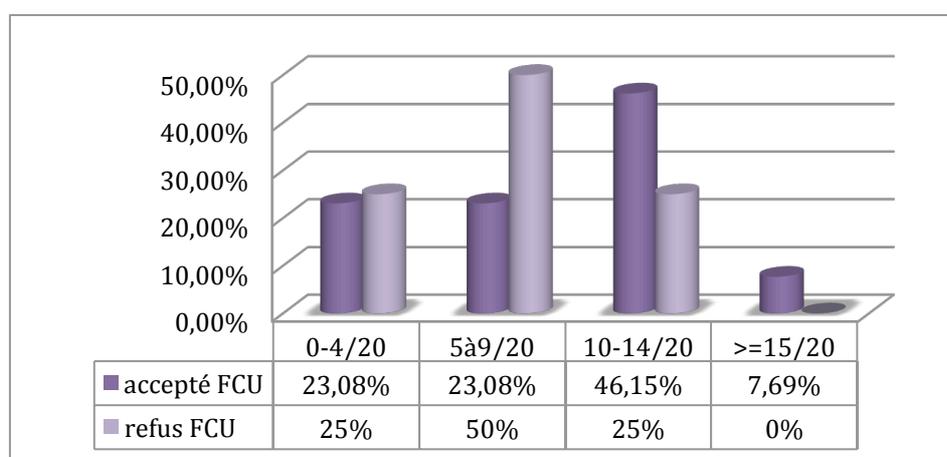


Figure 50 : Score de connaissance globale entre les femmes qui ont accepté de réaliser le FCU au CSS et celles qui ont refusé

6. Réalisation et résultats du frottis

Nous avons obtenu 89 questionnaires de patientes sur 232 femmes ayant consulté entre le 15 juin et le 8 décembre 2016.

Le frottis était indiqué chez 17 femmes.

Des rendez-vous pour la réalisation du frottis ont été donnés à 13 femmes, les 4 autres n'ont pas souhaité réaliser leur frottis au centre de santé sexuelle. 5 frottis ont été réalisés sur les 13 rendez-vous donnés.

6.1 Résultats des FCU réalisés au Centre de Santé Sexuelle du CHU Felix Guyon

Sur les 5 frottis réalisés, les résultats étaient:

- Un frottis normal
- Un frottis pauci cellulaire
- Une lésion de bas grade chez une femme vaccinée
- Un frottis a permis de détecter une cervicite à gardnerella vaginalis
- Un frottis était non interprétable à cause d'une cervicite. A noter que la patiente était porteuse de chlamydiae et de gonocoque.

V. Analyse bivariée

1. Score de connaissance en fonction des données socio-démographiques

Tableau 4 : Analyse des facteurs socio-démographiques significativement associés au score de connaissance globale

	Variables	N =	Moyenne Score global	Ecart type	p
Age	-25 ans	33	6,76	3,44	0,06
	25 -32 ans	26	8,85	3,29	
	> 32 ans	29	8,07	3,62	
Lieu de naissance	Réunion	54	7,29	3,33	0,13
	Métropole ou autre	35	8,45	3,79	
Niv socio-éducatif	études sup	62	8,17	3,38	0,08
	autres	27	6,77	3,78	
suivi médical	suivi > 1/an	60	7,83	3,53	0,76
	suivi < 1/an	29	7,58	3,63	
sexe méd traitant	MT masculin	43	7,72	3,31	0,67
	MT féminin	34	7,38	3,65	
couverture sociale	CMU	13	7,69	2,81	0,9
	SS générale	53	7,66	3,73	

Tableau 5 : Analyse des facteurs socio-démographiques significativement associés au score de connaissance sur les HPV

	Variables	N =	Moyenne Score HPV	Ecart type	p
Age	-25 ans	33	6,27	4,2	0,1
	25 -32 ans	26	8,66	4,68	
	> 32 ans	29	7,12	4,6	
Lieu de naissance	Réunion	54	6,76	4,32	0,24
	Métropole ou autre	35	7,9	4,81	
Niv socio-éducatif	études sup	62	7,74	4,48	0,09
	autres	27	5,98	4,48	
suivi médical	suivi > 1/an	60	7,25	4,39	0,87
	suivi < 1/an	29	7,12	4,89	
sexe méd traitant	MT masculin	43	7,33	4,22	0,39
	MT féminin	34	6,47	4,56	
couverture sociale	CMU	13	6,8	4,48	0,7
	SS générale	53	7,26	4,67	

Tableau 6 : Analyse des facteurs socio-démographiques significativement associés au score de connaissance sur le frottis

	Variabes	N =	Moyenne Score frottis	Ecart type	p
Age	-25 ans	33	7,5	3,85	0,04
	25 -32 ans	26	9,13	2,54	
	> 32 ans	29	9,48	3,08	
Lieu de naissance	Réunion	54	8,1	3,46	0,1
	Métropole ou autre	35	9,28	3,18	
Niv socio-éducatif	études sup	62	8,83	3,19	0,26
	autres	27	7,96	3,8	
suivi médical	suivi > 1/an	60	8,7	3,55	0,57
	suivi < 1/an	29	8,27	3,06	
sexe méd traitant	MT masculin	43	8,31	3,02	0,57
	MT féminin	34	8,75	3,8	
couverture sociale	CMU	13	9,04	3,31	0,4
	SS générale	53	8,25	3,38	

Les moyennes des scores de connaissance des femmes de moins de 25 ans étaient inférieures à celles des femmes de plus de 25 ans. Cette différence était significative pour le score de connaissance global (6,76 vs 8,43 ; $p=0,03$) et le score de connaissance sur le frottis (7,5 vs 9,3 ; $p=0,01$). Concernant le score de connaissance sur les HPV, il n'a pas été observé de différence significative entre les moyennes des femmes de moins de 25 ans et celles de plus de 25 ans (6,27 vs 7,85 ; $p=0,1$).

La tranche d'âge qui obtenait la meilleure moyenne était celle des 25-32 ans pour le score de connaissance sur les HPV et celle de plus de 32 ans pour le score de connaissance sur le frottis.

Aucune différence n'était observée entre les moyennes de score de connaissance des femmes qui avaient un suivi médical par leur médecin traitant (au moins une consultation par an) et celles qui n'avaient pas de suivi régulier.

2. Score de connaissance en fonction des antécédents et des pratiques sexuelles

Tableau 7 : Analyse des antécédents et pratiques sexuelles significativement associés au score de connaissance global

	Variables	N =	Moyenne Score global	Ecart type	p
contraception	sur ordo	52	7,75	3,75	0,8
	aucune	28	7,95	2,73	
utilisation préservatifs	systématiques	44	7,63	3,98	0,75
	non syst	31	7,9	3,16	
nbre part sexuels	un seul	34	7,08	4,1	0,09
	> un	51	8,41	3,04	
grossesse	oui	39	7,38	2,95	0,39
	non	50	8,04	3,95	
ATCD IST	oui	21	8,71	3,57	0,15
	non	68	7,45	3,51	
ATCD fam cancer	oui	16	6,81	2,61	0,24
	non	73	7,95	3,7	

Tableau 8 : Analyse des antécédents et pratiques sexuelles significativement associés au score de connaissance sur les HPV

	Variables	N =	Moyenne Score HPV	Ecart type	p
contraception	sur ordo	52	7,5	4,69	0,73
	aucune	28	7,14	4,36	
utilisation préservatifs	systématiques	44	7,24	5,13	0,72
	non syst	31	7,63	3,96	
nbre part sexuels	un seul	34	6,37	4,91	0,09
	> un	51	8,04	4,23	
grossesse	oui	39	6,45	3,99	0,16
	non	50	7,8	4,87	
ATCD IST	oui	21	8,18	4,58	0,25
	non	68	6,91	4,5	
ATCD fam cancer	oui	16	5,31	3,28	0,06
	non	73	7,63	4,68	

Tableau 9 : Analyse des antécédents et pratiques sexuelles significativement associés au score de connaissance sur le frottis

	Variables	N =	Moyenne Score frottis	Ecart type	p
contraception	sur ordo	52	8,5	3,68	0,59
	aucune	28	8,92	2,58	
utilisation préservatifs	systématiques	44	8,23	3,34	0,93
	non syst	31	8,3	3,31	
nbre part sexuels	un seul	34	8,16	4,09	0,27
	> un	51	8,97	2,74	
grossesse	oui	39	8,78	3,13	0,6
	non	50	8,4	3,59	
ATCD IST	oui	21	9,5	3,22	0,14
	non	68	8,27	3,4	
ATCD fam cancer	oui	6	9,06	3,27	0,52
	non	73	8,46	3,42	

Nous avons étudié les moyennes des scores de connaissance en fonction du moyen de contraception. Nous avons comparé les moyennes des femmes ayant un moyen de contraception prescrit sur ordonnance (pilule, DIU, implant, anneau, patch) et celles qui n'en avaient pas (aucune contraception ou préservatifs). L'analyse se fait pour 80 femmes puisqu'il y avait 87 répondantes à la question sur la contraception dont 7 femmes de plus de 50 ans (nous avons estimé qu'elles n'avaient plus de contraception à partir de cet âge-là). Il n'existait pas de différence entre les connaissances des femmes qui avaient un moyen de contraception sur ordonnance et celles qui n'en avaient pas.

Aucune différence n'était observée entre les scores de connaissance des femmes qui utilisaient ou pas le préservatif lors de rapports sexuels occasionnels (analyse sur 75 femmes ayant répondu à la question).

Il n'était pas observé de différence significative entre les moyennes de scores de connaissance des femmes multipartenaires et celles ayant eu un partenaire unique dans les 12 derniers mois ; ou des femmes ayant un antécédent d'infection sexuellement transmissible par rapport à celles n'en ayant jamais eu (les femmes ayant répondu « ne sait pas » ont été considérées comme n'en ayant jamais eu).

3. Score de connaissance en fonction : « FCU à jour »

Tableau 10 : Analyse des moyennes des scores de connaissance en fonction d'avoir un FCU jour ou non

	Variables	N =	Moyenne Score global	Ecart type	p
FCU à jour	oui	36	8,36	3,27	0,6
	non	17	8,58	3,92	

	Variables	N =	Moyenne Score HPV	Ecart type	p
FCU à jour	oui	36	7,55	4,46	0,3
	non	17	8,63	5,24	

	Variables	N =	Moyenne Score frottis	Ecart type	p
FCU à jour	oui	36	9,59	2,57	0,2
	non	17	8,53	3,06	

Il n'était pas observé de différence significative sur les moyennes des scores de connaissance des femmes ayant leur FCU à jour par rapport à celles n'ayant pas leur FCU à jour.

4. Score de connaissance en fonction de la source d'information concernant l'HPV

Tableau 11 : Analyse des sources d'information sur les HPV significativement associées au score de connaissance global

	Variables	N =	Moyenne Score global	Ecart type	p
entendu parler HPV	oui	71	8,59	3,29	< 0,001
	non	18	4,44	2,43	
infos HPV par MT	oui	18	11,05	2,36	< 0,001
	non	54	7,75	3,13	
infos HPV par gynéco	oui	21	9,9	2,94	0,02
	non	51	8,03	3,27	
infos HPV par école	oui	9	9,11	4,7	0,64
	non	63	8,5	3,06	
infos HPV par médias	oui	37	8,16	2,83	0,26
	non	35	9,02	3,67	
infos HPV par parents	oui	11	8,45	3,72	0,77
	non	61	8,6	3,22	
infos HPV par amis	oui	10	8,7	4,44	0,75
	non	62	8,56	3,09	
Kcol = IST	VRAI	26	10,03	3,88	< 0,001
	FAUX	62	6,88	2,9	

Tableau 12 : Analyse des sources d'information sur les HPV significativement associées au score de connaissance sur les HPV

	Variables	N =	Moyenne Score HPV	Ecart type	p
entendu parler HPV	oui	71	8,26	4,32	< 0,001
	non	18	3,06	2,56	
infos HPV par MT	oui	18	11,67	3,6	< 0,001
	non	54	7,1	3,89	
infos HPV par gynéco	oui	21	9,92	3,85	0,03
	non	51	7,55	4,31	
infos HPV par école	oui	9	10,19	5,36	0,12
	non	63	7,96	4,09	
infos HPV par médias	oui	37	7,25	3,94	0,04
	non	35	9,29	4,45	
infos HPV par parents	oui	11	8,64	3,78	0,48
	non	61	8,17	4,4	
infos HPV par amis	oui	10	8,5	4,61	0,75
	non	62	8,2	4,28	
Kcol =IST	VRAI	26	10,31	4,71	< 0,001
	FAUX	62	6	3,8	

Tableau 13 : Analyse des sources d'information sur les HPV significativement associées au score de connaissance sur le frottis

	Variables	N =	Moyenne Score frottis	Ecart type	p
entendu parler HPV	oui	71	9,08	3,19	0,03
	non	18	6,53	3,44	
infos HPV par MT	oui	18	10,14	2,18	0,1
	non	54	8,75	3,39	
infos HPV par gynéco	oui	21	9,88	2,67	0,18
	non	51	8,77	3,33	
infos HPV par école	oui	9	7,5	4,5	0,32
	non	63	9,32	2,91	
infos HPV par médias	oui	37	9,52	2,75	0,24
	non	35	8,64	3,55	
infos HPV par parents	oui	11	8,18	4,04	0,52
	non	61	9,26	3	
infos HPV par amis	oui	10	9	4,44	0,88
	non	62	9,1	2,97	
Kcol = IST	VRAI	26	9,61	3,51	0,07
	FAUX	62	8,22	3,21	

Les moyennes des scores de connaissance des femmes ayant entendu parler des HPV étaient significativement supérieures à celles qui n'en avaient jamais entendu parler.

Concernant le score de connaissance sur les HPV, les femmes ayant entendu parler des HPV avaient une moyenne de 8,26 vs 3,06 pour celles n'en ayant jamais entendu parler ($p < 0,001$). Concernant le score de connaissance sur le frottis, elles avaient obtenu une moyenne de 9,08 vs 6,53 ($p = 0,03$).

L'analyse sur les sources d'information concernant les HPV s'est faite sur 72 femmes qui avaient répondu à la question.

Concernant le score de connaissance sur les HPV, une différence significative était observée avec une meilleure moyenne en faveur des femmes ayant reçu une information de la part de leur médecin traitant (11,67 vs 7,1 ; $p < 0,001$) ou de leur gynécologue (9,92 vs 7,55 ; $p = 0,03$). En revanche, celles ayant reçu une information de la part des médias avaient une moyenne inférieure (7,25 vs 9,29 ; $p = 0,04$).

Concernant le score de connaissance sur le frottis, il n'était pas observé de différence significative entre les femmes ayant reçu une information de la part de leur médecin traitant, de leur gynécologue ou des médias que celles n'ayant pas la même source d'information.

Les femmes ayant répondu que l'infection à HPV est une IST avaient une meilleure moyenne aux différents scores de connaissance par rapport aux autres femmes. Cette différence était significative pour le score de connaissance sur les HPV ($p < 0,001$) mais pas pour le score de connaissance sur le frottis ($p = 0,07$).

5. Score de connaissance en fonction de la vaccination et des sources d'information sur la vaccination

Tableau 14 : Analyse des sources d'information sur la vaccination, significativement associées au score de connaissance global

	Variables	N =	Moyenne Score global	Ecart type	p
vaccination < 33 ans	oui	11	9,72	2,19	0,01
	non	48	7,2	3,6	
entendu parler vaccin	oui	51	9,17	3,07	< 0,001
	non	38	5,84	3,25	
entendu parler vaccin par parents	oui	13	9,76	3,32	0,4
	non	38	8,97	3	
entendu parler vaccin par amis	oui	3	9,33	4,16	0,9
	non	48	9,16	3,05	
entendu parler vaccin par MT	oui	20	9,9	2,91	0,1
	non	31	8,17	3,13	
entendu parler vaccin par gynéco	oui	15	10,06	3,12	0,1
	non	36	8,8	3,02	
entendu parler vaccin par école	oui	5	12	4,18	0,02
	non	46	8,86	2,82	
entendu parler vaccin par médias	oui	27	9,66	3,5	0,2
	non	24	8,62	2,46	

Tableau 15 : Analyse des sources d'information sur la vaccination, significativement associées au score de connaissance sur les HPV

	Variables	N =	Moyenne Score HPV	Ecart type	p
vaccination < 33 ans	oui	11	10,16	2,92	0,009
	non	48	6,67	4,62	
entendu parler vaccin	oui	51	9,56	4,37	< 0,001
	non	38	7,24	3,67	
entendu parler vaccin par parents	oui	13	10,01	4,29	0,3
	non	38	8,55	4,39	
entendu parler vaccin par amis	oui	3	8,9	5,35	0,9
	non	48	8,92	4,37	
entendu parler vaccin par MT	oui	20	10,09	4,46	0,1
	non	31	8,17	4,22	
entendu parler vaccin par gynéco	oui	15	10,34	4,41	0,1
	non	36	8,33	4,28	
entendu parler vaccin par école	oui	5	13,34	4,84	0,01
	non	46	8,44	4,09	
entendu parler vaccin par médias	oui	27	9,07	5,17	0,9
	non	24	8,76	3,37	

Tableau 16 : Analyse des sources d'information sur la vaccination, significativement associées au score de connaissance sur le frottis

	Variabes	N =	Moyenne Score frottis	Ecart type	p
vaccination < 33 ans	oui	11	9,09	2,56	0,44
	non	48	8,02	3,57	
entendu parler vaccin	oui	51	9,56	2,72	0,001
	non	38	7,24	3,75	
entendu parler vaccin par parents	oui	13	9,42	2,53	0,8
	non	38	9,6	2,81	
entendu parler vaccin par amis	oui	3	10	2,5	0,7
	non	48	9,5	2,76	
entendu parler vaccin par MT	oui	20	9,62	2,18	0,8
	non	31	9,51	3,05	
entendu parler vaccin par gynéco	oui	15	9,66	2,08	0,8
	non	36	9,51	2,97	
entendu parler vaccin par école	oui	5	10	4,33	0,7
	non	46	9,5	2,56	
entendu parler vaccin par médias	oui	27	10,55	2,33	0,004
	non	24	8,43	2,73	

Les patientes vaccinées avaient une moyenne au score de connaissance sur les HPV plus élevée de manière significative que celles qui n'étaient pas vaccinées (10,16 vs 6,67 ; p=0.009). Cette différence n'était pas retrouvée pour le score de connaissance sur le frottis (9,09 vs 8,02 ; p=0,44)

Une différence significative était observée sur les moyennes des trois scores de connaissance en faveur des femmes ayant entendu parler du vaccin anti-HPV.

Concernant le score de connaissance sur les HPV, il n'était pas observé de différence significative de moyennes entre les femmes ayant entendu parler du vaccin par leur médecin traitant ou leur gynécologue par rapport à celles ayant eu une autre source d'information. En revanche, le groupe de femmes ayant entendu parler du vaccin à l'école avaient de meilleures moyennes au score de connaissance sur les HPV avec une différence significative (13,34 vs 8,44 ; p=0,01).

Concernant les connaissances sur le frottis, nous avons observé une différence significative avec une meilleure moyenne pour les femmes ayant entendu parler du vaccin par les médias (p=0,004). Aucune différence n'est observée chez les femmes ayant entendu parler du vaccin par leur médecin traitant ou à l'école.

DISCUSSION

I. Résultats obtenus

1. Connaissances et croyances des femmes

Cette étude a permis de décrire les connaissances et croyances des femmes consultant au CeGIDD du CHU Felix Guyon de la Réunion concernant les HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle montre que ces connaissances sont insuffisantes et que de fausses croyances persistent.

1.1 Connaissances sur les Papillomavirus Humains

80% des femmes ont déjà entendu parler de l'infection à HPV. Ce chiffre est meilleur que dans l'étude de *J. Merlin* basée sur des auto questionnaires, réalisée au centre de prévention des Maladies Transmissibles du CHU d'Amiens en 2008 dans laquelle 54,5% des femmes consultant au CDAG avaient entendu parler des HPV (47). Ces résultats sont plutôt encourageants.

Par contre, dans notre étude, seules 29% des femmes savent que le CCU est le plus souvent causé par une infection sexuellement transmissible. Dans une thèse réalisée en 2012 par *J. Baum Durrenberger* sur les connaissances d'étudiants Lorrains concernant les HPV, ce chiffre était bien meilleur puisque 70% des étudiants savaient que l'infection à HPV est une IST (48).

La transmission de l'infection à HPV par simple contact génital est connue par 36% des femmes de notre population. 37% des femmes pensent encore que les préservatifs protègent totalement contre les HPV. Concernant le risque d'être en contact avec un HPV, moins de 12% des femmes l'estiment entre 60 et 90%. Moins de 40% des femmes savent que cette infection touche les 2 sexes. Ces résultats sont comparables avec ceux de l'étude de *J. Baum Durrenberger* (48).

Si la connaissance sur une possible évolution néoplasique suite à une infection par HPV semble être assimilée par 72% des femmes de notre étude, ces dernières ne font que peu le rapprochement entre HPV et condylomes.

57% des femmes de notre étude déclarent avoir entendu parler du vaccin anti-HPV. Ce chiffre est meilleur que dans l'étude de *J.Merlin* au CDAG d'Amiens dans laquelle 42,9% des personnes connaissaient l'existence du vaccin ; cependant l'analyse porte sur les femmes mais aussi les hommes qui peuvent être moins sensibilisés que les femmes.

1.2 Connaissances sur le frottis cervico-utérin

Les connaissances sur le FCU semblent meilleures que celles sur les HPV. Effectivement, les femmes ont obtenu de meilleures moyennes pour le score de connaissance sur le frottis (moyenne 8,57/20 ; médiane 10/20) que pour le score de connaissance sur le Human Papilloma Virus (moyenne 7,21/20 ; médiane 6,7/20).

La moyenne obtenue du score de connaissance sur le frottis dans notre étude (8,57/20) est comparable à celle retrouvée dans l'étude de *S. Bernard-Granger* (8,78/20) qui interrogeait des femmes consultant à la médecine du travail dans un CHU en 2014 (principalement des paramédicaux) (49).

Concernant la réalisation du frottis après la vaccination, cette connaissance paraît bien acquise dans notre étude (83% des femmes). Par contre, l'intérêt et le rythme du dépistage du FCU sont encore mal connus comme dans l'étude de *S. Bernard-Granger* (49).

1.3 Facteurs liés à une bonne connaissance de l'infection à HPV

Les facteurs significativement liés à une bonne connaissance des HPV dans notre étude sont :

- Le fait d'avoir entendu parler des HPV ($p < 0,001$)
- Le fait d'avoir reçu une information sur l'infection à HPV par le médecin traitant ($p < 0,001$), le gynécologue ($p = 0,03$).
- Le fait d'avoir entendu parler du vaccin ($p < 0,001$) particulièrement lorsque l'information vient de l'école ($p = 0,01$).
- Le fait d'être vacciné ($p = 0,009$).
- Le fait de savoir que le cancer du col de l'utérus est le plus souvent lié à une infection sexuellement transmissible ($p < 0,001$).

Le fait d'être vacciné est lié à une bonne connaissance des HPV comme dans de nombreuses études dont une méta-analyse européenne (50) (51) (52) (53) (54).

Sans surprise, le fait d'avoir entendu parler des HPV et de savoir que le cancer du col de l'utérus est lié à une IST sont significativement liés à une meilleure connaissance de l'infection à HPV.

1.4 Facteurs liés à une bonne connaissance du frottis

Les facteurs significativement liés à une bonne connaissance du frottis sont :

- L'âge > 25 ans (p=0,01)
- Le fait d'avoir entendu parler du vaccin (p=0,001) surtout lorsque l'information est donnée par les médias (p=0,004)
- Le fait d'avoir entendu parler de l'infection à HPV (p=0,03)

L'âge d'entrée dans le dépistage étant à 25 ans, il paraît logique que le FCU soit mieux connu à partir de cet âge, les femmes étant directement concernées.

Ceci concorde avec une étude réalisée à partir de plateforme téléphonique lors des journées d'information sur le cancer du col de l'utérus qui montrait une faible participation des moins de 25 ans et un manque d'impact sur le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus chez les 14-23 ans (55).

2. Couverture par FCU

Le taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin est de 67,9% dans notre étude.

Ce chiffre est plutôt en accord avec le taux de dépistage en France (61%) même si il est un petit peu plus élevé.

Tous âges confondus, à peu près 70% des femmes ont déjà réalisé un FCU. Ce résultat est comparable à l'étude de *J. Merlin* dans laquelle 75,3% des femmes consultant au centre de dépistage du CHU d'Amiens avaient déjà réalisé un FCU (47).

On observe que 36% des moins de 25 ans ont déjà eu un FCU dans notre étude alors que celui-ci n'est pas recommandé d'après la HAS, et qu'aucune donnée scientifique ne remet en cause à ce jour l'âge d'entrée dans le dépistage du CCU ni en France, ni à la Réunion. D'après la thèse d'A. Sanogo, il n'a pas été observé d'abaissement de l'âge d'incidence du cancer du col de l'utérus ni d'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer chez les femmes jeunes à la Réunion (13). En France, en 2013, 35,5% des femmes de moins de 25 ans avaient eu un dépistage par FCU dans les trois dernières années. Aucun impact n'a été démontré sur le cancer du col de l'utérus ; au contraire, cela générerait plus d'effets négatifs que de bénéfiques (56).

Dans notre étude, aucune femme n'a déclaré avoir déjà reçu un courrier d'invitation au dépistage du cancer du col de l'utérus de la part de Run Dépistage alors que la Réunion fait partie des régions dans lesquelles un dépistage organisé a été mis en place et qu'il est toujours en cours. Ne l'ont-elles pas reçu ? N'y ont-elles pas prêté attention ne se sentant pas concernées ? Ont-elles oublié ? A la Réunion, le dépistage organisé ne prévoit pas de relance, un seul courrier est envoyé. Il serait important de mettre en place des relances car la première fois, cela peut être mis de côté et oublié. Le fait d'être relancé pourrait favoriser le dépistage. Un auto-prélèvement pourrait être envoyé au domicile des femmes non participantes pour favoriser le dépistage. En effet, les études de K. Haguenoer ont montré qu'un auto-prélèvement est une méthode performante pour dépister des HPV à haut risque et qu'il permet en plus de doubler la participation au dépistage (29) (31).

3. Proposition de réalisation du frottis cervico-utérin au CeGIDD

La population étudiée est concernée par le dépistage par FCU avec 62,5% des femmes ayant 25 ans ou plus. Les femmes ayant répondu à nos questionnaires déclarent des pratiques sexuelles à risque (multi partenariat, rapports sexuels à risque, antécédents d'IST...). Elles sont donc plus à risque de contracter un HPV et de développer un CCU.

Ceci confirme l'intérêt de délivrer une information sur les HPV et de proposer un dépistage par FCU en CeGIDD.

3.1 Acceptabilité de l'offre

La majorité des femmes interrogées trouve intéressant la proposition de réaliser le FCU au centre de santé sexuelle. En effet, près de la moitié des femmes désireraient faire leur prochain frottis au CSS, pour une question de facilité de tout faire sur place pour la plupart des femmes et pour une femme sur 5, parce qu'elle est plus à l'aise de le faire avec un médecin qu'elle ne connaît pas.

3.2 Réalisation du Frottis Cervico Utérin.

Si le frottis était indiqué chez 17 des femmes interrogées de notre étude, seulement 5 frottis ont été réalisés sur les 13 rendez-vous donnés malgré les relances téléphoniques avant les rendez-vous.

La proportion de frottis réalisée pourrait être améliorée par le dépistage le jour même de la consultation initiale et pas sur un autre rendez-vous. Pour cela, il faudrait que les médecins soient formés à la réalisation des frottis ou que les patientes soient adressées le jour même vers un gynécologue pour pratiquer le frottis. Cela nécessiterait une coordination avec les gynécologues au sein du CSS.

Par contre, la réalisation en contexte infectieux peut le rendre ininterprétable. D'ailleurs, un de ceux qui a été réalisé le jour même de la consultation de dépistage retrouvait une cervicite et était donc ininterprétable (la femme était porteuse d'un chlamydiae et d'un gonocoque).

Un auto-prélèvement proposé directement sur place au CeGIDD pourrait favoriser l'adhésion au dépistage comme il a été montré dans l'étude de *K. Haguenoer* (29).

II. Méthode

1. Atouts de l'étude

Cette étude permet de faire un état des lieux des connaissances, croyances et comportements d'une partie des femmes consultant au CeGIDD du CHU Felix Guyon sur les HPV et le CCU. Elle a pour but d'améliorer directement ces connaissances et la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus en proposant un dépistage par FCU au sein même du CeGIDD du CHU Felix Guyon de Saint Denis de la Réunion.

Pendant l'entretien lors de la réalisation du FCU, les femmes pouvaient poser les questions qu'elles souhaitaient. Nous reprenions systématiquement le thème des HPV et du cancer du col de l'utérus en reprenant les questions du questionnaire pour améliorer directement les connaissances. Les femmes que nous avons rencontrées paraissaient intéressées et contentes de recevoir une information et de corriger leurs croyances erronées.

Cette étude permet aussi d'obtenir des informations sur les caractéristiques d'une partie de la population consultant au CeGIDD afin de mieux cibler l'offre de santé.

Notre étude est facilement reproductible, peu coûteuse, simple à mettre en place avec une bonne faisabilité. Une autre étude pourrait être réalisée à partir du même questionnaire pour évaluer une autre population ou refaire la même évaluation à distance après amélioration de l'information et de l'éducation au sein du CeGIDD ou dans un autre CeGIDD.

2. Limites de notre étude

2.1 Biais de recrutement / sélection

Il existe un biais dû aux faibles effectifs de cette étude.

Nous avons récolté 89 questionnaires sur 232 femmes ayant consulté au centre de santé sexuelle. Beaucoup de secrétaires différentes se relaient au CSS. Certaines ont oublié de distribuer des questionnaires. D'autres ont oublié, pour cause d'incompréhension de noter les refus.

Il est donc difficile d'extrapoler les résultats à la population globale consultant au CeGIDD du CHU Felix Guyon. Les femmes les plus précaires, illettrées ou ne parlant pas français n'ont pas répondu au questionnaire. Les entretiens de dépistage standard n'ont pas permis d'inclure ces femmes dans l'étude et le frottis sur place ne leur a pas été proposé.

Or, c'est surtout dans cette population que l'offre de frottis sur place prend tout son sens. Les résultats de notre étude montre que la population de femmes qui a répondu aux questionnaires ne paraît pas entièrement représentative de la population cible des CSS. En effet, une majorité de femmes avait un niveau socio-éducatif élevé avec 87% des femmes qui ont un niveau baccalauréat ou « études supérieures ». D'après l'INSEE, la Réunion est l'une des régions où la part des diplômés ou étudiants du supérieur est la plus faible : 17,8% des femmes qui résident à la Réunion ont un niveau d'études supérieures et 15,2% ont un niveau baccalauréat en 2013 (57) (58).

72,6% déclaraient bénéficier du régime général de la sécurité sociale et seules 17,8% des femmes bénéficiaient de la CMU. Ce chiffre est un peu inférieur à la moyenne des bénéficiaires de la CMU de base en 2015 qui est de 19,2% à la Réunion (36,9% pour la CMU complémentaire).

Dans notre étude, les connaissances des femmes sont donc probablement surévaluées par rapport aux connaissances de la population cible consultant les CSS. On peut supposer que le taux de dépistage est aussi surévalué.

Le nombre de frottis réalisé aurait pu être augmenté si toutes les femmes ayant consulté avaient répondu aux questionnaires y compris celles ne sachant ni lire ni écrire, ne parlant pas français ou celles à qui le questionnaire n'a pas été distribué quelle qu'en soit la raison.

2.2 Biais de déclaration

Les patientes pouvaient répondre au hasard aux questions même si pour limiter les choix au hasard, un item « ne sait pas » a été proposé à toutes les questions à choix multiple.

Certaines femmes jeunes consultaient en même temps qu'une amie, il est possible qu'elles aient pu discuter des questions et être influencées pour leurs réponses.

Il existe, comme dans toutes les enquêtes déclaratives un « biais de désirabilité ». Les femmes répondent ce qu'elles imaginent comme réponse attendue et pas forcément en fonction de leur connaissance, en quelque sorte pour « plaire » à leur interlocuteur.

Il y a pu également avoir un biais si les femmes ne différenciaient pas les finalités du frottis cervico-utérin et du prélèvement vaginal. Effectivement, le geste étant le même en pratique pour les femmes, elles peuvent penser avoir déjà eu un frottis alors qu'il s'agissait d'un prélèvement vaginal. L'auto questionnaire ne permettait pas de différencier le prélèvement vaginal du frottis cervico utérin.

III. Amélioration des connaissances

1. Rôle du médecin traitant

Les femmes de notre étude bénéficient d'un bon suivi médical puisqu'à peu près 9 femmes sur 10 déclarent avoir un médecin généraliste. On pourrait s'attendre à ce que la population consultant au CeGIDD soit plus précaire dans son suivi médical.

Certes le biais de recrutement minore la proportion de femmes précaires interrogées, cependant pourquoi ces femmes jeunes et en bonne santé ne consultent par leur médecin traitant pour leur problème de santé sexuelle ?

Plusieurs explications possibles : elles ne veulent pas que leur médecin soit au courant car la sexualité reste un sujet intime et tabou. La sexualité n'est peut-être pas abordée de manière systématique lors d'une consultation pour un autre motif. De plus, si la famille est suivie par le même médecin, elles peuvent avoir peur que des informations sur leur vie personnelle soient divulguées.

Notre étude montre que lorsque les médecins informent leurs patientes sur les HPV, leurs connaissances sont meilleures. En effet, la moyenne du score de connaissance sur les HPV est significativement supérieure en faveur des femmes ayant entendu parler des HPV par leur médecin généraliste (11,67 vs 7,1 ; $p < 0,001$) et par le gynécologue (9,92 vs 7,55 ; $p = 0,03$).

Cependant, seulement un quart des femmes déclare avoir été informées sur les HPV par leur médecin généraliste et moins d'un tiers des femmes par leur gynécologue.

De plus, le fait d'avoir une contraception et d'avoir son FCU à jour ne sont pas des facteurs favorisant de bonne connaissance des HPV et du FCU dans notre étude. Pourtant ces motifs ont donné lieu à une consultation par un médecin, laquelle aurait été l'occasion de faire de la prévention et de l'éducation autour des HPV et du CCU. Il faudrait favoriser ces informations lors des consultations de prévention et de dépistage.

Lors de la réalisation du FCU, il paraît important de donner des informations claires sur le cancer du col de l'utérus : HPV, transmission, intérêt et rythme du frottis ...

Enfin, la comparaison entre les femmes qui déclarent consulter au moins une fois par an leur médecin généraliste et l'autre groupe ne montre pas une différence significative au niveau des scores de connaissance.

L'ensemble de ces résultats interroge sur les difficultés rencontrées par les médecins pour informer et éduquer les jeunes femmes concernant les HPV et le CCU.

Il est surprenant de noter que seulement 46% des femmes savent que le frottis peut être réalisé par un médecin généraliste. Seules 2 femmes avaient réalisé leur FCU par leur médecin généraliste. Pourtant, le fait de réaliser le frottis par le médecin qui les suit régulièrement peut permettre de favoriser le dépistage. Diffuser d'avantage cette information pourrait favoriser le dépistage.

Une nouvelle campagne d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus est justement actuellement en cours. Le Conseil National de l'ordre des Médecins (CNOM) a mis à disposition des brochures et affiches, à destination des médecins libéraux, en avril 2017 à l'occasion de la semaine européenne de prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus disponible sur le site de l'INCA. (59)

Le taux de couverture déclaré pour le vaccin contre les HPV est faible dans notre étude comme partout en France. 39% des femmes en ont entendu parler par leur médecin traitant et 29% par leur gynécologue. Le vaccin étant recommandé de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans, c'est le médecin généraliste qui paraît le mieux placé pour en discuter et pour informer les jeunes filles et leurs parents sur les HPV. Il paraît le mieux placé pour promouvoir la vaccination compte tenu des réticences de la population concernant les vaccinations aujourd'hui en France. Encore faut-il que le médecin généraliste n'ait pas de réticence par rapport à la vaccination. En effet, plusieurs études montrent que l'avis favorable du médecin était l'un des premiers facteurs influençant la décision des parents de faire vacciner ou non leurs enfants (60) (61).

2. Rôle des médias

Les médias sont la source la plus citée dans l'information des femmes concernant le dépistage du CCU et de l'HPV. Les résultats de notre étude sont surprenants. En effet, les femmes ayant entendu parler de l'HPV par les médias ont une moyenne au score de connaissance HPV significativement inférieure à celle qui n'en ont pas entendu parler dans les médias (7,25 vs 9,29 ; $p=0,04$). Aucune différence significative n'est retrouvée concernant le score de connaissance sur le FCU (9,52 vs 8,64 ; $p=0,24$).

Ceci peut s'expliquer probablement par un manque de disponibilité psychique des femmes au moment où elles reçoivent ces informations. Elles ne les intègrent donc pas forcément. Cela renforce la nécessité d'intégrer cela dans les parcours de soins pour délivrer des informations au moment opportun.

3. Rôle de l'école

Moins de 10% des femmes déclarent avoir entendu parler de l'HPV à l'école. Pourtant ce sujet est au programme scolaire. De nombreux sujets sont traités au cours des interventions liées à la vie affective et sexuelle, l'HPV n'est qu'une petite partie dans un flot d'information sur ce vaste sujet. Une récente étude montrait effectivement un niveau de connaissance des préadolescents concernant les HPV très faible (62).

Dans notre étude, le score de connaissance sur l'HPV des femmes ayant entendu parler de la vaccination et ayant reçu des informations sur l'HPV à l'école est nettement supérieur aux autres. En revanche, les femmes ayant reçu des informations à l'école n'ont pas de meilleures connaissances concernant le FCU, ce qui paraît logique car à l'âge scolaire, il est difficile de se projeter dans l'avenir.

Cependant il est difficile de tirer des conclusions compte tenu du faible effectif (5 femmes).

Il serait souhaitable de renforcer la participation active des jeunes et mener des actions éducatives plus qu'informatives au cours des séances menées par les infirmières scolaires, intervenants hospitaliers et associatifs.

Par ailleurs, la vaccination en milieu scolaire pourrait augmenter le taux de couverture vaccinal.

4. Rôle des CeGIDD

Le fait de consulter au CeGIDD montre l'intérêt des femmes pour leur santé sexuelle, on peut donc supposer que les femmes seront plus réceptives à une information concernant le CCU qui est le plus souvent causé par une infection à HPV considéré comme une IST. Ces consultations sont donc un moyen supplémentaire d'informer et d'éduquer concernant les HPV et le CCU. Le rattrapage vaccinal est aussi proposé dans ces CSS, un autre moyen d'augmenter le taux de couverture vaccinal.

IV. Perspectives

L'OMS recommande une stratégie de lutte mondiale contre les IST (63). La Réunion est particulièrement concernée avec un fort taux de prévalence de *Chlamydia Trachomatis* et *Neisseria Gonorrhoeae* (64) et des IST précoces (11).

Le plan de santé 2018-2027 à la Réunion est actuellement en rédaction collaborative et comprend un volet santé de la femme et du couple.

Le médecin généraliste paraît être un interlocuteur essentiel dans l'éducation sexuelle et mériterait d'être reconnu en tant que tel. Cette étude interroge sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour éduquer les jeunes femmes. Dans l'esprit de revalorisation des consultations de contraception prévue prochainement, il pourrait être proposé une consultation dédiée et revalorisée sur la santé sexuelle. La Réunion pourrait mener un essai pilote.

CONCLUSION

Notre travail a permis de décrire les connaissances, croyances et comportements des femmes consultant au CeGIDD du CHU Felix Guyon à Saint Denis de la Réunion sur l'infection à HPV et le dépistage du CCU.

Dans notre étude, on constate que les connaissances des femmes concernant les HPV et le dépistage du CCU sont insuffisantes.

La moyenne du score de connaissance globale (concernant les HPV et le dépistage par FCU) est de 7,75/20. Les connaissances sont meilleures concernant le FCU (moyenne score FCU 8,57/20 avec une médiane à 10/20) que le Human Papillomavirus (moyenne score HPV 7,21/20 ; une médiane à 6,7/20).

80% ont déjà entendu parler des HPV mais seulement 29% savent que le cancer du col de l'utérus est la conséquence d'une infection sexuellement transmissible.

Des croyances erronées persistent quant à la transmission, la fréquence, la prévention du Human PapillomaVirus. De plus, les modalités du dépistage par Frottis Cervico Utérin (intérêt, âge du début, rythme...) ne sont pas encore bien connues.

Dans notre étude, le taux de couverture de dépistage par FCU est de 67,9%.

Un frottis était indiqué pour 19% des femmes interrogées dans notre étude. Nous avons pu réaliser 5 frottis cervico utérin sur les 17 indiqués et 13 planifiés. Cela interroge sur le caractère restreint des plages de rendez-vous planifiés pour la réalisation des FCU au CeGIDD.

Ces résultats sont à remettre en perspective et à réévaluer pour tenir compte de toutes les femmes qui consultent au CEGIDD. En effet, l'auto questionnaire proposé n'a pas été rempli par toutes les femmes qui ont consulté, ce qui a constitué un biais. Notre population n'est donc pas entièrement représentative des CeGGID. Compte tenu de leurs niveaux socio-éducatifs, les femmes de notre étude sont supposées avoir des connaissances supérieures concernant le dépistage et la prévention du CCU et être plus souvent dépistées que la population cible des CSS.

Le résultat de ce travail fournit donc des données en faveur d'une réévaluation des actions d'éducation, de prévention et de dépistage au sein du CeGIDD et en médecine générale.

Le fait de consulter au CeGIDD montre l'intérêt des femmes pour leur santé sexuelle, on peut donc supposer que les femmes seront plus réceptives à une information concernant une infection sexuellement transmissible : les HPV. Compte tenu des méconnaissances des femmes consultant au centre de santé sexuelle concernant les HPV et le cancer du col de l'utérus, chacune des activités du CeGIDD (information et réalisation de dépistage biologique des IST, prise en charge des AES, consultations pour Interruption Volontaire de Grossesse) est une opportunité d'informer et d'éduquer les patientes sur les HPV.

Au CSS, la population cible étant plus à risque de contracter un HPV et donc de développer un cancer du col de l'utérus, il paraît logique de proposer le dépistage par frottis cervico utérin sur site. La possibilité de réaliser celui-ci avec souplesse le jour du bilan biologique ou de la restitution des résultats paraît être une piste intéressante devant le nombre de rendez-vous non honorés. Les techniques d'auto prélèvement permettraient à l'avenir en CeGIDD et en ville de favoriser le dépistage en levant certains freins à la réalisation du frottis.

En médecine générale, l'éducation sur les HPV et le CCU doit être renforcée lors du suivi médical en profitant des consultations de prévention, des consultations concernant la contraception et de la réalisation du frottis. Le CNOM apporte des supports concrets d'information. A l'occasion de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus en avril 2017, le CNOM a mis à disposition des cabinets de ville et des patients, des brochures et des affiches sur le dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus (site Institut National du Cancer) (59) (65) (66).

Cette étude met en lumière le manque de connaissance, les croyances erronées sur l'infection à HPV, la marge de progression en termes de vaccination et de dépistage du CCU chez des patientes consultant en CeGIDD mais disposant d'un bon niveau socio-éducatif et d'un suivi médical régulier. Le médecin généraliste peut intervenir à tous les niveaux mais la santé sexuelle demande du temps. La participation des médecins généralistes à la santé sexuelle est actuellement peu reconnue et la revalorisation de ces consultations pourrait être une piste. Le CeGIDD est un moyen supplémentaire de renforcer cette éducation en santé sexuelle. Une meilleure collaboration entre tous les acteurs serait nécessaire pour contribuer à une meilleure prise en charge de la santé sexuelle.

Bibliographie

1. Favre M, Wain-Hobson S, Heard I. Human cancers induced by the papillomavirus. La lettre de l'infectiologue Tome XXVIII(3). Available from: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19694.pdf>
2. Bernard H-U, Burk RD, Chen Z, van Doorslaer K, Hausen H zur, de Villiers E-M. Classification of papillomavirus (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. Virology. 2010 mai;401(1):70–9.
3. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. Br J Cancer. 2003 Jan 13;88(1):63–73.
4. Heard I, Tondeur L, Arowas L, Falguières M, Demazoin M-C, Favre M. Human papillomavirus types distribution in organised cervical cancer screening in France. PloS One. 2013;8(11):e79372
5. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women. N Engl J Med. 2006 juin;354(25):2645–54.
6. Duport nicolas, Heard Isabelle. Pathologie cervico-utérine : dépistage et surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2014 mai ; Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html
7. Garnier A, InCA. Cancer du col utérin : frottis, vaccin, test HPV, quelles stratégies pour l'avenir.
8. Jeannic E. Observance de la vaccination anti-HPV dans le Finistère en 2010-2011. Etude menée auprès de lycéennes, de leurs mères et de leurs médecins. 2011.
9. Smith JS, Herrero R, Bosetti C, Muñoz N, Bosch FX, Eluf-Neto J, et al. Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer. J Natl Cancer Inst. 2002 Nov 6;94(21):1604–13.
10. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV, Walboomers JMM, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet Lond Engl. 2002 Mar 30;359(9312):1085–92.
11. Rachou E. Enquête KABP 2012 : Connaissance, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels. La Réunion; 2012.
12. Pages F, Nadège M, cellule de veille sanitaire en région OI. Description des données du réseau de srveillances de IST (RésIST) à la Réunion, 2007-2013 et comparaison des données 2012 aux données des laboratoires hospitaliers. (Syphilis, gonococcies). CIRE Océan Indien.
13. Sanogo A. Etat des lieux du cancer du col de l'utérus à la Réunion. Les femmes touchées réunionnaises sont-elles statistiquement plus jeunes que les femmes métropolitaines ? Etude descriptive rétrospective réalisée de Janvier 2010 à Décembre 2012. 2015.
14. Observatoire Régional de la Santé La Réunion. Les cancers du col de l'utérus à La Réunion [Internet]. 2010. Available from: http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/tableaux_bord/cancer_col_2010.pdf
15. InVS. Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-papillomavirus/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

16. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff S. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2014;220–1.
17. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2013 Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf
18. Duport nicolas, Salines E., Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. France 2010-2012. Institut de Veille Sanitaire, St Maurice, France. Bull Épidémiologique Hebd. 2014(13-14-15):228–34.
19. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010 juillet.
20. Chaudet Lejeune A-L. Attitudes et représentations de femmes d'origine immigrée de la région Mancelle concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. 2015.
21. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, De Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;39–47.
22. Durolek D, Besson S. Approche anthropologique des réticences des femmes face au frottis à l'île de La Réunion. 2002.
23. Beltzer N, Hamers F, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;26–31.
24. Les 17 objectifs du Plan - Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs | Institut National Du Cancer [Internet]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Les-17-objectifs-du-Plan>
25. Barré S, Massetti M, Leleu H, De Bels F. Evaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;48–58.
26. Bourdillon F, Ifrah N, Editorial. Dépistage du cancer du col de l'utérus : des évaluations pour mieux l'organiser. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;39–47.
27. Garnier A, Brindel P. Organized cervical cancer screening programmes in Europe : Overview of the situation in 2013. BEH Pathol Cervico Utérine Dépist Surveill Lésions Pré Cancéreuses Cancéreuses. 2014;(13-14-15):222–7.
28. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, et al. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13:464.
29. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire - 2017_2-3_5.pdf. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;59–65.
30. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. Lancet Lond Engl. 2014 Feb 8;383(9916):524–32.
31. Haguenoer K, Giraudeau B, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, De Pinieux I. Performance de l'auto-prélèvement vaginal sec pour la détection des infections à papillomavirus à haut risque oncogène dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus : une étude transversale. Bull Épidémiologique Hebd. 2014;(13-14-15):248–54.

32. Dépistage et prévention de cancer du col de l'utérus - Le rôle du médecin généraliste - Ref: OUTUTMT16 | Institut National Du Cancer [Internet]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-et-prevention-de-cancer-du-col-de-l-uterus-Le-role-du-medecin-generaliste>
33. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 Feb Available from: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552>
34. Vaccins papillomavirus : bilan 2014 des effets indésirables. Rev Prescrire. 2015;19–29.
35. ANSM/CNAMTS. Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto immunes : étude pharmacoépidémiologique. 2015 Sep.
36. Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. 2014 juillet.
37. Meshier D, Soldan K, Howell-Jones R, Panwar K, Manyenga P, Jit M, et al. Reduction in HPV 16/18 prevalence in sexually active young women following the introduction of HPV immunisation in England. Vaccine. 2013 décembre;32(1):26–32.
38. Institut National du Cancer. la vaccination contre les HPV est-elle efficace ? Vaccination anti-HPV et cancer du col e l'utérus. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccinations-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus>
39. Tabrizi SN, Brotherton JML, Kaldor JM, Skinner SR, Cummins E, Liu B, et al. Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. J Infect Dis. 2012 Dec 1;206(11):1645–51.
40. Markowitz LE, Hariri S, Lin C, Dunne EF, Steinau M, McQuillan G, et al. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010. J Infect Dis. 2013 Aug 1;208(3):385–93.
41. Ali H, Donovan B, Wand H, Read TRH, Regan DG, Grulich AE, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. BMJ. 2013 Apr 18;346:f2032.
42. Yang DY, Bracken K. Update on the new 9-valent vaccine for human papillomavirus prevention. Can Fam Physician. 2016 May;62(5):399–402.
43. European Medicines Agency - News and Events - Gardasil 9 offers wider protection against cancers caused by human papillomavirus (HPV). 2015 Mar 27 Available from: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/03/news_detail_002295.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
44. Cegidd : les centres de dépistage font leur petite révolution | AIDES : Première association française de lutte contre le VIH / sida et les hépatites [Internet]. Available from: <http://www.aides.org/actu/cegidd-un-des-outils-des-politiques-publiques-contre-le-vih-les-hepatites-et-les-ist-se-reforme>
45. Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

46. 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 [Internet]. 2002 . Available from: http://www.ors-reunion.org/IMG/file/etudes/ORS_cancer_col_uterus_2002.pdf
47. Merlin J, Monge A, Millat F, Schmit J. Evaluation des connaissances concernant la prévention du cancer du col de l'utérus auprès des consultants du Centre de Prévention des Maladies Transmissibles (CPMT) du CHU d'Amiens. [Poster]. CHU Amiens; 2010.
48. Baum-Durrenberger J. Les connaissances actuelles des étudiants concernant les Papillomavirus Humains. Enquête réalisée auprès d'étudiants lorrains sur leur connaissance du virus, du vaccin, des moyens de prévention et de dépistage. 2012.
49. Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus 2014.
50. Lerais I, Durant M-L, Gardella F, Hofliger P. Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des Human Papilloma Virus (HPV), France, Alpes Maritimes, 2009. BEH n°9-10. 2010 Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2010/11/beh_11_2010.pdf
51. Robert C. Evaluation des connaissances des lycéennes au sujet de la vaccination anti-papillomavirus. Etude dans deux lycées de la ville d'Arras. 2012.
52. Haesebaert J, Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Jacquard A-C, Régnier V, et al. French women's knowledge of and attitudes towards cervical cancer prevention and the acceptability of HPV vaccination among those with 14 – 18 year old daughters: a quantitative-qualitative study. BMC Public Health. 2012;12:1034.
53. Coles VA, Patel AS, Allen FL, Keeping ST, Carroll SM. The association of human papillomavirus vaccination with sexual behaviours and human papillomavirus knowledge: a systematic review. Int J STD AIDS. 2015 Oct 1;26(11):777–88.
54. Patel H, Jevé YB, Sherman SM, Moss EL. Knowledge of human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in European adolescents: a systematic review. Sex Transm Infect. 2016 Jan 20;sextrans-2015-052341.
55. Wafo E, Ivorra-Deleuze D, Thuillier C, Rouzier R. Estimation de l'évolution des connaissances sur les infections à Papillomavirus humain (HPV) : résultats d'une enquête téléphonique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2010 juin;39(4):305–9.
56. Maura G, Chaignot C, Weill A, Alla F, Heard I. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;39–47.
57. INSEE. Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe en 2013. Dossier complet–Département de La Réunion (974) | Insee [Internet]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-974>
58. Insee Analyses. La Réunion garde ses diplômés du supérieur. 2016 Mar; Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908447>
59. Médecins. Le bulletin de l'ordre national des médecins. n°48. 2017 Mar;
60. A. Baudoin, L. Sabiani, F. Oundjian, E. Tabouret, A. Agostini, B. Courbière, L. Boubli et X. Carpocino. HPV prophylactic vaccine coverage and factors impacting its practice among students and high school students in Marseilles' area. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2015 Feb;44(2):126-35

- 61.K. Trim, N. Nagji, L. Elit et K. Roy. Parental Knowledge, Attitudes and Behaviours towards Human Papillomavirus Vaccination for their children: A systematic review from 2001 to 2011. *Obstet Gynecol Int.*, 2012;2012:921236
- 62.L. Amessi. Connaissances sur les infections genitales à HPV et couverture vaccinale des élèves d'un college à Paris. 2016
- 63.OMS. Infections sexuellement transmissibles et infections génitales. WHO. Available from : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/fr/>
- 64.R. Manaquin. Infections sexuellement transmissibles chez la femme à La Réunion, place de Mycoplasma genitalium. 2014
- 65.Infographie. Vaccination contre les HPV, pour se protéger du cancer du col de l'utérus. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus>
- 66.Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Dépistage et détection précoce | Institut National Du Cancer [Internet] Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

Annexes

N° Questionnaire : ___ _ _ _

QUESTIONNAIRE

Bonjour, dans le cadre d'un travail de recherche sur le dépistage par frottis cervico-utérin à la Réunion, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire recto verso. Ce questionnaire est **ANONYME** et le temps estimé de réponse est de 10 minutes. Il est proposé à toutes les femmes consultant au centre de santé sexuelle du CHU Felix Guyon. Merci de répondre à **toutes** les questions en inscrivant votre réponse (si questions ouvertes) ou en cochant la(es) case(s).

Pour cela, nous avons besoin de **connaître votre profil** :

♣ Age :

♣ Lieu de naissance :

- La Réunion
- Métropole
- Autre : préciser :

♣ Quel est votre niveau d'études ?

- Aucun diplôme, vous n'avez jamais été scolarisé
- Aucun diplôme mais vous avez été scolarisé jusqu'en école primaire ou au collège
- Aucun diplôme mais vous avez été scolarisé au delà du collège
- Brevet des collèges
- CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) ou BEP (Brevet d'Enseignement Professionnel)
- Baccalauréat
- Etudes supérieures

♣ Avez-vous une couverture sociale ?

- Oui
 - Non
- Si Oui : CMU Sécurité Sociale Autre
- Si Non, bénéficiez-vous de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ? Oui Non

♣ Est ce que vous fumez ?

- Oui
- Non

♣ A quel âge avez vous eu votre premier rapport sexuel : ans

♣ Combien de partenaire(s) sexuel(s) avez vous eu lors des 12 derniers mois ?
.....

- ♣ En cas de rapports sexuels avec un partenaire différent de votre éventuel partenaire régulier, utilisez vous systématiquement le préservatif ?
- Oui
 - Non
- ♣ Quel moyen de contraception utilisez-vous ?
- Pilule
 - Stérilet
 - Implant
 - Préservatifs
 - Autres :
 - Aucun
- ♣ Avez vous déjà été enceinte ?
- Oui
 - Non
- ♣ Pour quel motif consultez-vous ?
- suite à un rapport sexuel à risque (sans préservatif) ou après rupture de préservatif
 - avant d'abandonner le préservatif ou avant de débiter une nouvelle relation
 - « juste pour savoir »
 - inquiétude sur la fidélité de mon partenaire
 - vous avez des symptômes organes génitaux : pertes, démangeaisons, boutons ... ou vot
- partenaire a des symptômes
- mon/un de mes partenaire(s) a une infection sexuellement transmissible
 - pour confirmer un résultat antérieur
 - Autre(s), préciser :
 -
- ♣ Avez vous déjà eu des infections sexuellement transmissibles ?
(syphilis, sida, infection à chlamydiae ou à gonocoque, hépatites, verrues génitales)
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- ♣ Avez vous un médecin traitant actuellement?
- Oui
 - Non
- SI OUI**, à quel rythme êtes vous suivi ?
- au moins une fois par an
 - moins d'une fois par an
- est-ce :
- une femme
 - un homme

- ♣ Y a-t-il dans votre entourage (famille ou amie) une femme qui a eu un cancer du col de l'utérus ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

Concernant vos connaissances sur le frottis cervico-utérin :

- ♣ Selon vous, quel est l'intérêt du frottis cervico-utérin ? (**UNE** seule réponse)
- Je ne sais pas ce qu'est un frottis cervico utérin
 - Recherche infection(s)
 - Dépistage du cancer du col de l'utérus ou de lésions pré-cancéreuses
 - recherche infection(s) **ET** dépistage du cancer du col de l'utérus
 - Je sais que ça existe mais je ne connais pas son intérêt
- ♣ Selon vous, à quel âge est-il recommandé de réaliser le premier frottis cervico-utérin ? (**UNE** seule réponse)
- Dès les premiers rapports sexuels
 - 20 ans
 - 25 ans
 - Je ne sais pas
- ♣ Connaissez-vous le rythme auquel il est recommandé de faire un frottis cervico-utérin ? (**UNE** seule réponse)
- Tous les ans
 - Tous les 2 ans
 - Tous les 3 ans
 - Tous les 5 ans
 - Je ne sais pas
- ♣ Selon vous, quel(s) professionnel(s) de santé peut réaliser un frottis cervico-utérin ? (veuillez cocher **UNE** case **PAR LIGNE**)
- Infirmière : Oui Non Je ne sais pas
- Gynécologue : Oui Non Je ne sais pas
- Médecin généraliste : Oui Non Je ne sais pas
- Sage femme : Oui Non Je ne sais pas
- ♣ Selon vous, cette affirmation est elle vraie ou fausse ?
« le cancer du col de l'utérus est le plus souvent la conséquence d'une infection sexuellement transmissible »
- Vrai
 - Fausse

♣ Avez-vous déjà entendu parler du Human Papilloma Virus ou HPV ?

- Oui
- Non

SI OUI, par qui en avez vous entendu parler ?

- Parents
- Ami(e)s, sœurs, cousines ...
- Médecin traitant
- Gynécologue
- A l'école
- Dans les médias : télévision, radio, internet ...
- Autre(s), préciser :

♣ Selon vous, l'infection à HPV (Human Papilloma Virus) peut être responsable (veuillez cocher **UNE** case **PAR LIGNE**) :

- Du Cancer du col de l'utérus : Oui Non Je ne sais pas
De Verrues génitales (condylomes) : Oui Non Je ne sais pas
D'autres cancers (anal, vaginal, gorge ...) : Oui Non Je ne sais pas

♣ Selon vous, cette infection peut toucher : (**UNE** seule réponse)

- Les hommes uniquement
- Les femmes uniquement
- Les hommes ET les femmes
- Je ne sais pas

♣ Selon vous, quel est le pourcentage des femmes qui seront infectées par le Human Papillomavirus au cours de leur vie :

- Moins de 10 %
- Entre 11 et 30 %
- Entre 61 et 90 %
- Entre 90 et 100 %
- Je ne sais pas

♣ Selon vous, le Human PapillomaVirus (HPV) peut se transmettre par (veuillez cochez **UNE** case **PAR LIGNE**) :

- Rapport sexuel (vaginale, anale, buccaux génital) : Oui Non Je ne sais pas
Simple contact génital (préliminaires, contact sexe-sexe) : Oui Non Je ne sais pas
La salive : Oui Non Je ne sais pas
Le sang : Oui Non Je ne sais pas

♣ Pensez vous que le préservatif protège totalement du Human PapillomaVirus (HPV) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

♣ Avez vous déjà entendu parler du vaccin contre le Human Papilloma Virus (HPV) : Gardasil® ou Cervarix® ?

- Oui
- Non

SI OUI, par qui en avez vous entendu parler ?

- Parents
- Ami(e)s
- Médecin traitant
- Gynécologue
- A l'école
- Dans les médias : télévision, radio, internet ...
- Autre(s), préciser :

♣ Pensez-vous que le vaccin protège totalement contre le Human PapillomaVirus (HPV) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

♣ Pensez-vous qu'une fois vaccinée, le dépistage par frottis cervico utérin reste nécessaire pour la femme ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

♣ Etes vous vaccinée contre le Human Papilloma Virus (HPV) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus :

♣ Avez vous déjà eu un (des) frottis cervico-utérin ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si vous avez déjà eu un frottis :

De quand date votre dernier frottis ?

- De moins de 1 an
- De plus de 1 an mais moins de 2 ans
- De plus de 2 ans mais moins de 3 ans
- De plus de 3 ans mais moins de 5 ans
- De plus de 5 ans
- Je ne sais pas

Chez qui l'aviez vous fait ?

- Médecin traitant
- Gynécologue
- Sage femme
- Laboratoire
- PMI
- Autre(s), préciser :

A quelle occasion était-ce ?

- Lors du suivi gynécologique systématique
- Au cours d'une grossesse
- Après avoir reçu une relance par RUN Dépistage
- Autre(s), préciser :

.....
.....
.....

Si vous n'avez jamais eu de frottis **OU** que votre dernier frottis date de plus de 5 ans :

Avez-vous déjà reçu le courrier de relance de RUN DEPISTAGE qui vous propose la réalisation du frottis cervico utérin ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas de quoi il s'agit

Quels sont les motifs pour lesquels vous n'avez jamais fait faire de frottis cervico-utérin ou que votre dernier date de plus de 5 ans ?
(une ou plusieurs réponses possibles)

- Je n'en ai jamais entendu parler
- Par pudeur, honte
- Je n'en vois pas l'intérêt, je ne suis pas concernée
- Je ne sais pas où le faire ni qui contacter
- Je n'ai pas de symptômes
- Je suis vaccinée
- J'ai oublié
- Mon médecin traitant ne fait pas de frottis
- Je n'ai pas le temps: travail, garde d'enfant,
- J'ai peur du résultat donc je ne préfère pas le faire
- J'ai peur du geste, peur d'avoir mal
- Je n'ai pas l'âge
- Autres (précisez) :

.....

♣ Trouvez-vous utile que l'on vous propose de réaliser le frottis cervico utérin au centre de santé sexuelle ?

- Non, je trouve ça inutile
- Pourquoi pas
- Tout à fait, je trouve cela intéressant

♣ Préférez-vous faire votre prochain frottis cervico utérin au centre de santé sexuelle ?

- Oui
- Non

♣ En quoi est-ce intéressant pour vous ?

- Je préfère que ce soit un médecin que je ne connais pas
- Facilité de tout faire sur place
- Je n'ai pas de médecin traitant ni de gynécologue
- autres (précisez) :
-

♣ Le médecin qui réaliserait le frottis doit-il être **obligatoirement** ?

- un homme
- une femme
- indifférent

Un grand merci pour votre contribution à ce travail de recherche.
Les résultats de cette étude seront mis à disposition début 2017 au secrétariat du centre de santé sexuelle.

N° Questionnaire :__ __ __

Partie réservée au médecin pendant la consultation:
MERCİ de REPORTER le N° de QUESTIONNAIRE.

Patiante à jour de son frottis :

- Oui
- Non

Si la patiente n'est pas à jour de son frottis cervico utérin (dernier frottis il y a plus de 3 ans chez une patiente de 25 à 65 ans) :

- ♣ La patiente accepte-t-elle de réaliser un frottis cervico-utérin lors de sa prochaine consultation au centre ?
 - Oui
 - Non

- ♣ Si oui, accepte-t-elle que l'anonymat soit levé **uniquement pour la réalisation du frottis cervico-utérin** pour l'interprétation des résultats ?
 - Oui
 - Non

- ♣ Si elle a un médecin traitant, préfère-t-elle récupérer les résultats :
 - Après de son médecin traitant
 - Directement au centre de dépistage

Si la patiente est d'accord pour réaliser son frottis,

Date du rendez vous pour la réalisation du Frottis Cervico Utérin :

.....

Partie à remplir par la personne qui réalise le frottis

Réalisation du FCU :

- Oui
- Non

Commentaires :

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 les 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. reçu(e) 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.

Connaissances, croyances et comportements des femmes consultant au CeGIDD du CHU Felix Guyon de Saint Denis de La Réunion sur les Papillomavirus Humains et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Proposition de réalisation du frottis cervico utérin au CeGIDD.

OBJECTIFS : Le cancer du col de l'utérus est le plus souvent causé par une infection sexuellement transmissible : les HPV. La population cible des CeGIDD paraît plus à risque de contracter un HPV et donc de développer un cancer du col de l'utérus. Le but de notre travail est de décrire les connaissances, croyances et comportements des femmes consultant au CeGIDD. La mise en place du dépistage par frottis est évaluée secondairement.

METHODES : 89 auto questionnaires ont été distribués aux femmes consultant au CeGIDD entre le 15 juin et le 8 décembre 2016. Des scores de connaissances sur les HPV et le frottis ont été établis. Le dépistage par frottis était proposé aux femmes n'étant pas à jour.

RESULTATS : La moyenne du score de connaissance sur les HPV est de 7,21/20 et celle sur le frottis est de 8,57/20. 80% des femmes ont entendu parler des HPV mais seulement 29% savent que c'est une IST. Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus était de 67,92%. Un frottis était indiqué pour 17 femmes et 5 frottis ont été réalisés sur les 13 rendez-vous pris (4 refus).

DISCUSSION et CONCLUSION : Ces résultats sont surévalués compte tenu des biais liés à l'auto-questionnaire. Cela renforce encore l'idée qu'une marge de progression existe concernant l'information et la prévention des infections à HPV ainsi que le dépistage des lésions liées à ces virus. Au CeGIDD, des entretiens plus participatifs autour de ces thèmes pendant les différentes consultations et la réalisation du frottis sur plusieurs vacations sont proposés. En médecine générale, l'information et l'éducation pourraient être renforcées lors des consultations de prévention, contraception et réalisation du frottis.

Knowledge, beliefs and behaviour of female patients consulting at the Centre for Free Information, Diagnosis and Detection (of the Felix Guyon Teaching Hospital of Saint Denis de la Réunion) of the Human Papilloma Virus and the detection of cervical cancer. Proposal to undertake smear tests at the CeGIDD.

Objectives: Cervical cancer is most often caused by a sexually transmitted infection: HPV. The target population of the above hospital seems to run a higher risk of contracting HPV and thus developing cervical cancer. The aim of this study is to ascertain the knowledge, beliefs and behaviour of female patients consulting at the hospital. The implementation of smear tests is subsequently evaluated.

Methods: 89 self-administered questionnaires were handed out to women consulting at the CeGIDD between 15 June and 8 December 2016. Scores reflecting their knowledge of HPV and smear tests were obtained. A diagnosis via smear tests was offered to women who were not up to date.

Results: The average score for HPV awareness was 7,21/20 and 8,57/20 for smear test awareness. 80% of the sample had heard of HPV but only 29% know it is an IST. The rate of cover for cancer detection was 67,92%. A smear test was recommended to 17 women and 5 smear tests were administered during the 13 appointments made (4 refusals were noted).

Discussion and Conclusion: These results are over-estimated given the bias linked to self-administered questionnaires. This reinforces the idea that there is room for progress regarding the information and prevention of infections of HPV as well as detection of the lesions linked to the virus. Greater participation on these themes during appointments and the implementation of smear tests over several vacations will be suggested. In general medicine, information and education could be increased during consultations for prevention, contraception or the conduct of smear tests.

MOTS CLES :

Connaissances, attitudes et pratiques en santé / Papillomavirus humains / Frottis cervico-vaginal / CeGIDD

KEY WORDS: Health knowledge, attitude, practice / Human Papillomavirus / cervical smear/STD care clinics