



Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie au CHRU de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus par auto-questionnaire

Maelc'Henn Le Guennec

► To cite this version:

Maelc'Henn Le Guennec. Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie au CHRU de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus par auto-questionnaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01649681

HAL Id: dumas-01649681

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01649681>

Submitted on 27 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

*UNIVERSITÉ DE BRETAGNE
OCCIDENTALE
Brest*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BREST

ANNÉE 2017-2018

**THÈSE
DE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

Par
Maelc'henn Le Guennec

Née le 03 avril 1985 à Cormeilles-en-Parisis (95)

Présentée et soutenue publiquement le 09 novembre 2017

**Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie
au CHRU de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus
par autoquestionnaire.**

Président : Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL

Membres du Jury : Madame le Docteur Stéphanie AUGET

Monsieur le Professeur Christopher PAYAN

Monsieur le Professeur Bernard LE FLOCH

Monsieur le Professeur Michel COLLET

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

Professeur **FLOCH Hervé**

Professeur **LE MENN Gabriel** (†)

Professeur **SENECAIL Bernard**

Professeur **BOLES Jean-Michel**

Professeur **BIZAIS Yves** (†)

Professeur **DE BRAEKELEER Marc** (†)

Doyen

Professeur **BERTHOU Christian**

Professeurs émérites

CENAC Arnaud

Médecine interne

COLLET Michel

Gynécologie obstétrique

LEHN Pierre

Biologie cellulaire

YOUINOU Pierre

Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian

Anatomie

MOTTIER Dominique

Thérapeutique

RICHE Christian

Pharmacologie fondamentale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BOLES Jean-Michel	Réanimation
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé du travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1 ère Classe

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Chirurgie vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
LOZAC'H Patrick	Chirurgie digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie adulte

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
AUBRON Cécile	Réanimation
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
COUTURAUD Francis	Pneumologie

DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DELLUC Aurélien	Médecine interne
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
L'HER Erwan	Réanimation
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE RESTE Jean-Yves
LE FLOC'H Bernard

Professeur Associé des Universités de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre

Professeur des Universités contrat LRU

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

PERSON Hervé

Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1 ère Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
CORNEC Divi	Rhumatologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAC Géraud	Génétique
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2 ème classe

BRENAUT Emilie	Dermato-vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
LE VEN Florent	Cardiologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

UGUEN Arnaud

Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie

CHIRON Benoît

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

DERBEZ Benjamin

Sociologie démographie

KARCHER Brigitte

Psychologie clinique

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Électronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

Maître de Conférences des Universités contrat LRU

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

GILLES Marlène

Génie informatique, automatique et traitement
du signal

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame LE GUENNEC Maelc'henn

Inscrit-e en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie au Centre Hospitalier
Universitaire de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus par autoquestionnaire

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :



NON :



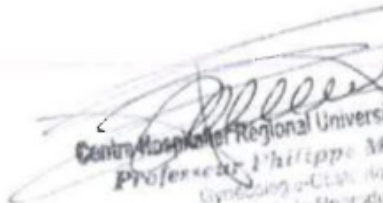
La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le 10/10/2017

Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest


C. BERTHOUD

Le président du jury de thèse


Centre Hospitalier Régional Universitaire de BREST
Professeur Philippe MERVIEL
Gynécologie-Obstétrique
Médecine de la Reproduction
RPPS 10000520421

REMERCIEMENTS

À Monsieur le **Professeur Merviel**, pour avoir accepté de codiriger ma thèse, et pour avoir accepté de présider mon jury.

À **Stéphanie Auget** pour avoir accepté de diriger ma thèse, pour le temps passé à m'aider, à me soutenir, à relire mes écrits, à me motiver, et à s'investir avec enthousiasme. Merci, je n'aurais pas pu me sentir mieux encadrée et soutenue. J'ai eu beaucoup de chance que tu sois assise à côté de moi au self le jour où j'ai évoqué mon idée de thèse... Merci le destin ou merci Claire !

Aux membres du jury, **Monsieur le Professeur Collet, Monsieur le Professeur Le Floch et Monsieur le Professeur Christopher Payan.**

À tout.e.s les praticienn.e.s rencontré.e.s sur ma route, avec qui j'ai beaucoup appris tant sur le plan humain que professionnel.

Au service d'oncologie au CHU de Brest, où j'ai effectué mon dernier stage d'internat de médecine générale, qui m'a marquée à jamais. Je me rappellerai toujours de chaque visage, de chaque histoire...

À **mes parents**, qui étaient (presque) les seuls à n'avoir aucun doute quand j'ai décidé de me lancer dans les études de médecine. À leur soutien indéfectible. À leur écoute quand je leur raconte encore et toujours mes histoires de travail. Merci pour votre amour.

Merci à mon père pour sa relecture attentive. Tu m'as donnée et tu me donnes de la force (et de belles boucles d'oreille!) quand je suis découragée, thèse ou pas thèse. Les phrases « *match après match* » et « *que la force soit avec toi* » n'ont cessé de m'accompagner... Merci...

À **mes grands-parents, ma mamie**, pour être dans ma vie à leur manière, et m'avoir accompagnée jusqu'ici, pour votre chaleur, votre douceur. Je suis très heureuse que vous soyez là.

À **Gwi**, aux vannes, à Laurent Voulzy, aux bandes annonces au ralenti, à tous nos spectacles en coulisses, aux blind test que Nadine a fichu en l'air... Ça me touche beaucoup que tu sois là.

Aux Ciiiiigüess... une des expériences les plus extraordinaires que j'ai vécue et que je vivrai j'espère encore longtemps... J'apprends tellement à vos côtés que le mot collectif n'aura jamais autant de sens pour moi qu'avec vous.

À mes relectrices soigneuses et attentives.

À celles qui m'ont prêté leur havre de paix à la campagne pour écrire...

À Béné, je te dois une fière chandelle, tu le sais, tu m'as accompagnée avec douceur et surtout avec tact. Tu n'étais pas obligée, tu as été parfaite !

À celle qui m'a aidée à faire la table des matières, des camemberts quand je craquais... mieux qu'à changer mon auto radio...Merci pour ta lumière

À mon colloc... merci pour ses heures à débriefer de tout, à me coacher quand je craque, et à écouter mes histoires de travail au retour avec de bons petits plats, et merci pour la mise en page patiente et attentive...

A celle qui a appris mon sujet de thèse il y a un mois seulement...Je te garde au fond de moi quoi qu'il se passera, et malgré tout...

À mon autre famille, celles et ceux qui se reconnaîtront, celles avec qui j'aurais voulu vivre, nos destins nous ont mises ailleurs, celles qui m'ont bouleversé le cœur, celles qui me connaissent mieux que moi je ne me connais, celles qui seront toujours au bout du fil, mes sœurs et mes amours... la vie n'aurait pas ce goût là, si vous ne faisiez pas partie de ma vie... je compte bien vous garder jusqu'à la toute toute fin.

À toutes les personnes avec qui les grandes discussions sont possibles, et rendent cette vie palpitante...

A tout ce qui reste encore à faire... A celles et ceux avec qui je le ferai...

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	10
INDEX.....	14
LEXIQUE.....	14
INTRODUCTION.....	15
ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES.....	16
I. LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.....	16
1. Épidémiologie.....	16
2. Histoire naturelle du CCU.....	17
II. PRÉVENTION SECONDAIRE.....	19
1. Le dépistage par FCU.....	20
2. Test HPV par auto prélèvement.....	26
III. PRÉVENTION PRIMAIRE.....	28
JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	32
MATERIEL ET MÉTHODES.....	34
I) CRITÈRES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET DE JUGEMENT SECONDAIRE.....	34
II) LE QUESTIONNAIRE.....	34
III) LA MÉTHODE.....	34
1. Population de l'étude.....	34
2. Méthode d'évaluation.....	35
3. La méthodologie : la connaissance partielle et les degrés de certitude.....	35
4. Analyse statistique.....	37
RÉSULTATS.....	38
I/ L'ÂGE.....	38
II/ LE HPV.....	39
III / LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN.....	44
IV/ LES FACTEURS DE RISQUES.....	58
DISCUSSION.....	64
I) FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	64
1. Forces de l'étude.....	64
2. Limites de l'étude.....	64
II) OBJECTIF PRINCIPAL.....	65
1. Résultats.....	65
2. Les hypothèses.....	66
3. Le paradoxe, un ressenti négligé ?.....	70
II) OBJECTIFS SECONDAIRES.....	73
1. Ce que dépiste un frottis : connaissances mises en évidence.....	73
2. Lien entre frottis et HPV : connaissances mises en évidence.....	75
III) PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION.....	78
1. Une Consultation allouée à la prévention.....	78
2. Conceptualiser la physiopathologie : les étapes à mettre en lien.....	78
3. Supports visuels et graphiques.....	79
4. Enregistrer la consultation d'information.....	80
5. Un questionnaire en salle d'attente ?.....	80
CONCLUSION.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	83
ANNEXE 1.....	88
ANNEXE 2.....	90
ANNEXE 3.....	91

NOTE DE LECTURE

Nous devons préciser dès à présent que nous portons un intérêt particulier à l'écriture inclusive. Celle-ci est une manière dans la forme d'un texte, de ne pas discriminer ou invisibiliser les différentes identités de genre. C'est pourquoi nous avons choisi de féminiser le texte lors des notions générales qui ne portent pas précisément sur la population cible de l'étude. Au premier abord, la lecture peut paraître moins fluide. Ce n'est qu'une question d'habitude.

INDEX

AIS : adénocarcinome endocervical in situ

AGC : atypie des cellules glandulaires endocervicales, endométriales ou sans autre précision

AS-CUS : atypie des cellules malphigiennes de signification indéterminée

ASC-H : atypie ne permettant pas d'exclure un haut grade

CCU : cancer du col de l'utérus

FCU : frottis cervico-utérin

FDR : facteur de risque

HSIL : lésion intra-épithéliale de haut grade

HPV : human papillomavirus

IST : infections sexuellement transmissibles

LSIL : lésion intra-épithéliale de bas grade

LEXIQUE

Clairance virale : élimination de l'infection virale par le système immunitaire.

Koilocyte : cellule infectée par le HPV: elle est souvent binuclée avec un halo périnucléaire.

Lésion malpighienne : lésion précancéreuse prenant son origine dans un épithélium pluristratifié (plusieurs couches cellulaires) comme celui du col de l'utérus.

PCR : amplification en chaîne par la polymérase.

Sensibilité : capacité à détecter le plus grand nombre de « malades », avoir le moins de faux négatif.

Spécificité : capacité à ne détecter que les résultats réellement positifs, c'est-à-dire à détecter plus de faux positifs que le FCU.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est lié à la persistance d'une infection virale par papillomavirus humain (HPV) oncogène, les altérations cellulaires engendrées correspondant aux lésions intra épithéliales du col utérin que le frottis cervico-utérin (FCU) a pour but de détecter. Ces lésions évoluent lentement et il existe un moyen simple de les dépister par réalisation répétée de FCU. Cet examen est peu invasif et a montré son efficacité en terme de réduction de la morbi-mortalité de ce cancer depuis sa mise en place, en France, et à travers le monde il y a une trentaine d'années. A ce jour, plusieurs études ont mis en évidence que les résultats anormaux de FCU pouvaient générer de l'anxiété chez les participantes au dépistage. Mon expérience d'interne, à la fois de bip aux urgences gynécologiques et également comme stagiaire en médecine générale, a mis en lumière des inquiétudes récurrentes des patientes qui recevaient des résultats anormaux de FCU accompagnées de nombreuses questions« Va t'on m'enlever l'utérus ? » « Pourrais-je encore être enceinte ? » « Ai-je un cancer ? ». Nous avons souhaité évaluer les connaissances des personnes sur le HPV, et le FCU, en évaluant également la place de l'anxiété potentiellement générée pour les femmes, et son influence sur les connaissances.

ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

I. LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

1. Épidémiologie

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus (CCU) est au deuxième rang des cancers chez les femmes en termes d'incidence avec 493 000 nouveaux cas en 2002 et au premier rang en termes de mortalité. En 2005, on dénombre environ 260 000 décès liés à ce cancer (1) (2). Dans l'Union Européenne, le cancer du col affecte beaucoup moins les femmes que celui du sein ou du colon. Il reste cependant le deuxième cancer le plus représenté chez les femme de 30 à 45 ans. L'incidence était estimée à 30 400 nouveaux cas pour l'année 2004 et à 33 400 en 2012, ce qui le place actuellement à la 9ème place des cancers féminins. Il est responsable de 13 500 décès par an en Europe (2).

En France, en 2012, le CCU se situait au 11ème rang des cancers féminins, avec une incidence estimée à 3 028 nouveaux cas par an - avec un taux d'incidence de 6,7 pour 100 000 femmes - et étant responsables de 1 102 décès par an. Ces chiffres révélaient une amélioration par rapport aux données de 2000, où il se situait à la 9ème place, avec une incidence de 3 400 nouveaux cas(3).

Le pronostic de ces cancers reste mauvais : la survie relative à 5 ans, en France, est de 67,8 % (4). La mortalité est très faible pour les femmes de moins de 70 ans (<5/100 000), puis augmente régulièrement pour atteindre un taux de 15/100 000 après 85 ans (valeurs de 2000). L'âge moyen de décès est de 64 ans sur la période 2004-2008. La probabilité de décéder d'un cancer du col de l'utérus augmente jusqu'à 50 ans, puis diminue passé cet âge. La mortalité a diminué de moitié en 20 ans entre les périodes 1984-1988 et 2004-2008, passant de 4,1/100 000 à 1,9/100 000.

Il existe une fréquence croissante de cette maladie à partir de 20 ans, avec un pic chez les femmes de 40 ans, suivie d'une diminution jusqu'à 50 ans, et d'une stabilisation des taux jusqu'aux âges les plus avancés. L'âge moyen d'un diagnostic était évalué à 53 ans en 2005 (3).

2. Histoire naturelle du CCU

Le cancer invasif du col de l'utérus est une maladie d'origine infectieuse à évolution lente. Une dizaine d'année peuvent s'écouler entre la primo-infection par un papillomavirus humain (HPV) oncogène à tropisme génital et les différentes lésions histologiques précancéreuses accompagnant la persistance de l'infection (3).

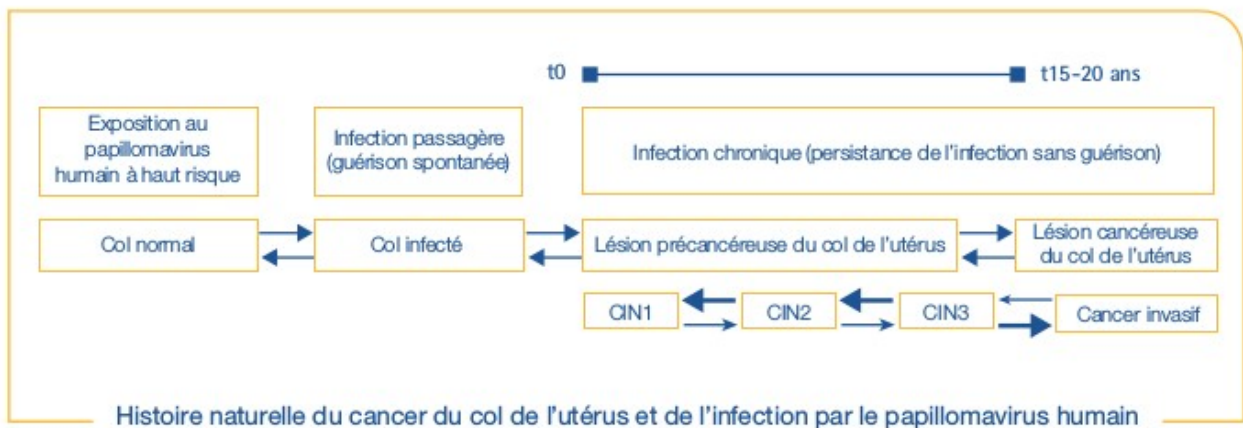


Figure 1. Histoire naturelle du CCU (5)

Le CCU est un carcinome d'origine épithéliale. Le plus souvent, il s'agit d'un carcinome épidermoïde (80 à 90 % des cancers du col de l'utérus). Mais la fréquence des adénocarcinomes tend à augmenter au fil des années (10 à 20%).

2.1 Étiologie : le Papillomavirus ou HPV

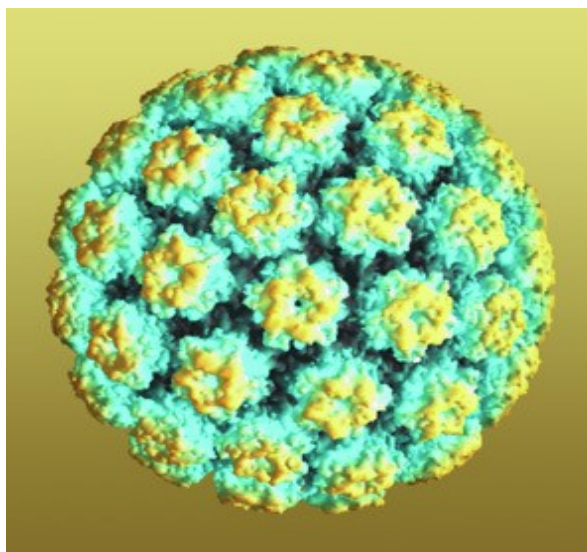


photo 1 : L'HPV vu au microscope

Le CCU a pour origine l'infection à Papillomavirus humain. Les HPV se distinguent en fonction de leur tropisme (cutané ou muqueux), de leurs propriétés biologiques et de leur potentiel oncogénique (bas risque ou haut risque).

L'infection génitale à HPV est la première infection sexuellement transmissible (IST) d'origine virale (avant l'herpès). On dénombre 30 millions de nouvelles infections génitales à HPV par an, dans le monde. La prévalence de l'infection à HPV est fonction de l'âge : le pic de prévalence se situe entre 20 et 25 ans. Ses facteurs de risque sont : l'âge précoce des premiers rapports sexuels, le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie, une première grossesse précoce et la multiparité (3).

La cause principale du CCU est l'infection persistante par un HPV à haut risque oncogène. Ce virus se transmet par contact sexuel, souvent lors de premiers rapports. Sa prévalence est très dépendante de l'âge : élevée avant 30 ans, elle diminue ensuite progressivement avec l'âge avec parfois un pic vers 45-49 ans.

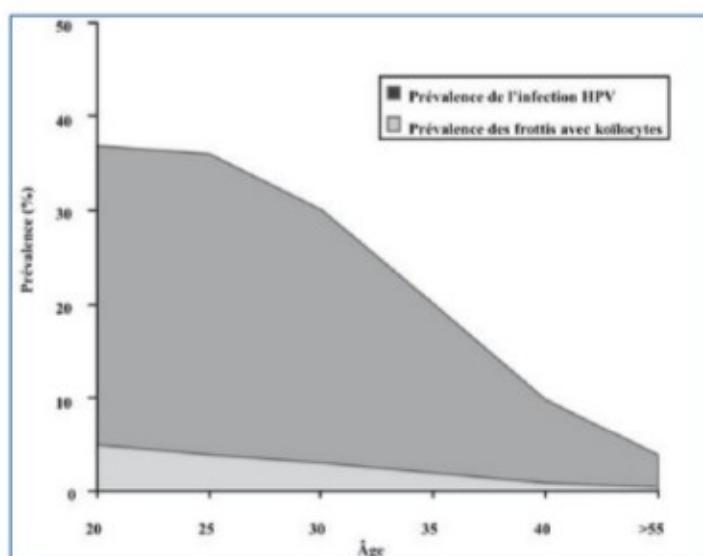


Figure 2. Fréquence de l'infection HPV et des atypies koilocytaires selon l'âge (6)

Seuls 18 génotypes d'HPV ano-génitaux sont considérés à haut risque oncogène pour le col utérin : 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35 (par ordre de fréquence). Les deux premiers génotypes sont à eux seuls responsables de 70,7 % des cancers du col utérin, ce pourquoi ils ont été choisis pour les vaccins anti-HPV (6). Le préservatif, efficace contre l'infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), s'avère beaucoup moins efficient contre le virus HPV. Le virus peut être présent sur la plupart de la zone anogénitale, y compris les zones non protégées par le préservatif (3). Cette infection par HPV à haut risque oncogène est un facteur nécessaire mais non suffisant : en effet, la

clairance virale est assez rapide et fréquente. En moyenne, 70 % des infections disparaissent en un an et 90 % en deux ans.

2.2 Étapes de la carcinogénèse :

La première étape est donc l'infection persistante à HPV à haut risque oncogène. L'infection transitoire à HPV ne génère aucune lésion précancéreuse. Ainsi le développement du CCU se fait en différentes étapes, à partir d'anomalies cytologiques, puis d'une lésion précancéreuse qui peut évoluer en cancer invasif.

Les lésions cervicales précancéreuses correspondent à des modifications de cellules de l'épithélium du col de l'utérus appelées lésions intra-épithéliales. Ces dernières sont séparées en deux catégories : les lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LIEBG) correspondant anciennement au CIN1, et de haut grade (LIEHG) anciennement CIN 2 et 3. A chaque grade de lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé. Le carcinome invasif est toujours précédé par la carcinome in situ, lésion déjà cancéreuse, faisant suite à l'infection persistante au HPV à haut risque oncogène.

lésion	Régression	Persistance	Progression vers un CIN supérieur	Progression vers un cancer invasif
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	56%	-	> 12

Tableau I. Probabilités de régression, de persistance et d'évolution des CIN (7)

À partir du moment où une dysplasie légère est identifiée, il peut s'écouler entre 10 et 20 ans avant qu'un cancer invasif du col ne se développe. 60 % ou plus des dysplasies légères régressent spontanément et seulement 11 % évoluent vers une dysplasie modérée ou sévère dans les 2 à 4 ans qui suivent. Dans certains cas, des dysplasies modérées ou sévères peuvent apparaître sans passer par le stade décelable de dysplasie légère. Les dysplasies sévères ont une plus forte probabilité d'évolution vers un cancer invasif mais moins de 50 % évoluent vers un cancer invasif. Ce pourcentage est encore plus faible chez les femmes de moins de 30 ans (5).

II. PRÉVENTION SECONDAIRE

1. Le dépistage par FCU

1.1 le dépistage en France

D'après les 10 critères nécessaires à la mise en place d'un programme de dépistage définis par Wilson et Jungner en 1968 (8), le dépistage semble approprié pour le CCU. Il constitue notamment une menace évitable en termes de santé publique, son histoire de la maladie est bien connue et passe par plusieurs phases précancéreuses dépistables. Il existe des tests de dépistage acceptables par la population, des tests de diagnostic ainsi que différentes stratégies de traitement disponibles.

Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus repose sur un examen cytologique : le FCU. La procédure a été décrite en 1943 par Papanicolaou. Elle consiste à prélever des cellules du col de l'utérus (9). Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame, dans le cas d'un frottis dit conventionnel ou mis en suspension dans un flacon contenant un liquide de conservation dans le cas d'un frottis en phase liquide aussi appelé frottis en couche mince. Une analyse anatomopathologique détermine ensuite le type et le degré de gravité de l'anomalie cytologique éventuelle à partir du prélèvement.

L'interprétation du FCU par les anatomo-cytopathologistes se base actuellement sur le système de Bethesda 2001 (10). Le seul recommandé en France. Selon ce système, un compte-rendu de frottis doit comporter trois parties. La première partie témoigne du caractère interprétable du frottis. La seconde partie rapporte les éventuelles anomalies des cellules malpighiennes (par ordre de gravité croissante : ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, évocateur de carcinome épidermoïde) et/ou glandulaires (AGC, évocateur d'AIS, évocateur d'adénocarcinome invasif). La troisième partie peut apporter des recommandations et des précisions.

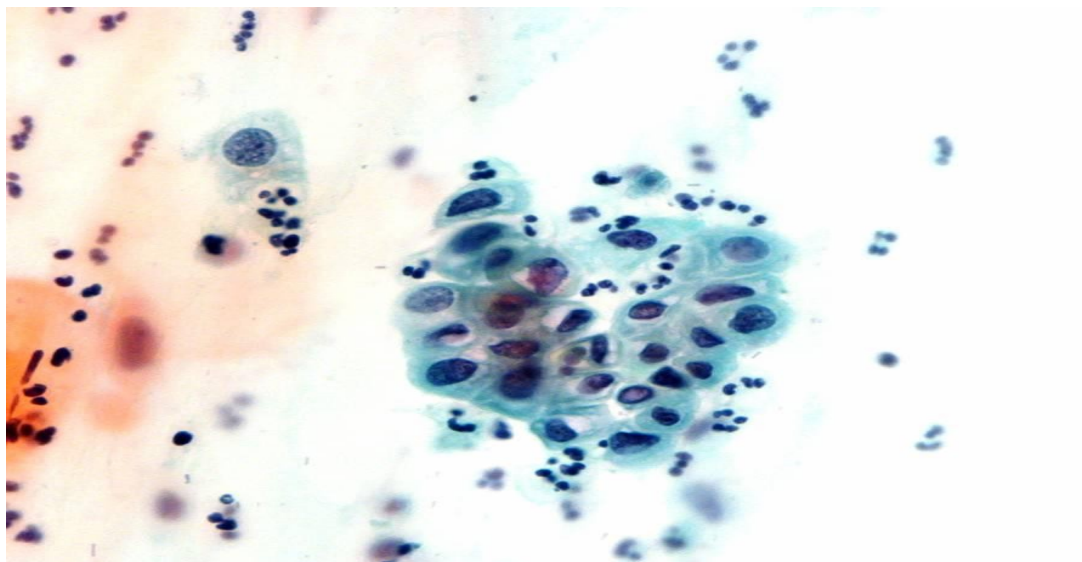


Photo 2 : lésion intra épithéliale de haut grade ou CIN 2

CATEGORIES	SIGNIFICATION	TRADUCTION
NILM	Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy	Absence de lésion
ASC-US	Atypical Squamous cells of unknown significance	Présence de cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée
ASC-H	Atypical Squamous Cells – cannot exclude HSIL	Présence de cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade
LSIL	Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions	Mise en évidence d'une lésion intra-épithéliale épidermoïde de bas grade
HSIL	High-grade Squamous Intraepithelial Lesions	Mise en évidence d'une lésion intra-épithéliale épidermoïde de haut grade ou cancer invasif
Carcinome	Carcinoma	Carcinome épidermoïde

Tableau II : Classification Bethesda pour les lésions malpighiennes

En France, il est recommandé aux femmes de 25 à 65 ans d'effectuer un FCU tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle. Ces recommandations s'appuient sur la conférence de consensus de Lille de 1990 et sur des publications successives de l'Agence nationale d'accréditation

et d'évaluation en santé (Anaes). Ceci a été repris dans les recommandations de l'INCa en 2016 (11). Dans certaines situations épidémiologiques particulières à risque majoré de cancer du col de l'utérus, il est possible de commencer ce dépistage à partir de 20 ans. En cas de frottis anormal (présence d'anomalies cytologiques), il est nécessaire de réaliser des tests diagnostiques (FCU de contrôle, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation diagnostique, test HPV, biopsie) souvent accompagnés d'un examen histologique. Les arbres décisionnels en fonction des anomalies cytologiques ont été publiés par l'INCa en décembre 2016 (11).

1.2 le dépistage individuel (ou spontané)

Le nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale est donné par la liquidation des actes de l'assurance-maladie correspondants. Il est important de noter que ce volume de frottis remboursés ne correspond pas au volume de frottis de dépistage effectués puisqu'il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle. En 2003, 2004 et 2005, respectivement 4 546 924, 4 534 271 et 4 683 902 frottis ont été remboursés. Ces nombres de frottis, rapportés à la population féminine des assurées sociales de la CnamTS âgées de 25 à 65 ans, permettent de calculer des taux d'activité moyens annuels.

Ces taux d'activité sont de 30,4 frottis pour 100 femmes en 2003, 29,7 en 2004 et 30,1 en 2005. Ces volumes correspondraient à une couverture, c'est-à-dire la proportion de femmes ayant réalisé un FCU sur trois ans, de 90,2% si les femmes ne faisaient qu'un seul frottis de dépistage tous les trois ans. En pratique, certaines femmes en font plus souvent, d'autres jamais ou trop rarement.

L'estimation du taux de couverture par FCU est fondée sur l'Échantillon permanent inter-régime des bénéficiaires. Cette estimation ne concerne pour le moment que la CnamTS, et ne prend pas en compte les autres régimes d'assurance maladie. Le taux de couverture global est estimé à 58,7 % sur la période 2003-2005 pour les femmes de 25 à 65 ans. Entre 25 et 54 ans, la couverture de dépistage est supérieure à 60 % avec, chez celles de 35 à 44 ans, une couverture de 66,5 %. En revanche, la couverture chute en dessous de 50 % après 55 ans.

La couverture déclarée par les femmes lors d'enquêtes en population générale permet d'avoir une estimation de la "fourchette" haute de la couverture. En effet, les enquêtes déclaratives comportent deux biais conduisant à une surestimation de la couverture de dépistage des cancers : la non-réponse des personnes les plus précaires ou gravement malades et un biais de surdéclaration des conduites de dépistage des personnes interrogées. De plus, elles permettent le calcul de la couverture en fonction de critères sociodémographiques. Le Baromètre cancer 2010 (12) est l'enquête en population générale la plus récente pour le calcul de la couverture déclarée sur trois ans

de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans.

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le Baromètre cancer 2010 (12), 81,4 % ont déclaré avoir eu un FCU au cours des trois dernières années. La proportion de femmes de cette tranche d'âge déclarant ne jamais avoir eu un frottis est de 5,8 %. Le recours déclaré au FCU au cours des trois dernières années varie avec l'âge : il dépasse 80,0 % entre 30 et 54 ans et est inférieur à 74 % dans les autres tranches d'âge. Le Baromètre cancer 2010 a constaté des disparités dans la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle. Les femmes en activité professionnelle et dont l'âge est inférieur à 60 ans, dont le ménage a un revenu mensuel par unités de consommation supérieur à 1 500 euros, ayant un diplôme supérieur au baccalauréat déclarent effectuer plus souvent un FCU que les autres. En revanche, celles sans couverture médicale complémentaire déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans. Il est à noter que les disparités sociales dans la pratique du FCU semblent moins marquées pour les femmes de plus de 50 ans.

Période	Population étudiée	Nombre femmes dépistées	de Taux couverture de	IC 95%
2003/2005	122 447	70 966	58,0%	[57,7 % - 58,2 %]
2004/2006	123 218	71 415	58,0%	[57,7 % - 58,2 %]
2005/2007	123 894	71 443	57,7%	[57,4 % - 57,9 %]
2006/2008	126 450	71 568	56.6%	[56,3 % - 56,9 %]

Tableau II : Taux de couverture du dépistage par FCV en France (2006-2008)(5)

1.3 Le dépistage organisé

Le dépistage organisé des cancers est soutenu depuis 2003 par une recommandation du Conseil de l'Union européenne et par la publication de préconisations pour l'assurance qualité des dépistages. Le Conseil de l'Union européenne préconise qu'il soit organisé. Le frottis à visée cytologique est recommandé et doit être proposé à des intervalles de 3 à 5 ans, selon les possibilités du pays. L'âge de démarrage doit être de 30 ans au plus tard, mais pas avant 20 ans, et jusqu'à 60 au maximum.

En Europe en 2014, 14 pays avaient un programme national de dépistage organisé du CCU, dont 8 depuis plus de 20 ans. 7 pays, dont la France développent des programmes régionaux, qui

touchent entre 4 et 72 % des femmes potentiellement concernées (13 % en France). Enfin, 11 pays disposent seulement d'un dépistage spontané d'initiative individuelle. Les modalités de dépistage sont hétérogènes. Le seul test utilisé à ce jour est le FCU à visée cytologique. Les taux de couverture observés dans les pays où des programmes organisés existent depuis plus de 20 ans, atteignent 70 % (13).

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.

Figure 3. Programmes de dépistage organisé du CCU, en Europe en 2014 (13)

Programmes régionaux de dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus dans les pays d'Europe en 2013

Pays	Incidence ^a	Années de démarrage	Tranche d'âge en années (protocole en cours)	Intervalle (années)	Population ciblée par le DO ^b	Taux de couverture	Prise en charge	Préleveurs
Autriche	5,8	1970	NC ^c	1	4%	NC	NC	Gynécologues
Belgique	8,6	1993	25-64	3	58%	70%		Gynécologues
Espagne	7,8	1990	25-65	3	NC	NC	Totale	Gynécologues, sages-femmes
France	6,8	1991-1994/2010	25-65	3	13%	71%	Variable	Gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes
Italie	6,7	1982/1998	25-64	3	72%	Variable selon les provinces (>59%)	Totale	Gynécologues
Portugal	9,0	1990/2009	25-64	3	19%	58%	Totale	Médecins généralistes
Roumanie	28,6	2002	25-64	5	21%	16%	NC	Médecins généralistes

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

^b Fraction de la population cible du pays concernée par les programmes locaux de DO.

^c NC : Non communiqué.

Figure 4. Programmes régionaux de dépistage organisé du CCU, en Europe, en 2014 (13)

En France, depuis les années 90, cinq départements ont mis en place un dépistage dit "organisé" du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'initiatives locales. L'organisation comprend une structure de gestion chargée de la coordination au niveau local. Chaque structure de gestion a adopté une organisation différente (mode d'invitation, recueil des frottis, tranches d'âges...). En 2008, seules trois structures de gestion organisent le dépistage du CCU : l'Isère, l'Alsace (Bas-Rhin et Haut-Rhin) et la Martinique, le Doubs ayant arrêté son programme depuis fin 2004. En 2010, une expérimentation d'organisation d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pilotée par la Direction générale de la santé et cofinancée par l'Institut du Cancer a été réalisée selon un protocole commun. Au total, 9 structures de gestion couvrant 11 départements métropolitains (Alsace, Isère, Auvergne (4 départements), Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Val-de-Marne) et 2 départements d'outre-mer (Martinique et La Réunion) ont participé à cette expérimentation. La population concernée représentait 2,4 millions de femmes de 25 à 65 ans, soit 13,4 % de la population des femmes de 25 à 65 ans en France.

Cette expérience a fait l'objet d'une évaluation de santé publique (InVS) en 2016(14). Sur la période 2010-2012, un total de 1 320 000 de femmes n'ayant pas réalisé de frottis sur prescription individuelle au cours des trois dernières années a reçu une incitation à se faire dépister, puis 455 000 femmes ont été relancées. Le taux de couverture globale du dépistage était de 62 %. Les invitations ont permis un dépistage auprès de 231 000 femmes. 48 000 femmes supplémentaires ont

été dépistées grâce aux relances envoyées dans les 9 à 12 mois suivant une incitation en l'absence de dépistage, soit une augmentation de la couverture de 12 points de pourcentage attribuable au dépistage organisé. Ces résultats témoignent d'un impact positif du programme de dépistage organisé de ce cancer, avec notamment un gain significatif de couverture par sollicitation de femmes peu ou pas dépistées.

Taux de couverture de dépistage par frottis cervico-utérin (individuel ou après invitation) par département, par classe d'âge et standardisés (France 2010), 2010-2012 (exclusions prises en compte)

Structure de gestion	Taux de couverture (%)								Taux standardisés (%)
	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-65 ans	
Alsace	94,6	84,2	78,8	75,9	73,2	66,3	60,2	50,1	72,5
Isère	77,7	79,9	78,0	76,1	72,5	70,0	61,8	51,9	70,8
Martinique	48,3	47,3	45,9	45,8	43,9	42,3	37,1	23,6	41,6
Auvergne	59,6	66,8	63,9	63,5	60,4	54,7	47,4	45,0	57,6
Cher	53,4	54,0	52,8	55,7	52,5	50,5	45,7	46,1	51,3
Indre-et-Loire	64,1	69,4	64,6	65,3	62,2	57,8	51,7	50,3	60,5
Maine-et-Loire	66,6	70,1	67,4	67,2	54,5	62,6	57,7	53,4	63,6
La Réunion	63,1	66,0	65,3	61,1	60,1	55,2	50,7	43,3	57,9
Val-de-Marne*	58,3	64,6	62,1	61,2	58,5	53,6	49,2	48,0	56,8
Ensemble	70,2	71,1	67,9	66,4	63,7	59,2	53,3	47,5	62,3

* Le calcul pour le Val-de-Marne correspond à un taux de couverture à deux ans et un mois et demi et non à trois ans.

Figure 5. Taux de couverture de dépistage par FCU (individuel ou par invitation) par département, par classe d'âge et standardisés, en France, en 2010 (14)

2. Test HPV par auto prélèvement

Les lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col utérin sont liées à la persistance d'une infection par HPV potentiellement oncogène ou dit « à haut risque ». La PCR et la capture d'hybrides permettent de détecter l'ADN des HPV génitaux. Cette technique n'est actuellement pas utilisée pour le dépistage primaire, mais aide à la démarche diagnostique en cas de frottis atypiques dits ASC-US. En effet, un frottis ASC-US correspond seulement dans 5 à 10 % des cas à une lésions histologique de type CIN 2, CIN 3, exceptionnellement à un cancer invasif. Ainsi si la recherche HPV oncogène est positive, la patiente bénéficiera d'une colposcopie avec biopsies, si elle est négative, la surveillance se fera à un an par la réalisation d'un nouveau FCU(15). En conditions expérimentales, en dépistage primaire, ce test HPV a une meilleure sensibilité que le frottis, mais une moins bonne spécificité. Des études récentes ont montré que la recherche d'HPV était une alternative performante au FCU pour dépister les femmes de plus de 30 ans(16). Avant cet âge, beaucoup d'infections transitoires amèneraient à dépister des lésions ou des anomalies passagères ou peu évolutives. Ce sur-diagnostic serait délétère car il inquiéterait inutilement et conduirait à des sur-traitements. La recherche d'HPV peut être réalisée sur des auto-prélèvements génitaux, comme

la recherche de certaines autres infections sexuellement transmissibles(17), et pourrait être une technique efficace pour augmenter la participation au dépistage pour les femmes qui ne sont jamais ou rarement dépistées(18).

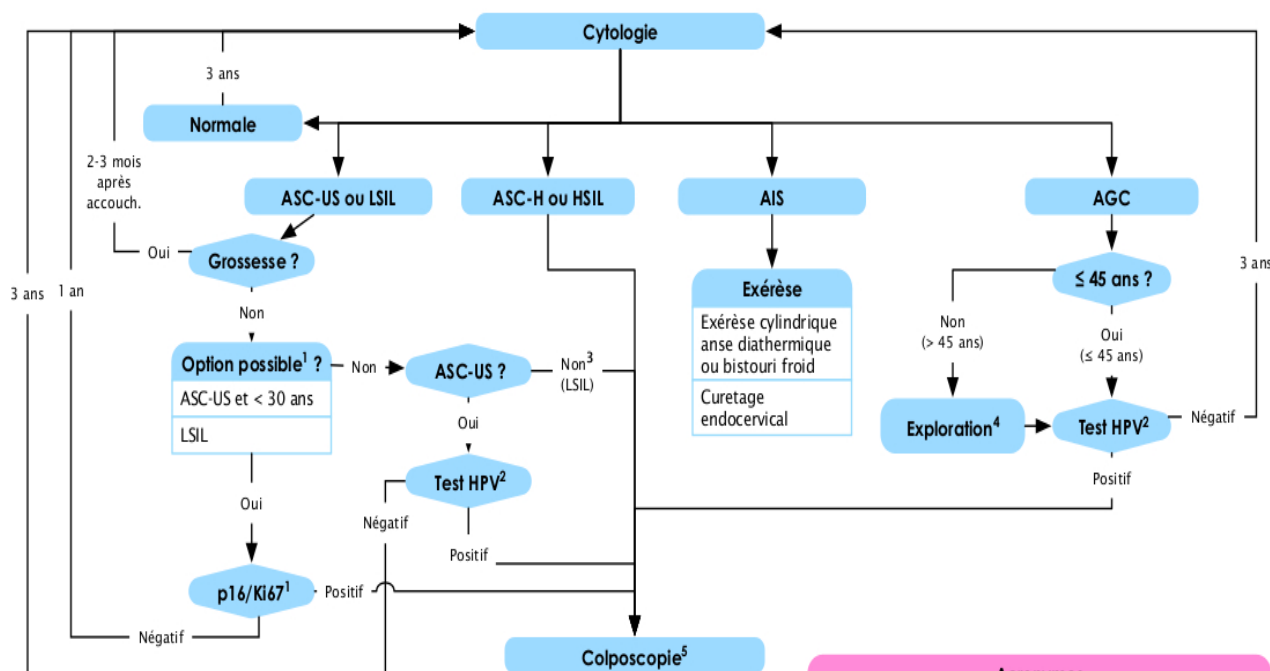
L'usage de ce test associé au FCU peut se justifier par le fait que 30 % des cancers invasifs du col de l'utérus sont découverts chez des patientes réalisant des FCU à intervalles réguliers. Cela s'explique par la sensibilité imparfaite de ce test(19). Il est mis en évidence par certains auteurs que dans les pays, comme l'Angleterre par exemple qui ont une excellente couverture de la population par FCU, avec un dépistage national bien organisé (85 % des femmes), l'incidence du cancer du col reste proche de la nôtre, autour de 7 à 8 pour 100000(20).

Plusieurs pays étudient actuellement la possibilité d'une utilisation combinée des deux tests cytologie/virologie dans le cadre du dépistage. Les États-Unis ont fait ce choix stratégique depuis 2003 et réfléchissent maintenant à la possibilité de la réalisation première du test HPV en triage avant la réalisation du FCU. De la même manière, les Pays-Bas et la Finlande se sont prononcés en faveur d'un dépistage par test HPV (respectivement en 2011 et 2012). En Finlande, la population-cible est invitée à un dépistage par FCU à 25 et 30 ans, puis une vérification par un test HPV seul tous les 5 ans de 35 ans à 65 ans.

Une première expérimentation française de dépistage primaire par test HPV par Dalstein et coll., a été menée dans le département des Ardennes (13). Ce programme pilote dit start-HPV consistait à tester des conditions pratiques de mise en place d'un dépistage primaire par test HPV sur une population n'ayant pas fait de FCU depuis 3 ans. Cette population était invitée à venir faire un prélèvement cervico-utérin (PCU) de dépistage analysé par test HPV. À l'issue de l'invitation initiale et de la première relance, la participation provisoire était établie à 6,2 %. Le taux de positivité HPV est de 6,4 % et la moyenne d'âge des participantes est de 51 ans. A ce jour, les résultats finaux n'ont pas été rendus publics(20).

Les recommandations actuelles de l'INCa sur la prise en charge de FCU anormaux, en fonction de la cytologie intègre ce test HPV suivant l'arbre décisionnel ci-dessous.

Le test HPV s'intègre dans les dernières recommandations de l'INCa, dans la suite d'un résultat ASC-US, afin d'affiner le résultat du frottis. Il s'intègre également en cas d'un résultat en faveur d'une atypie des cellules glandulaires, chez les femmes de plus de 45 ans.



Légendes	
1	Test optionnel p16/Ki67 par double immunomarquage réflexe (si frottis initial en milieu liquide uniquement). Peut remplacer le test HPV si ASC-US chez une femme de moins de 30 ans ou la colposcopie si LSIL.
2	Test réflexe (si cytologie initiale en milieu liquide) ou après second prélèvement (si cytologie initiale sur lame).
3	Si colposcopie ou double immunomarquage impossibles : cytologie à 12 mois puis contrôle à 24 mois
4	Echographie pelvienne et biopsie endométriale en plus du test HPV
5	Et curetage endocervical si AGC, exploration systématique du vagin si ASC-H

Acronymes	
ASC-US	Atypie cellules malpighiennes de signification indéterminée
ASC-H	Atypie ne permettant pas d'exclure un haut grade
LSIL	Lésion intraépithéliale de bas grade
HSIL	Lésion intraépithéliale de haut grade
AIS	Adénocarcinome in situ
AGC	Atypie des cellules glandulaires
HPV	Virus du papillome humain

T. Linet et le collectif Formagyn d'après INCa 2016 - Version 2017.3

Figure 6. Arbre décisionnel en fonction de la cytologie du FCU (11)

III. PRÉVENTION PRIMAIRE

Les vaccins s'inscrivent dans une démarche de prévention primaire. En effet, ils visent à éviter l'apparition de lésions précancéreuses et cancéreuses. Ces vaccins sont prophylactiques, c'est-à-dire qu'ils préviennent mais ne soignent pas l'infection.

Il existe plusieurs vaccins :

- Le *GARDASIL* est un vaccin adjuvé quadrivalent recombinant, non infectieux. Il protège contre les HPV de génotype 16 et 18, dits HPV à haut risque (HPV-HR) potentiellement cancérogènes, et contre les HPV 6 et 11, non cancérogènes, mais à l'origine du développement de lésions bénignes dites condylomes ou verrues génitales.
- Le *CERVARIX* est un vaccin adjuvé recombinant bivalent qui protège contre les HPV-HR de

génotype 16 et 18.

En France, la politique de vaccination contre le papillomavirus, a débuté en 2007. Ces vaccinations ont été introduites dans le calendrier vaccinal en décembre 2006 et remboursé en 2007.

Initialement la vaccination concernait les jeunes filles de 14 ans, avec un rattrapage pour les jeunes filles entre 15 et 23 ans, à condition d'avoir débuté une activité sexuelle depuis moins d'un an. En 2012, l'âge de la vaccination a été abaissé à 11 ans. Il s'agissait de faire l'injection en concomitance du rappel obligatoire diphtérie-tétanos-poliomyélite et permettre ainsi d'aborder la vaccination anti-papillomavirus dans cet échange général autour des vaccinations. Les vaccins n'atteignent logiquement leur pleine efficacité que chez les jeunes filles, qui n'ont jamais été en contact avec le virus. En raison d'une faible couverture vaccinale, le calendrier vaccinal a évolué en 2013/2014. La schéma vaccinal se simplifie avec possibilité, suivant l'âge et le vaccin utilisé, d'un schéma de 2 doses au lieu de 3.

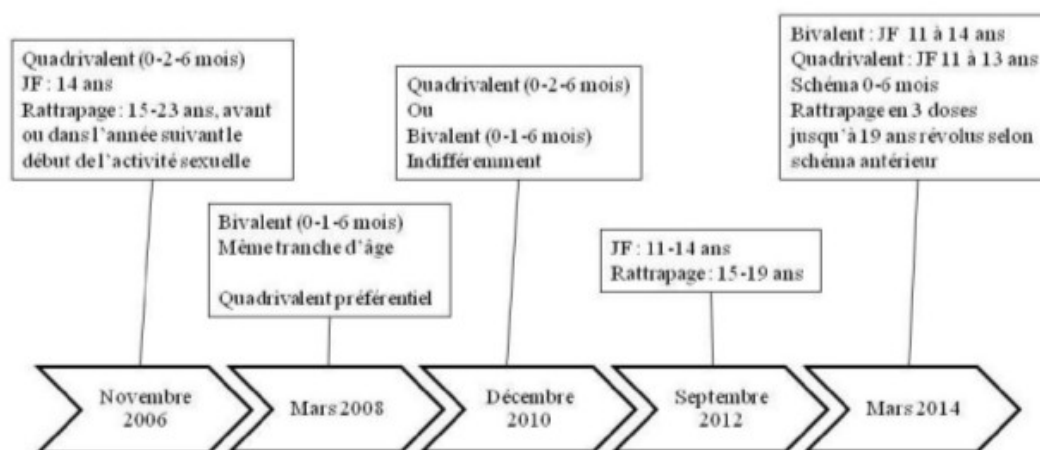


Figure 8. Modifications de recommandations vaccinales depuis la commercialisation des vaccins anti-HPV

En France, la couverture vaccinale observée est très faible pour un schéma complet, et en baisse depuis 2010. Fin 2011, la couverture vaccinale était estimée à 30 % pour le schéma complet à 3 doses pour les filles de 15 à 17 ans(22). Fin 2013, la couverture vaccinale n'était toujours pas en amélioration malgré la modification du calendrier vaccinale : à 16 ans, une fille sur cinq avait reçu un schéma vaccinal complet et à 15 ans, moins d'une sur cinq a initié le protocole de vaccination.

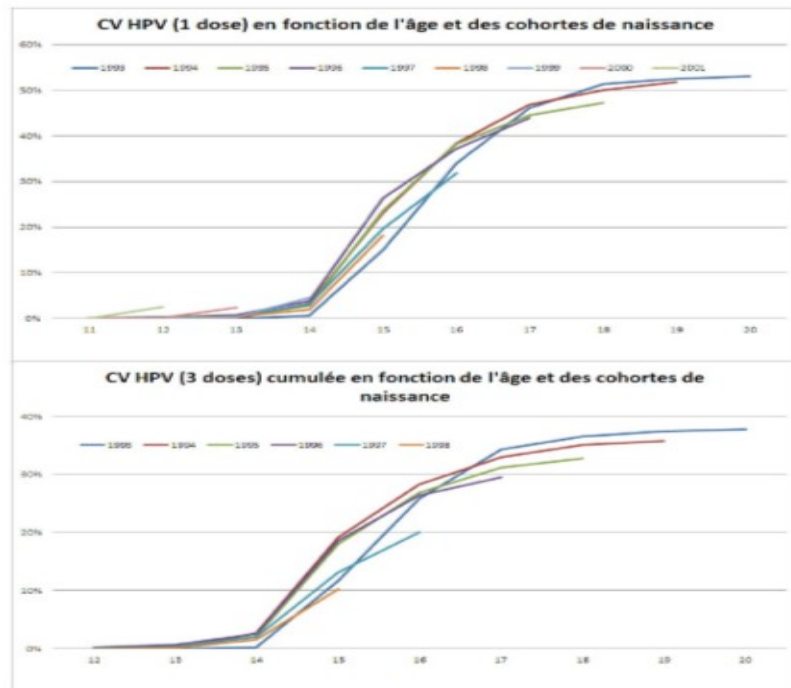


Figure 9. Couverture vaccinale anti-HPV (1 dose/3 doses) en fonction de l'âge et des cohorte de naissances

Ces données montrent une très faible couverture vaccinale anti-HPV avec une faible initiation de la vaccination et une certaine difficulté à compléter le schéma vaccinal entamé. Effectivement, le taux d'abandon entre la première et la troisième dose était de 37 % pour les jeunes filles à 16 ans en 2013, la troisième dose était donc peu administrée(23).

Fin 2014, le recul depuis le début de la vaccination des jeunes filles n'était pas suffisant pour disposer de données en termes d'effets sur la survenue de cancer. La plupart des femmes vaccinées n'ont pas atteint l'âge du pic de fréquence des dysplasies de haut grade. Il faut encore attendre plusieurs années avant d'obtenir des réponses probantes. Pour les mêmes raisons, les données en termes d'efficacité sur les dysplasies de haut grade sont encore peu étoffées. Les quelques résultats épidémiologiques obtenus ne remettent pas en cause les résultats des essais cliniques des vaccins, qui ont montré une diminution d'environ 40 % des lésions de haut grade du col de l'utérus au cours des années qui suivent la vaccination. Les études les plus probantes ne montrent pas de remplacement des HPV-16 et HPV-18 par d'autres génotypes à potentiel cancérigène élevé. Au total, fin 2014, les données d'efficacité du vaccin chez les jeunes femmes avant leurs premières relations sexuelles pour prévenir les dysplasies de haut grade ne sont guère plus étoffées qu'auparavant, et plutôt en faveur d'une efficacité vis-à-vis des dysplasies liées aux HPV visés par le vaccin. Cette efficacité est seulement partielle dans la meilleure des hypothèses. Par ailleurs, les données de pharmaco-vigilance ne montrent pas de signal particulier en comparaison d'autres vaccinations (pas d'effets secondaires graves) (24).

JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

L'idée de cette étude est née d'une réflexion personnelle et fait suite à plusieurs situations ou cas pratiques rencontrés durant mon internat. A plusieurs reprises, dans les suites de résultats de frottis anormaux, j'ai été confronté à des réactions de panique, ou d'anxiété avec parfois des sollicitations et des questions mettant en évidence un stress important, telles que « Vais-je devenir stérile ? » « Va-t-on m'enlever l'utérus ? » « Ai-je un cancer dont je peux mourir ? ».

Ces différentes situations m'ont amenée à me poser la question de l'importance de l'anxiété produite par un résultat anormal de frottis cervico-utérin (FCU). A quel point les patientes pouvaient s'inquiéter des résultats et quelles conséquences cela avait sur leur vie ?

Plusieurs études européennes ont montré que suite à la réception d'un résultat anormal de frottis, les principales réactions étaient l'anxiété, la panique, le stress, sans lien avec la sévérité du résultat. La moitié des femmes interrogées se disaient rassurées après discussion avec le médecin avec qui elles communiquaient sur le résultat par la suite. Les émotions lors des réactions initiales pouvaient pour certaines rester présentes jusqu'à deux ans après les résultats.

Ces études concluaient toutes à la nécessité d'améliorer l'information sur les causes, le traitement et les conséquences d'un frottis anormal, car beaucoup des patientes interrogées se considéraient comme sous-informées (25).

D'autres études ont également évalué l'importance de l'anxiété et du stress en fonction de la méthode d'annonce employée, appel téléphonique, rendez-vous médical. La conclusion de l'étude soulignait tout particulièrement l'impression des patientes d'un manque réelle d'informations avant la réalisation du frottis, et donc avant d'obtenir les résultats, avec un souhait d'utilisation des supports visuels, graphiques afin de mieux comprendre l'histoire naturelle de la maladie, et le rapport entre cette maladie et leur anatomie quel que soit la méthode de communication (26).

En parallèle, plusieurs études centrées sur les connaissances des patientes concernant le papillomavirus (HPV), le frottis et le cancer du col de l'utérus (CCU) mettaient en évidence une bonne connaissance sur les différents éléments tel que l'HPV, le frottis et le CCU, mais soulignaient particulièrement la difficulté pour les femmes aux États-Unis (27) comme au Royaume-Uni (28) à conceptualiser le cancer et les différentes étapes et l'origine de la maladie, ne leur permettant pas de faire des liens entre chaque élément, et donc au final, d'y mettre du sens et d'appréhender l'explication globale. Leur évaluation des connaissances sur la question concernaient le lien que les patientes parvenaient à faire entre rapport sexuel, papillomavirus et finalement CCU.

Mais je ne parvenais pas à trouver d'étude évaluant les connaissances autour du FCU par le

prisme de l'anxiété potentiellement produite par cet examen. Les études suscitées avaient comme objectif central de connaître les connaissances sur le FCU et le HPV afin de mieux motiver les patientes à se faire dépister, ou augmenter le nombre de patientes réalisant un frottis, avec comme présupposé « si les femmes étaient mieux informées sur les risques notamment par rapport au cancer, elles se dépisteraient davantage ».

Mon objectif d'étude différait car je souhaitais évaluer les connaissances des patientes ayant un suivi gynécologique, notamment les convictions, croyances que les patientes pouvaient avoir sur le frottis et son lien avec le cancer, renforçant l'anxiété que pouvaient susciter une anomalie de frottis. C'est donc avec ce point de départ que j'ai constitué un questionnaire afin d'évaluer les connaissances générales sur le dépistage du CCU, centré sur les informations qui pouvaient générer du stress voire de la panique lors du résultat.

Plusieurs études ont déjà été réalisées à ce sujet, montrant que la majorité des femmes qui mettaient en évidence l'importance de l'anxiété à l'annonce des résultats anormaux de leur frottis, évoquaient comme raisons principales la peur du cancer et/ou de la colposcopie en exprimant la crainte du caractère invasif de l'examen gynécologique et la part d'inconnu. Dans une étude mettant en évidence les variables influençant l'anxiété, le niveau d'anxiété était significativement plus haut pour les femmes considérant leur niveau d'information fournit par le gynécologue ou le médecin généraliste insuffisant, qui faisait l'expérience d'un temps d'attente trop long entre les résultats et la consultation suivante, et qui n'avait pas de partenaire (29). Dans une autre étude suédoise, c'est la colposcopie comme examen complémentaire qui engendrait une inquiétude à propos de leur fertilité (associant le col de l'utérus à la fertilité), la crainte d'éventuels problèmes de sexualité à venir en fonction de la nature de l'examen (29). Enfin, il a été mis en évidence que les patientes avaient des difficultés de compréhension au sortir des consultations, notamment à propos de certains termes médicaux prêtant à l'interprétation voire obscurs, qui alimentaient leur imagination et leurs peurs, tels que « lésions précancéreuses », et « papillomavirus » (« wart virus »). Ces femmes ne savaient pas quel était l'objectif du dépistage du cancer du col de l'utérus et associaient immédiatement des résultats anormaux au fait d'avoir un cancer (30). Enfin les patientes interrogées pointaient du doigt certaines formulations dans la lettre d'annonce : les femmes ayant reçu une lettre les informant d'un « certain » changement concernant leur FCU avaient un niveau d'anxiété significativement plus élevé que les femmes informées d'un changement « léger ».

C'est avec ces différents éléments que j'ai constitué le questionnaire afin d'évaluer les connaissances des femmes sur le dépistage du cancer du col, l'HPV et le frottis, afin d'évaluer la part de connaissances erronées pouvant altérer leur jugement, ou leurs croyances sur certains résultats de frottis.

MATERIEL ET MÉTHODES

I) CRITÈRES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET DE JUGEMENT SECONDAIRE

A partir de la trame de réflexion utilisée en amont de ce travail, nous avons choisi comme critère de jugement principal, dans cette étude, l'évaluation de la certitude des patientes d'avoir une maladie cancéreuse, à la lecture d'un résultat anormal de FCU.

Les critères de jugements secondaires sont :

- Évaluer les connaissances des patientes sur ce que dépiste un frottis.
- Évaluer les connaissances sur le HPV.

II) LE QUESTIONNAIRE

Cette étude s'appuyait sur un questionnaire anonyme, à questions fermées, tenant sur une page recto-verso (annexe 1). Il était distribué par les secrétaires des consultations de gynécologie du CHU de Brest. Une bannette était mise à disposition des patientes afin de remettre le questionnaire rempli. Un texte avec l'ensemble des réponses aux questions posées était proposé aux patientes afin de ne pas laisser des questions sans réponses (annexe 2). Nous avons numéroté chaque questionnaire, afin d'avoir une estimation du nombre de questionnaires distribués, et du nombres de ceux récupérés.

III) LA MÉTHODE

1. Population de l'étude

L'étude porte sur les personnes ayant un suivi gynécologique au CHU, allant en consultations de gynécologie à l'hôpital de l'octobre 2016 à août 2017. Toutes les femmes qui consultaient en gynécologie au CHU étaient incluses. Nous avons fait le choix de parler des femmes dans l'analyse de l'étude. Néanmoins il nous semble important de préciser que parmi les personnes

qui viennent en consultation de gynécologie, et qui font parti des personnes cibles du dépistage du CCU, certaines ont une vulve et/ou un vagin, et un col de l'utérus, et ne se genre pas nécessairement au féminin (les personnes transgenres, ou intersexes). Ce n'est pas parce que ces personnes ont été assignées au genre homme ou femme à la naissance, qu'en tant que soignant.e.s, nous n'aurons pas à cœur de nous adresser à nos patient.e.s en fonction de leur autodétermination de genre.

2. Méthode d'évaluation

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, basée sur les auto-questionnaires. L'enquête s'est déroulée d'octobre 2016 à août 2017. Le questionnaire (cf annexe 1) comportant une introduction présentant l'objectif du questionnaire ainsi que l'explication des degrés de certitude. Il est également précisé qu'un texte synthétisant les différentes réponses du questionnaire est disponible lors de la remise du questionnaire, afin de ne pas laisser certaines questions potentiellement anxiogènes en suspens, pour les participantes.

La seconde partie correspond au questionnaire en lui-même divisé en deux parties : une première partie sur le papillomavirus, comportant trois questions. Une deuxième partie, concernant le FCU en lui-même, mesure de leur point de vue l'évaluation de leurs connaissances sur l'objectif du frottis, sur ce que le frottis dépiste, sur la conclusion à tirer d'un frottis anormal. Une dernière question porte sur les facteurs de risques du FCU. On recueillait l'âge des patientes ainsi que leur statut vis-à-vis du FCU : était-ce le premier ou non?

3. La méthodologie : la connaissance partielle et les degrés de certitude

La confiance ou le doute, justifiés ou non, qu'a un patient dans ses connaissances sur sa maladie influence grandement sa décision d'action ou au contraire de vérification, de demande d'aide. Or lors des vérifications de connaissances, en éducation du patient comme dans le monde scolaire, on demande rarement d'accompagner chaque réponse d'un degré de certitude (31). Ivernois et Gagnayre dans « Apprendre à éduquer le patient » évoquent le fait que « Seule une évaluation systématique peut indiquer aux éducateurs soignants ce que le patient sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et éventuellement ce qu'il lui reste à apprendre. Évaluer les connaissances du patient est un acte qui garantit sa sécurité » (33). Selon Bruno De Finetti « La

connaissance partielle existe. La détecter est nécessaire et faisable. Y entraîner les étudiants a en outre une grande valeur éducative». Seule la probabilité subjective peut donner une signification objective à toute réponse». Leclerc évalue également cette technique, comme une mesure de gains d'apprentissage : La plupart des événements d'apprentissage font passer l'apprenant d'une connaissance partielle (l'ignorance totale étant assez rare) à une connaissance moins partielle (la connaissance parfaite étant un cas particulier, appréciable, recherché, mais demandant souvent plusieurs événements d'apprentissage) (33).

L'évaluation des connaissances partielles par l'utilisation des degrés de certitudes est bien plus subtile et permet d'entrevoir la mise en pratique ultérieure de ces connaissances. On peut distinguer les connaissances utilisables (correctes et sûres), inutilisables (incorrectes mais insuffisamment sûres pour que la personne puisse se baser sur elles pour agir) et enfin nuisibles ou dangereuses (incorrectes et sûres). L'apprentissage n'est donc pas uniquement le passage d'une connaissance erronée ou absente à une connaissance correcte. Il doit également s'accompagner du passage d'un faible à un haut degré de certitude. Il est essentiel d'en tenir compte lors de l'évaluation des connaissances. Ce type d'évaluation dans le domaine de l'éducation en santé a été mise en œuvre chez des patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète (35).

C'est en lisant la thèse sur la mémorisation des messages de conseils de santé auprès de voyageurs visitant ami(s) et proche(s) qu'il m'a semblé intéressant d'affiner les réponses aux questions par des degrés de certitude (35). Cet outil peut permettre de représenter des spectres de réponses dont les profils donnent une idée de ce qu'il y a à travailler en termes de messages ou d'explications en amont, suivant ce que l'on appelle la confiance (moyenne des certitudes associées aux bonnes réponses) ou l'imprudence (moyenne des certitudes associée aux mauvaises réponses). Il permet d'analyser les connaissances de patients d'une autre manière et surtout de se focaliser sur les messages et les informations en amont en fonction de leur certitudes ou au contraire de leurs doutes : Une même mauvaise réponse avec un degré de certitude à 30 % ou 80 % n'impliquera pas la même attitude chez le médecin. En effet, une mauvaise réponse avec un degré de certitude à 30 % mettra en évidence un manque d'intérêt ou un manque de prévention du praticien, qui devra simplement insister à nouveau sur ce point. Tandis qu'une mauvaise réponse à 80 % de certitude doit être abordée de manière plus approfondi car les conséquences sur le comportement du patient sera plus concret.

Il a été choisi dans cette étude de réaliser un questionnaire avec des questions à réponses fermées. Afin d'affiner les résultats des questionnaires, des degrés de certitudes étaient associés à chaque réponse.

Consigne 1 : Choisissez votre degré de certitude
ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

Si vous ignorez complètement, indiquez-le par la
certitude 0 %, mais répondez quand même.

4. Analyse statistique

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel LibreOffice Calc, dans un tableur, sans
utiliser de logiciel spécifique à ce type d'étude.

RÉSULTATS

Nous avons recueilli 73 questionnaires, sur un total de 113 distribués, soit un taux de réponse de 64,60 %.

Il n'a pas été possible auprès du service de consultation de gynécologie de connaître le nombre exacte de consultations durant la période d'octobre 2016 à août 2017, mais une moyenne de 3000 consultations nous a été rapporté. Cela représente pour notre période d'étude, une moyenne de 2750 consultations. Les 113 questionnaires distribués représentent donc environ 4 % de la totalité des consultations.

Nos résultats se partagent en deux parties pour chaque question.

D'un côté, nous avons analysé la répartition des réponses entre oui et non pour chaque question, et parfois nous avons regrouper par groupe de questions, les bonnes ou mauvaises réponses. Par exemple : le nombre de bonnes réponses sur la totalité des questionnaires pour les 3 questions qui concernent le HPV.

De l'autre, nous avons voulu pour chaque question mettre visuellement en évidence à l'aide de graphiques en secteur les degrés de confiance des participantes. La **confiance** des individus est la moyenne des degrés de connaissances pour chaque bonne réponse. Si cette moyenne est supérieure à 50 %, cela est en faveur d'une bonne certitude des réponses dites « correctes »

L'**imprudence** est au contraire la moyenne des degrés de certitude des individus dans des réponses à priori fausses.

I/ Âge

Sur les 73 questionnaires, 32,80 % ne se prononcent pas. 67,20 % ont choisi de répondre sur leur âge. Voici leur répartition. (Tableau 1) (Figure 1)

	NBR	pourcentage
moins de 25 ans	1	1,30%
25 à 35 ans	19	26,00%
36 à 45 ans	9	12,30%
46 à 55 ans	9	12,30%
56 à 65 ans	8	10,90%
plus de 65 ans	3	4,10%
ne se prononce pas	24	32,80%
total	73	100,00%

Tableau 1-Répartition

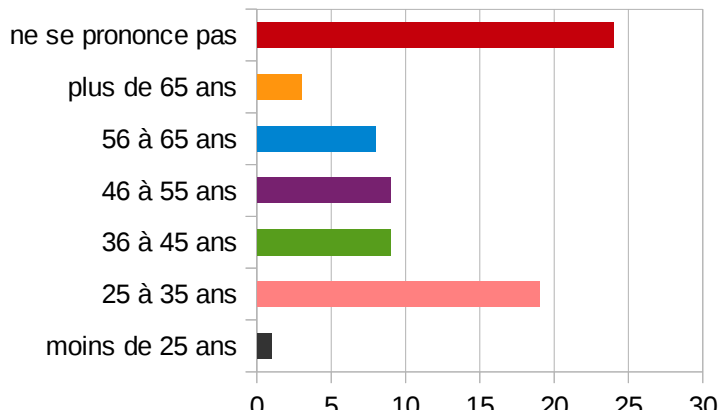


Figure 1- Répartition par âge

II/ LE HPV

L'infection à papillomavirus est-elle une infection sexuellement transmissible ?

	NBR	Pourcentage
oui	52	71,23%
non	19	26,00%
ne se prononce pas	2	2,47%
total	73	100,00%

Tableau 2- L'infection à HPV est-elle une IST

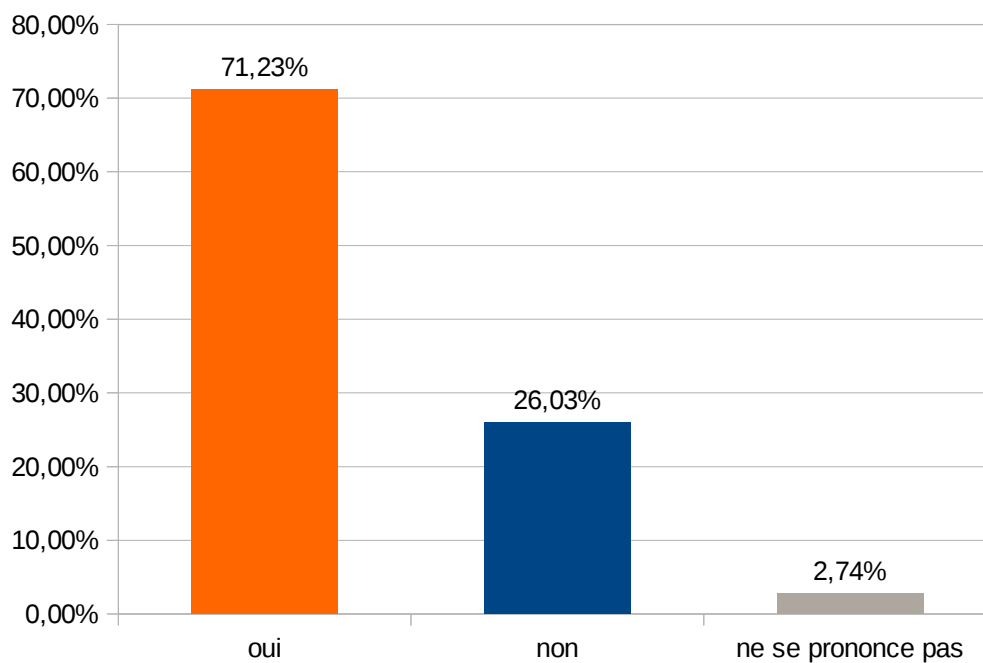


Figure 2- L'HPV est-elle une IST ? Répartition des réponses

Les personnes interrogées estiment à 71,23 % que le HPV est une infection sexuellement transmissible.(Tableau 2)(Figure 2). La confiance des personnes est importante puisque elles sont certaines de leurs réponses à 77,95 %. 26 % des personnes interrogées ne pensent pas que le HPV se transmettent par voie sexuelle. Leur imprudence restent relativement élevée, à 51,89 %.

l'HPV est une IST: Oui
Degrés de certitude

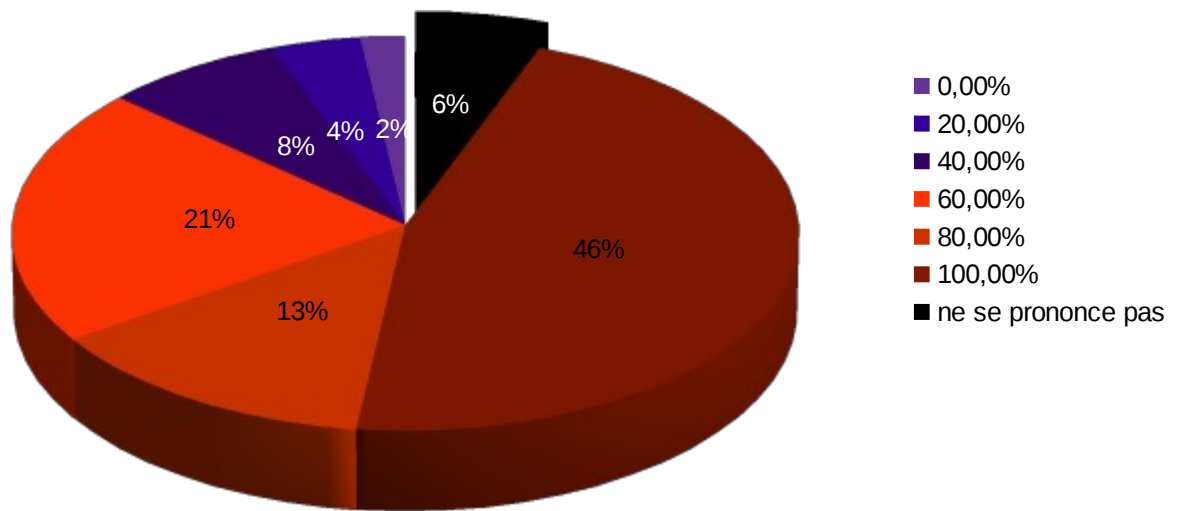


Figure 3- HPV est une IST : répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

HPV est une IST: Non
Degrés de certitude

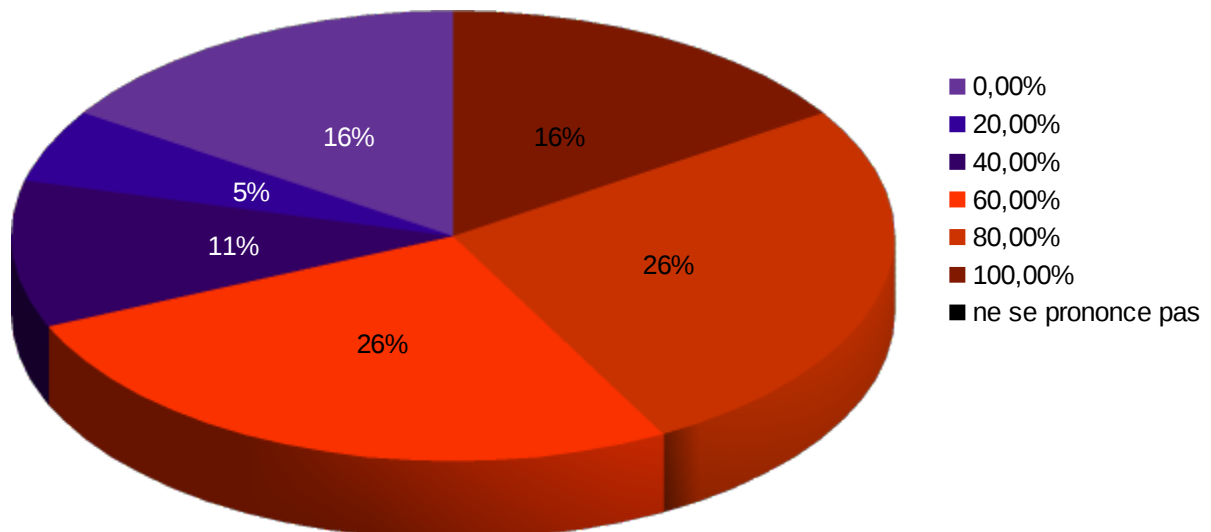


Figure 4- HPV n'est pas une IST : répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

L'infection à HPV est-elle rare ?

	NBR	Pourcentage
oui	13	17,82%
non	55	75,34%
ne se prononce pas	5	6,84%
total	73	100,00%

Tableau 3- L'infection à HPV est-elle rare

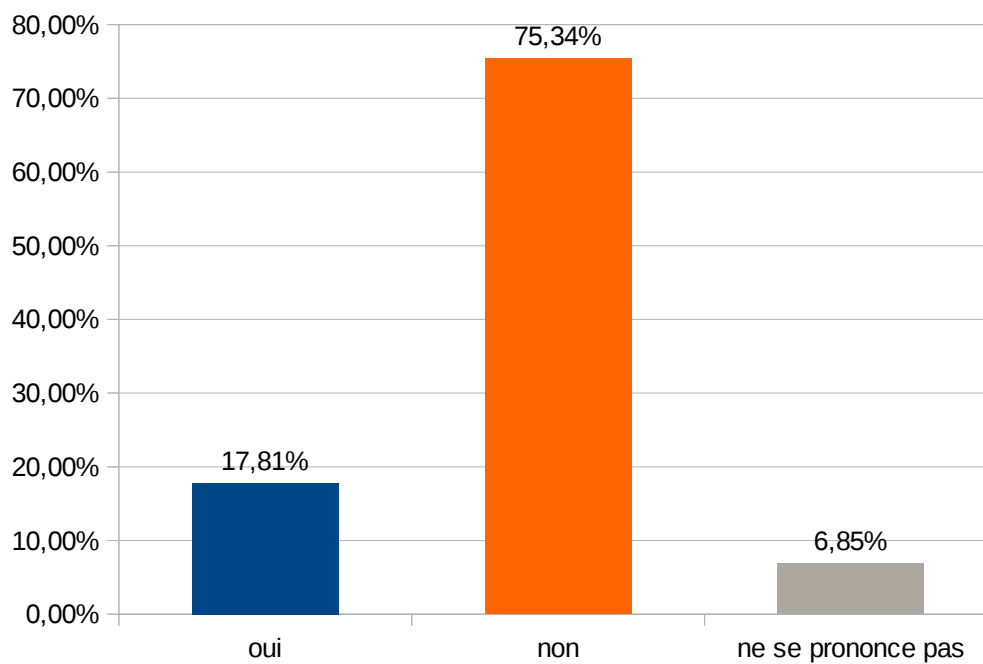


Figure 5- L'HPV est-elle rare ? Répartition des réponses

Les personnes interrogées pensent à 75,34 % que cette infection n'est pas rare. Leur confiance est forte à 75,34 %. Tandis que 17,82 % des personnes pensent que cette infection est rare, avec une imprudence à 27,27 %, plutôt faible.(Tableau 3)(Figure 5)

L'infection à HPV est-elle rare?: NON

Degrés de certitude

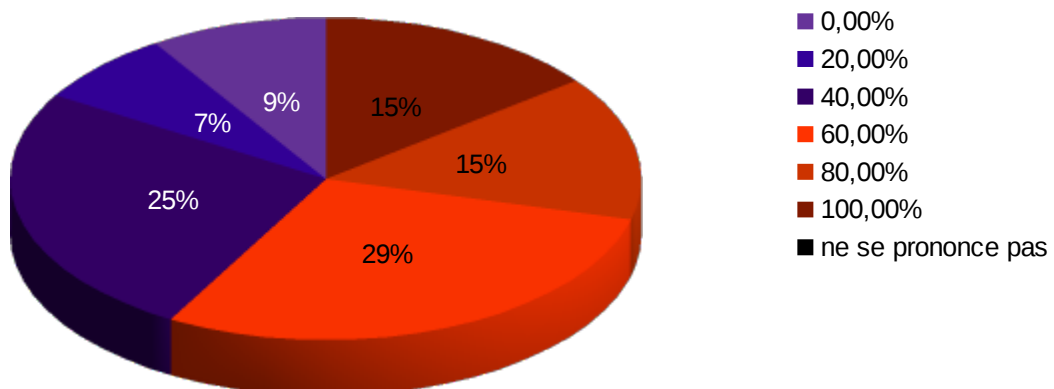


Figure 6- L'infection à HPV n'est pas rare : répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

L'infection à HPV est-elle rare: OUI

Degrés de certitude

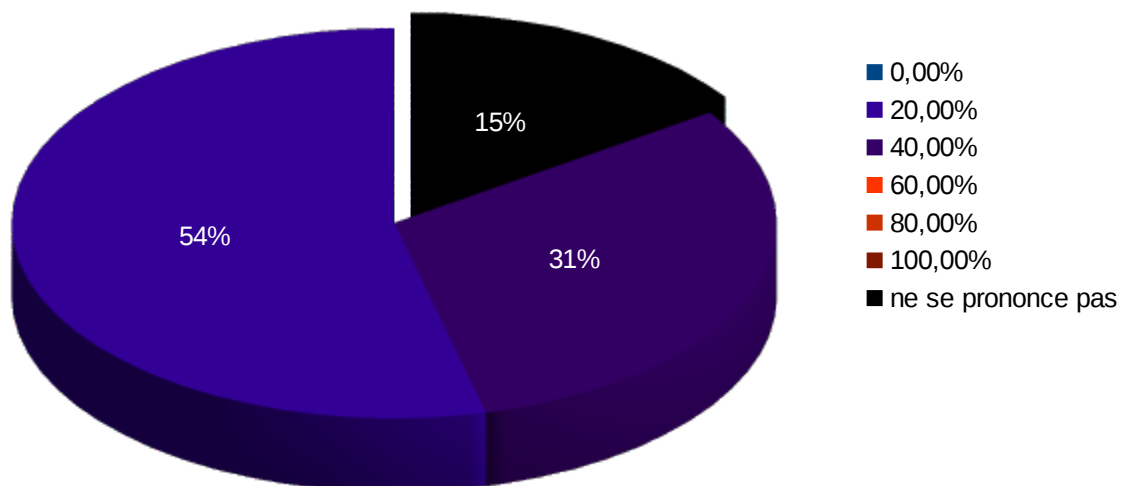


Figure 7- L'infection à HPV est rare : répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Ici, le degré de certitude des personnes pensant que cette infection est rare ne dépasse pas 50 % pour personne. Cela nous montre que le doute est relativement important pour ces femmes.

L'infection à HPV peut-elle causer des frottis anormaux ?

	NBR	Pourcentage
oui	57	78,08%
non	10	13,70%
ne se prononce pas	6	8,22%
total	73	100,00%

Tableau 4- L'infection à HPV peut-elle causer des frottis anormaux ?

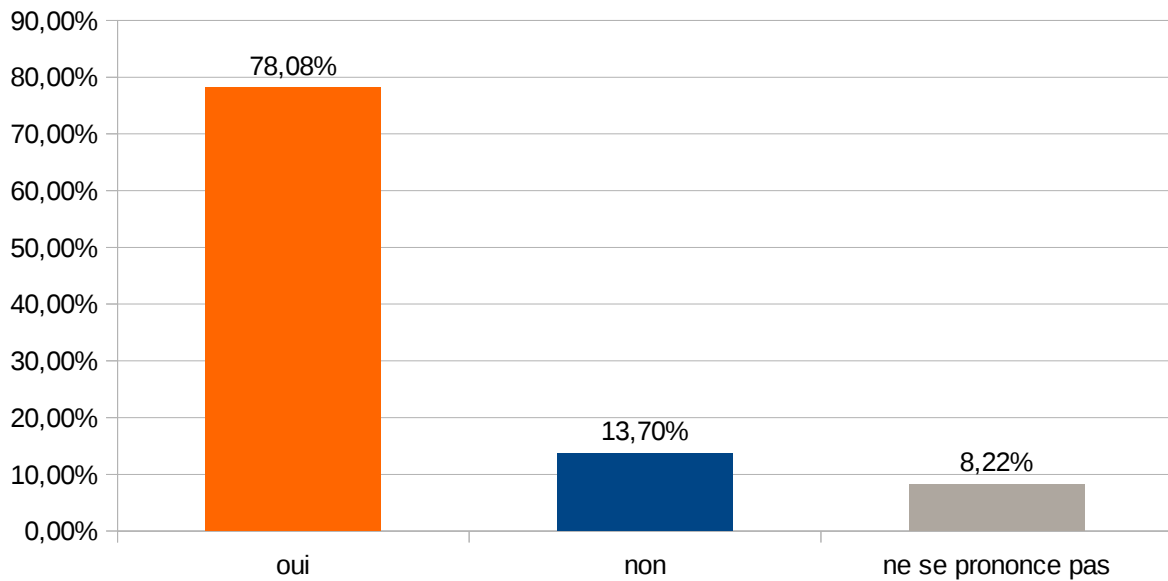


Figure 8- L'infection à HPV peut-elle causer des frottis anormaux ? Répartition des réponses

78,08 % des personnes interrogées pensent que l'HPV peut être à l'origine de frottis anormaux. Leur confiance est 66,78 %. 13,70 % pensent que l'HPV n'est pas à l'origine de frottis anormaux, et l'imprudence est relativement faible, à 22,5 %. On voit également un taux relativement important de personnes qui ne se prononcent pas, 8,22 % des personnes interrogées (Tableau 4)(Figure 8).

L'infection à HPV peut-elle causer des frottis anormaux: oui
Degrés de certitude

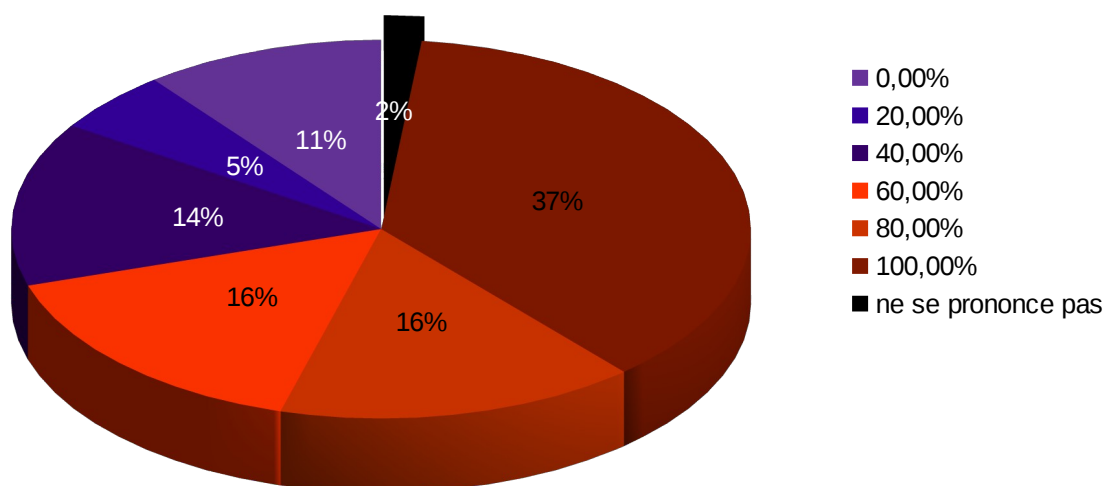


Figure 9- L'infection à HPV peut causer des frottis anormaux. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

l'infection à HPV peut-elle causer des frottis anormaux? NON

Degrés de certitude

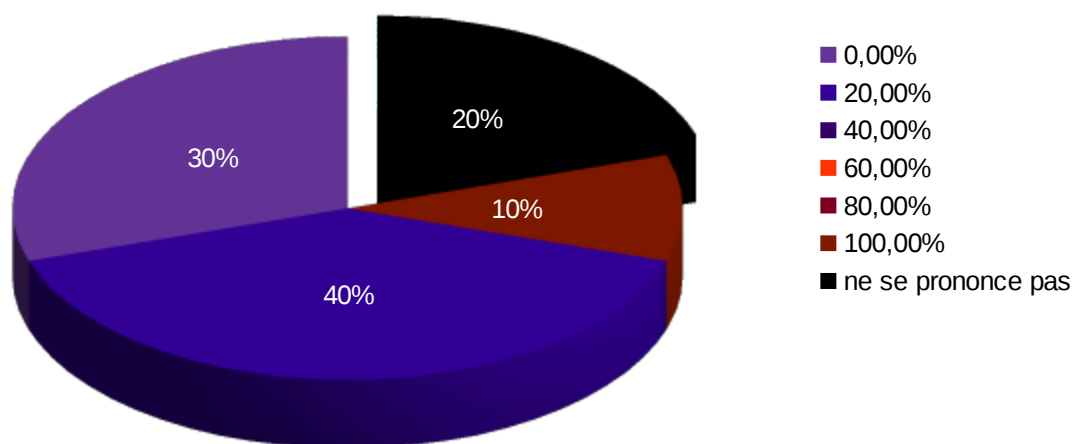


Figure 10- L'infection à HPV ne peut pas causer de frottis anormaux. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Il apparaît visuellement sur nos graphiques que les personnes qui pensent que l'HPV est à l'origine de frottis anormaux sont plutôt sûres d'elles, tandis que les personnes qui ne font pas le lien entre HPV et frottis anormal ont un degré de certitude inférieur à 50 %. Par exemple 30 % d'entre-eux donnent un degré de certitude à 0 %, ce qui équivaut dans notre questionnaire à « je l'ignore ou absence de connaissance » (Figure 9) (Figure 10).

33 des personnes interrogées avaient des réponses correctes aux trois questions sur le HPV, c'est-à-dire 45,20 % des participantes.

III / LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN

Savez-vous à quoi sert un FCU ?

	NBR	Pourcentage
oui	56	76,71%
non	15	20,55%
ne se prononce pas	2	2,74%
total	73	100,00%

Tableau 5- Savez-vous à quoi sert un FCU ?

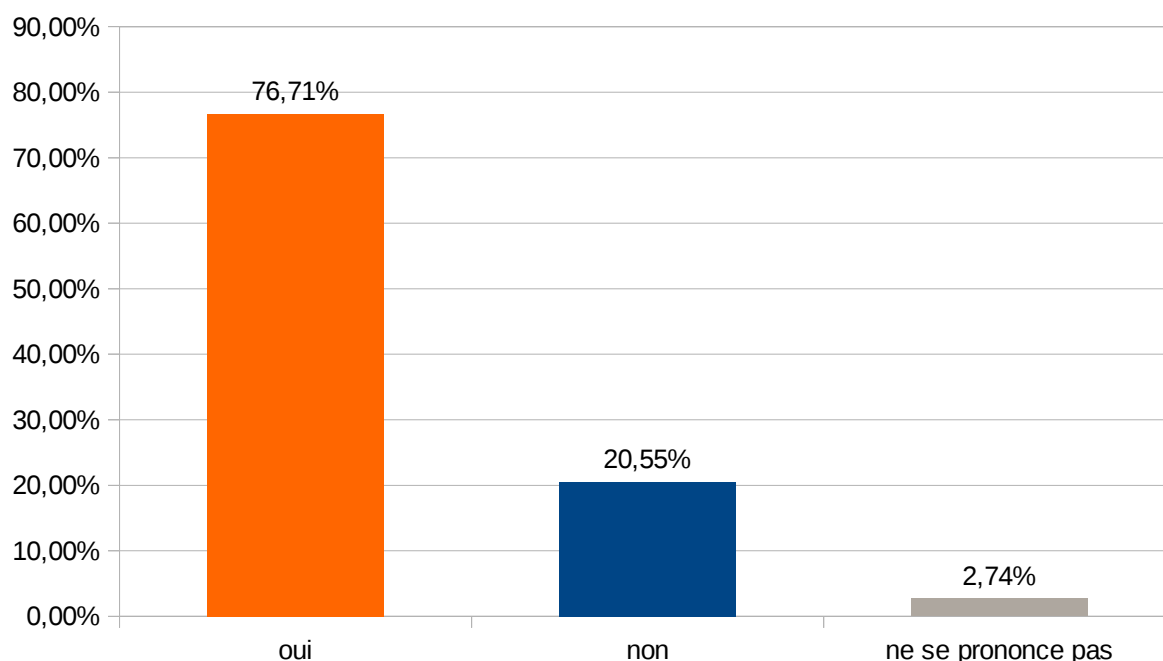


Figure 11- Savez-vous à quoi sert un FCU ? Répartition des réponses

76,71 % des personnes ayant rempli le questionnaire pensent savoir à quoi sert un FCU tandis que 20,55 % ne savent pas. Il est intéressant de souligner que deux personnes ne savent pas si elles ont déjà eu un frottis. Elles ont respectivement 45 et 50 ans. La confiance des personnes qui disent savoir l'intérêt du frottis est forte à 77,40 %, le degré de certitude des personnes qui déclarent ne pas savoir est à 8,07 %. (Tableau 5)(Figure 11)

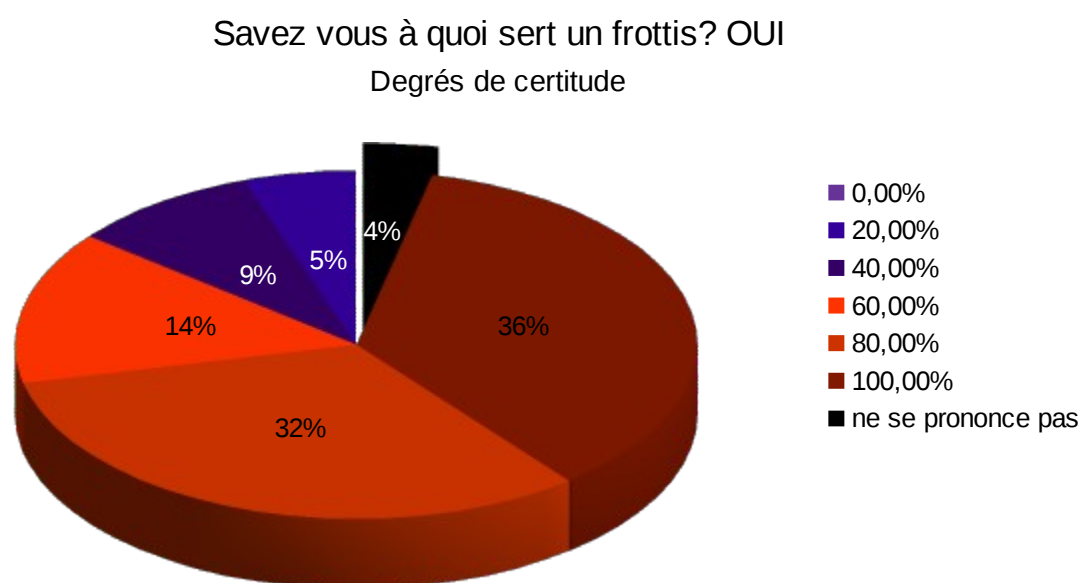


Figure 12- les personnes interrogées savent à quoi sert un FCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Savez vous à quoi sert un frottis? NON

Degrés de certitude

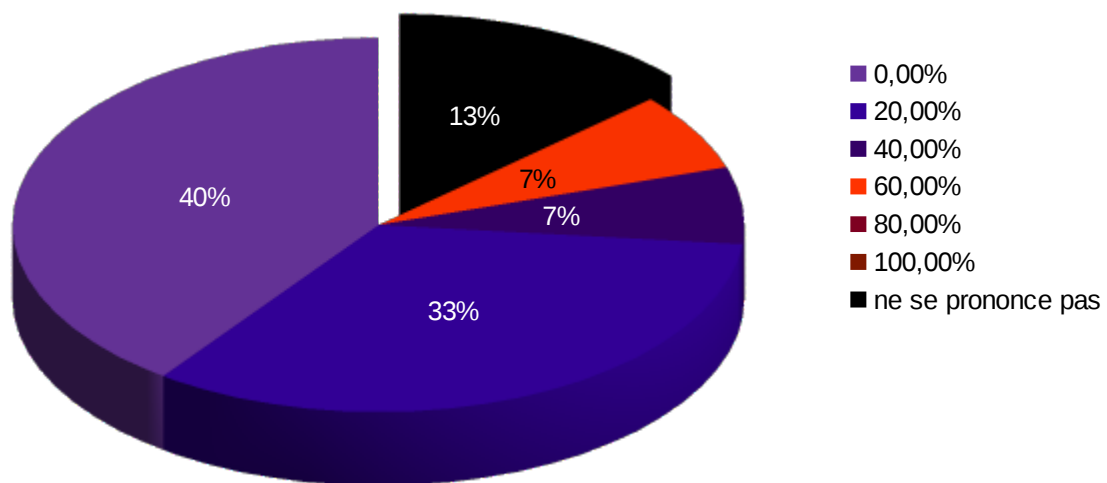


Figure 13- les personnes interrogées ne savent pas à quoi sert un FCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On voit que les personnes interrogées qui déclarent savoir à quoi sert un frottis sont majoritairement sûres d'elles, avec un degré de certitude supérieur à 50 % (Figure 12) . Les femmes qui déclarent ne pas savoir à quoi sert un frottis ont majoritairement un degré de certitude inférieur à 50 %, (je l'ignore ou absence de connaissance)(Figure 13).

Le Frottis dépiste la présence de cellules modifiées par le HPV ?

	NBR	pourcentage
oui	66	90,41%
non	6	8,22%
ne se prononce pas	1	1,37%
total	73	100,00%

Tableau 6- Le FCU dépiste-t-il la présence de cellules modifiées par le HPV ?

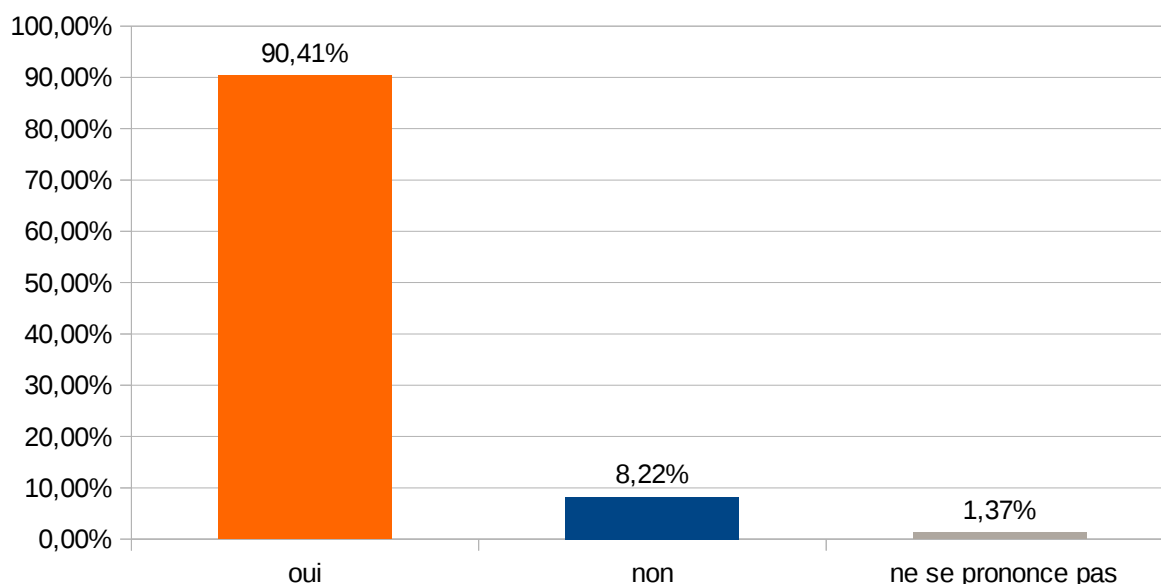


Figure 14- Le FCU dépiste-t-il la présence de cellules modifiées par le HPV ? Répartition des réponses

90,41 % des personnes interrogées pensent que le frottis dépiste la présence de cellules modifiées par le HPV, 8,22 % pensent que ce n'est pas la fonction du frottis. La confiance des personnes est en moyenne de 68,65 %, tandis que l'imprudence des personnes est de 16,66 %. (Tableau 6)(Figure 14)

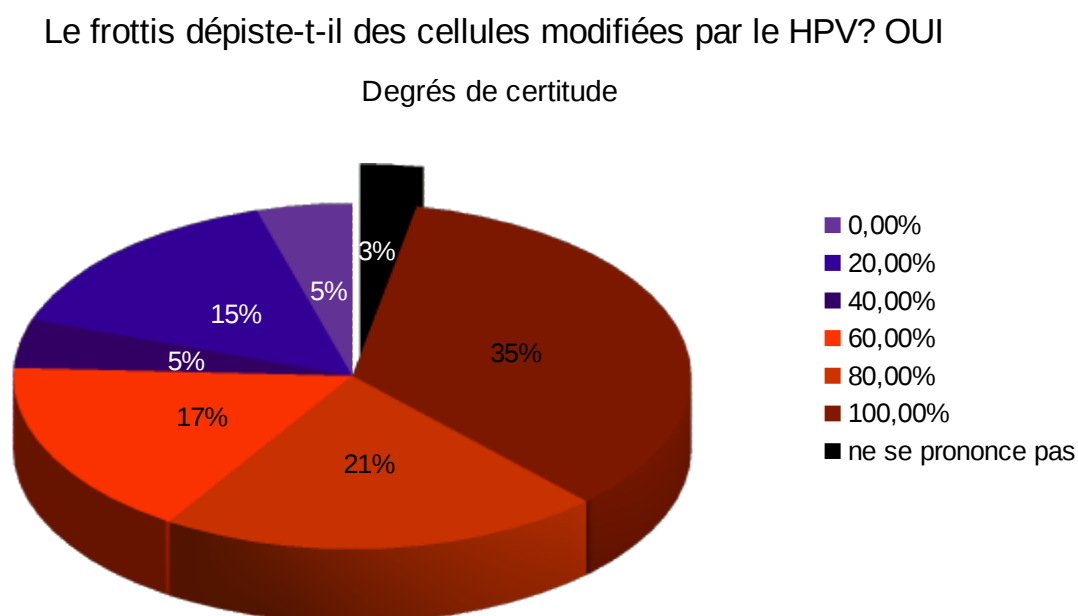


Figure 15- Le frottis dépiste des cellules modifiées par le HPV. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Le frottis dépiste-t-il des cellules modifiées par le HPV? NON

Degrés de certitude

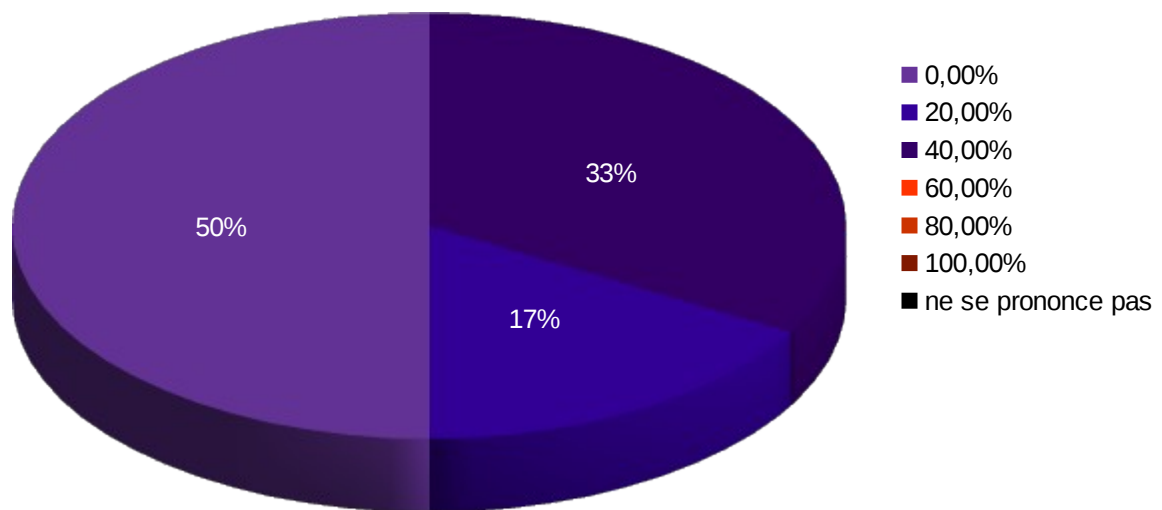


Figure 16- Le frottis ne dépiste pas des cellules modifiées par le HPV. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On peut observer que d'une part, les personnes qui n'associent pas le FCU à la présence de cellules modifiées est plutôt faible, et d'autre part que les personnes sont peu sûres d'elles. Aucune des personnes ayant répondu non à cette question, n'a un degré de certitude supérieur à 50 %. (Figure 15) (Figure 16)

Le Frottis dépiste différentes infections sexuellement transmissibles ?

oui	46	63,01%
non	23	31,51%
ne se prononce pas	4	5,48%
total	73	100,00%

Tableau 7- Le frottis dépiste-t-il différentes infections sexuellement transmissibles ?

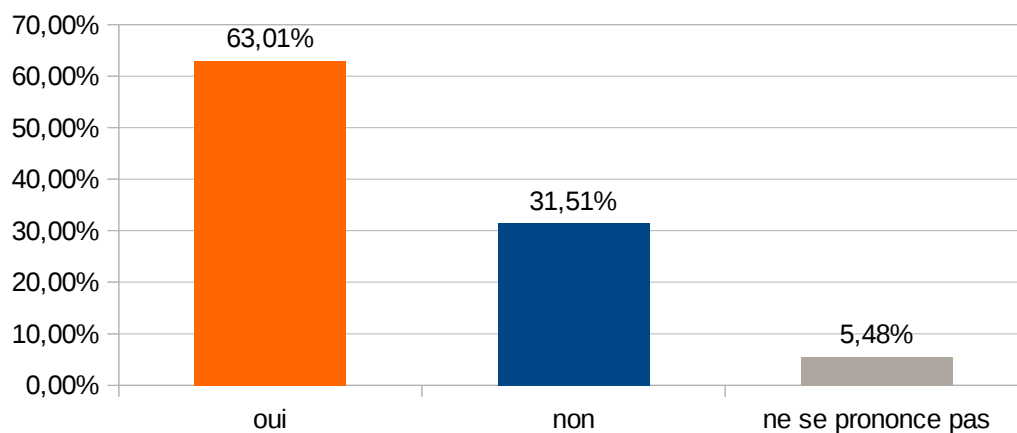


Figure 17- Le FCU dépiste-t-il différentes IST ? Répartition des réponses

63,01 % des personnes interrogées pensent que le frottis dépiste plusieurs IST avec un degré de certitude en moyenne à 67,44 %, et 31,51 % des personnes qui pensent que ce n'est pas la fonction du FCU, sont certaines en moyenne à 53,04 % (Tableau 7)(Figure 17).

le frottis dépiste-t-il différentes IST? NON

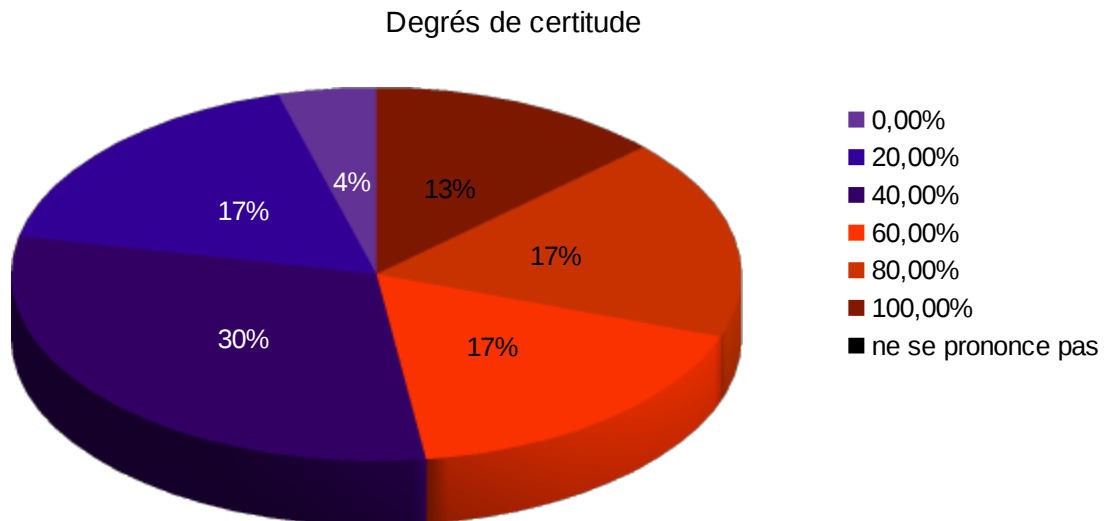


Figure 18- Le frottis ne dépiste pas différentes IST. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Le frottis dépiste-t-il différentes IST? OUI

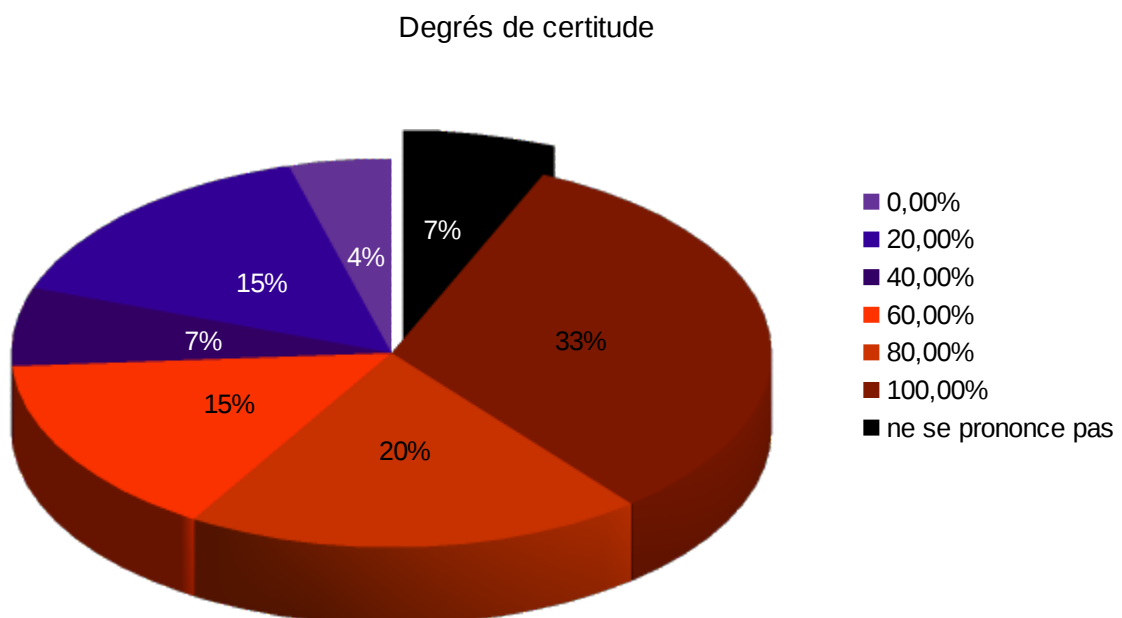


Figure 19- Le frottis dépiste la présence de différentes IST. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Les personnes pensant que le frottis dépiste des IST sont relativement sûres d'elles. Au contraire des personnes qui ne pensent pas que le frottis dépiste des IST ont un degré de certitude en moyenne à peine supérieur à 50 % (Figure 16)(Figure 17).

Le frottis dépiste la présence d'une mycose ?

oui	50	68,49%
non	21	28,77%
ne se prononce pas	2	2,74%
total	73	100,00%

Tableau 8- Le frottis dépiste il la présence d'une mycose ?

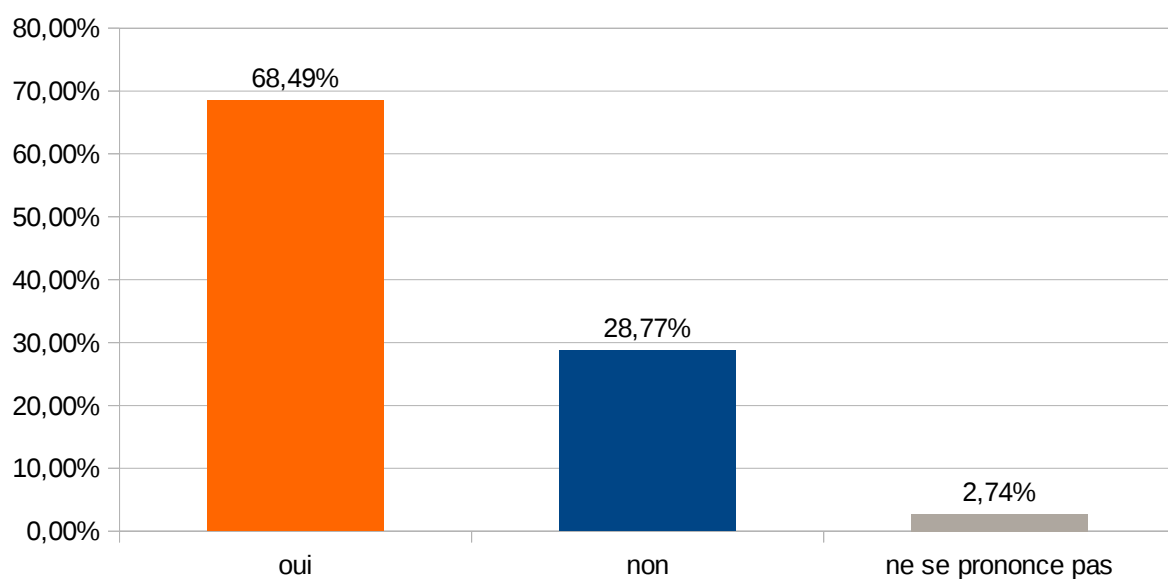


Figure 20- Le FCU dépiste-t-il la présence d'une mycose? Répartition des réponses

68,49 % des personnes interrogées pensent qu'un frottis dépiste la présence d'une mycose, avec une moyenne de certitude forte à 75,31 %. 28,77 % des personnes ayant répondu aux questionnaires ne le pensent pas, avec une moyenne de certitude à 56 % à peine supérieur à 50 % (Tableau 8)(Figure 20).

Le frottis dépiste-t-il une mycose? OUI

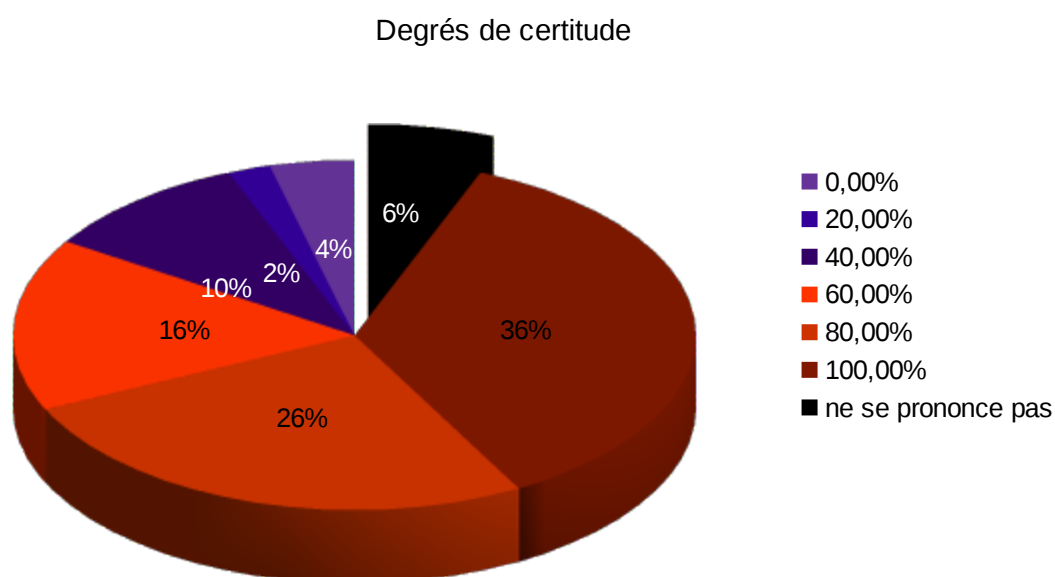


Figure 21- Le frottis dépiste la présence de mycose. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Le frottis dépiste-t-il une mycose? NON

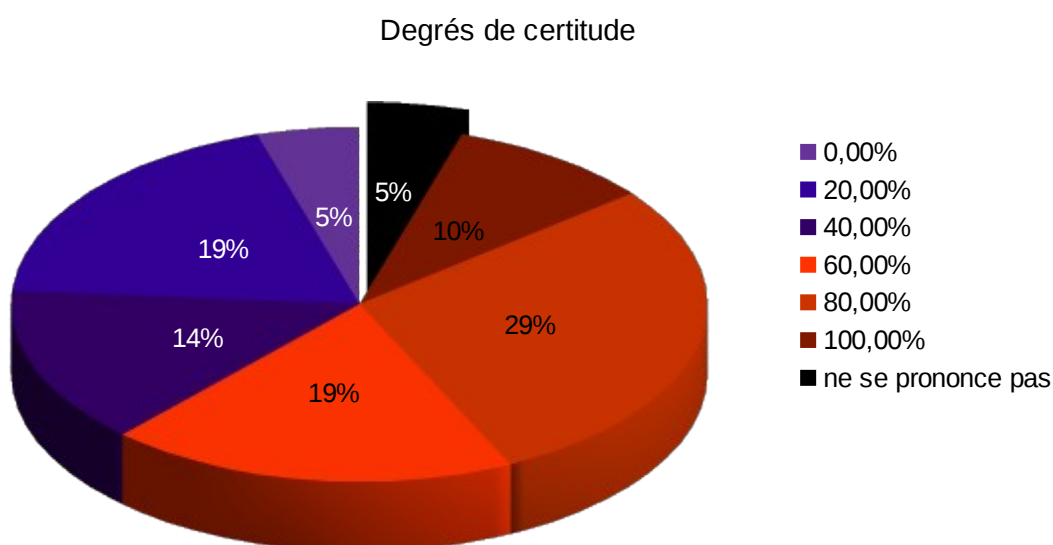


Figure 22- Le frottis ne dépiste pas la présence de mycose. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Il est visible sur ces graphiques que les personnes associant un FCU à la recherche d'une mycose sont plutôt sûres d'elles, tandis qu'à les personnes qui ne font pas cette association sont très peu sûres d'elles (Figure 21)(Figure 22). On peut aussi mettre en évidence que 31 des personnes interrogées sur 73, soit 42 % ont répondu que le FCU dépistait à la fois la présence de cellules

modifiées par le HPV, différentes IST et une mycose. 9 personnes ont répondu que le FCU dépitait uniquement des cellules modifiées par le HPV c'est-à-dire 12,32 % des personnes ayant répondu au questionnaire.

Un frottis anormal veut dire que vous avez une maladie à un stade précancéreux :

oui	32	43,84%
non	38	52,05%
ne se prononce pas	3	4,11%
total	73	100,00%

Tableau 9- Un frottis anormal signifie une maladie au stade précancéreux

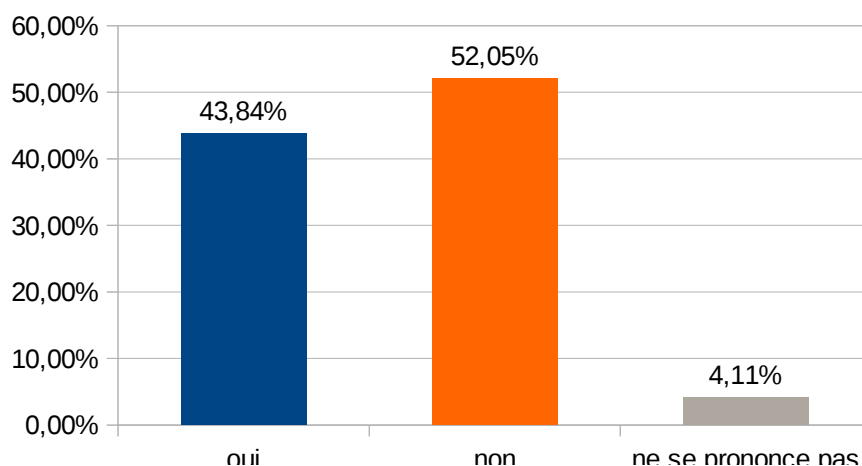


Figure 23- Le FCU signifie une maladie au stade précancéreux? Répartition des réponses

52,05 % des personnes ne pensent pas qu'un frottis anormal signifie une maladie au stade précancéreux, et leur certitude est en moyenne de 55,57 % (à peine supérieur à 50%). 43,84 % pensent que cela signifie une maladie au stade précancéreux, avec une certitude à 66,20 % (Tableau 9)(Figure 23).

Pour vous un frottis anormal: c'est une maladie au stade précancéreux? OUI
Degrés de certitude

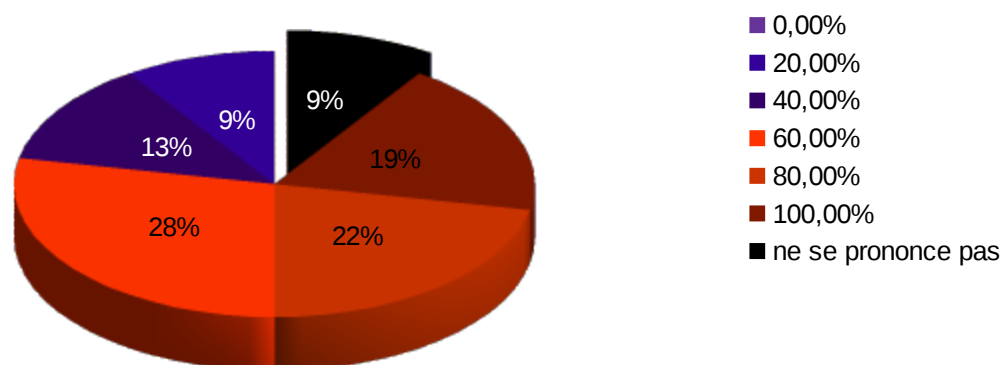


Figure 24- Un frottis anormal signifie une maladie au stade précancéreux. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Pour vous un frottis anormal c'est une maladie au stade précancéreux? NON

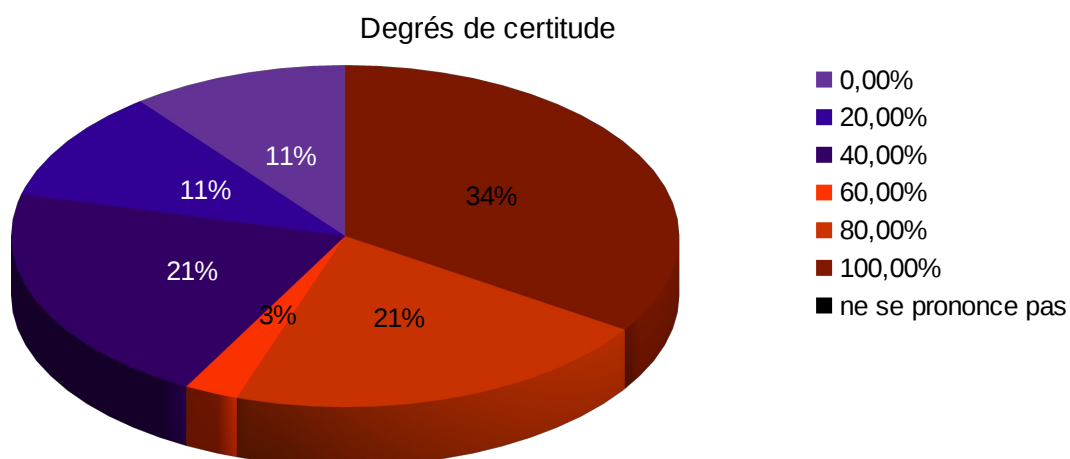


Figure 25- Un frottis anormal ne signifie pas une maladie au stade précancéreux. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On voit que parmi les personnes qui pensent que le frottis anormal signe une maladie au stade précancéreux, Ces personnes sont visiblement plutôt sûres d'elles. Mais c'est également le cas chez les personnes qui ne le pensent pas (Figure 24)(Figure 25).

Afin d'étayer ces résultats, nous avons regardé si les personnes qui ne pensaient pas qu'un FCU anormal était en faveur d'une maladie précancéreuse, pensaient plutôt que cela était en faveur d'une maladie au stade cancéreux ou bien pensaient qu'on ne pouvait rien conclure, et que le gynécologue devait pratiquer un examen complémentaire. Parmi les 38 personnes, soit 52,05 % des participantes, seule deux personnes disaient que cela était en faveur d'une maladie au stade cancéreux. Les autres répondaient qu'on ne pouvait rien conclure et qu'il fallait pratiquer un examen complémentaire.

Un frottis anormal veut dire que vous avez une maladie à un stade cancéreux :

oui	28	38,36%
non	43	58,90%
ne se prononce pas	2	2,74%
total	73	100,00%

Tableau 10- Un frottis anormal signifie une maladie à un stade cancéreux

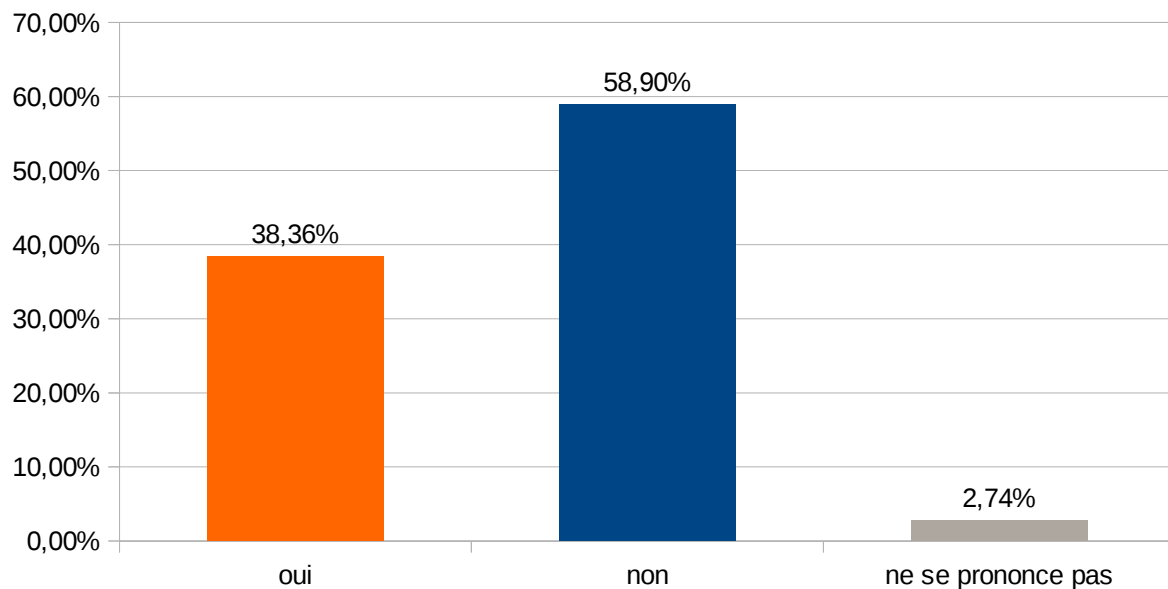


Figure 26- Le FCU anormal signifie une maladie au stade cancéreux ? Répartition des réponses

38,36 % des personnes interrogées pensent que des résultats d'un frottis anormal signifient une maladie au stade cancéreux, leur imprudence est en moyenne de 67,80 %, donc un haut degré de certitude. 58,90 % ne pensent pas que cela signifie une maladie au stade cancéreux, avec un degré de certitude à 66,40 %, certitude forte également (Tableau 10)(Figure 26).

Pour vous, un frottis anormal c'est une maladie au stade cancéreux? OUI

Degrés de certitude

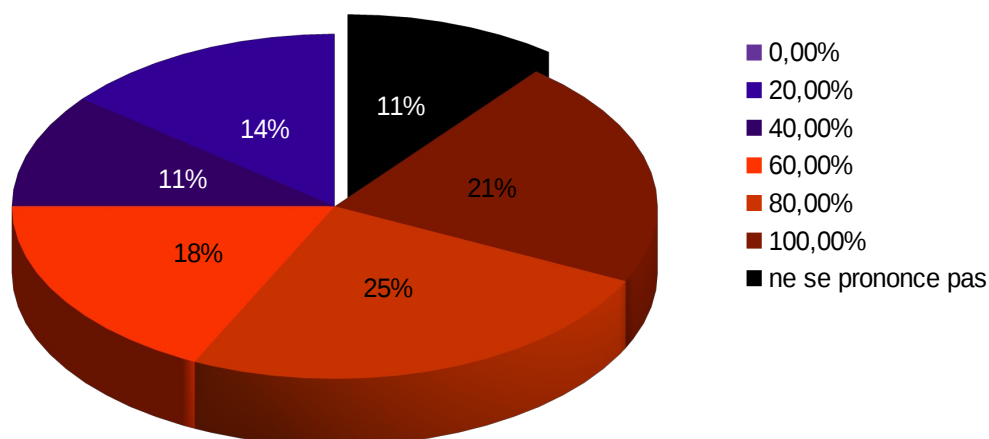


Figure 27- Un frottis anormal signifie une maladie au stade cancéreux. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Pour vous, un frottis anormal c'est une maladie au stade cancéreux? NON

Degrés de certitude

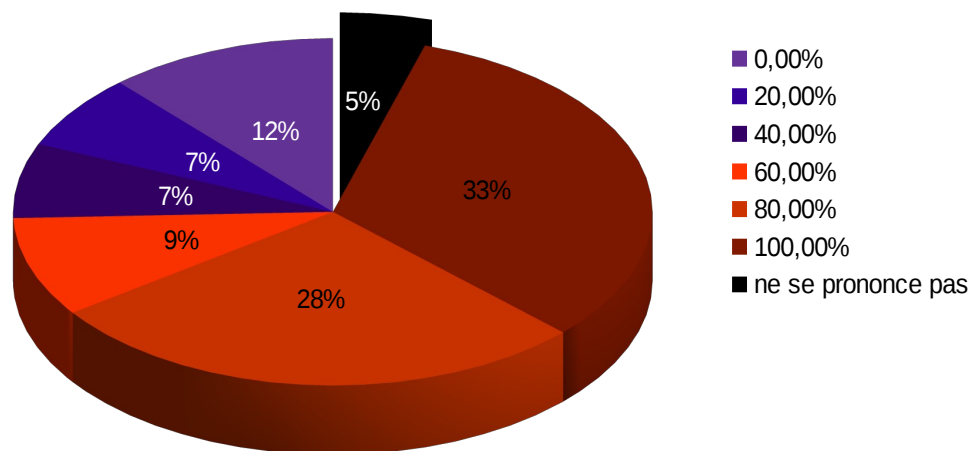


Figure 28- Un frottis anormal ne signifie pas une maladie au stade cancéreux. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On peut observer que les personnes qui sont convaincues d'une part qu'un frottis anormal signifie une maladie au stade cancéreux ou bien à l'inverse, sont dans les deux cas, plutôt sûres de leurs réponses (Figure 27)(Figure 28).

On ne peut rien conclure à ce stade là.

oui	51	69,86%
non	18	24,66%
ne se prononce pas	4	5,48%
total	73	100,00%

Tableau 11- On ne peut rien conclure à ce stade là.

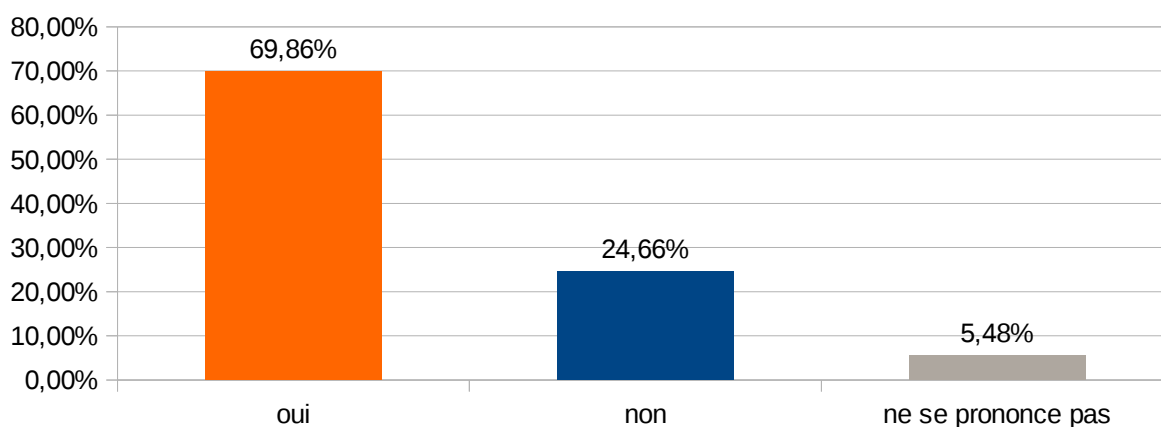


Figure 29- On ne peut rien conclure à ce stade là ? Répartition des réponses

69,86 % des personnes interrogées pensent qu'on ne peut rien conclure à ce stade-là, leur

confiance est à 67,65 %. Les 24,66 % des participantes qui pensent qu'on peut conclure à ce stade-là sont sûres à 66,25 % (Tableau 11)(Figure 29).

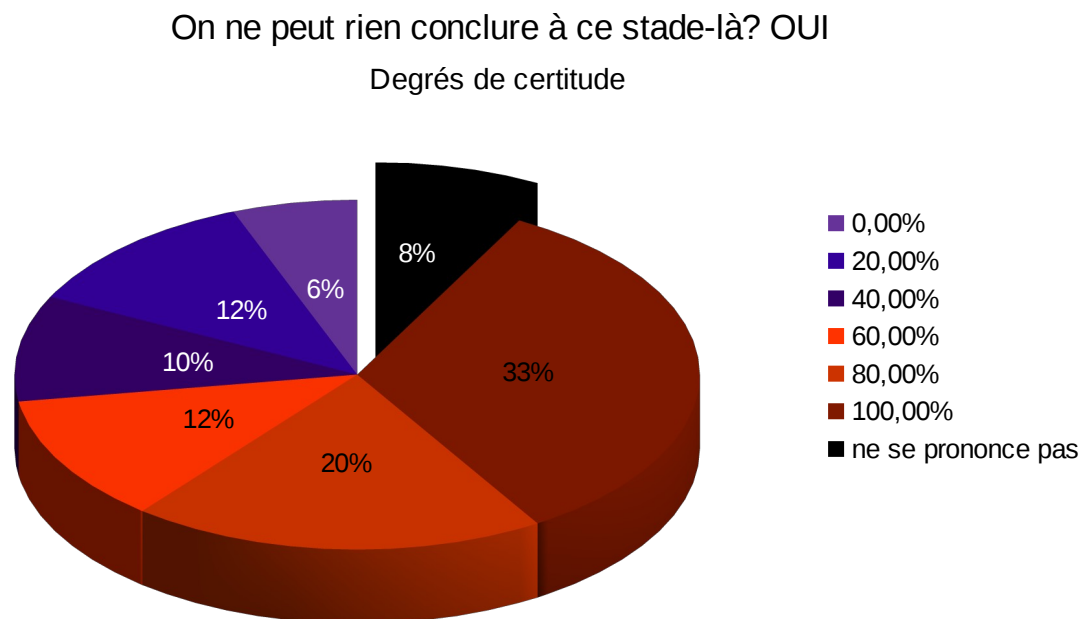


Figure 30- On ne peut rien conclure à ce stade-là ? Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

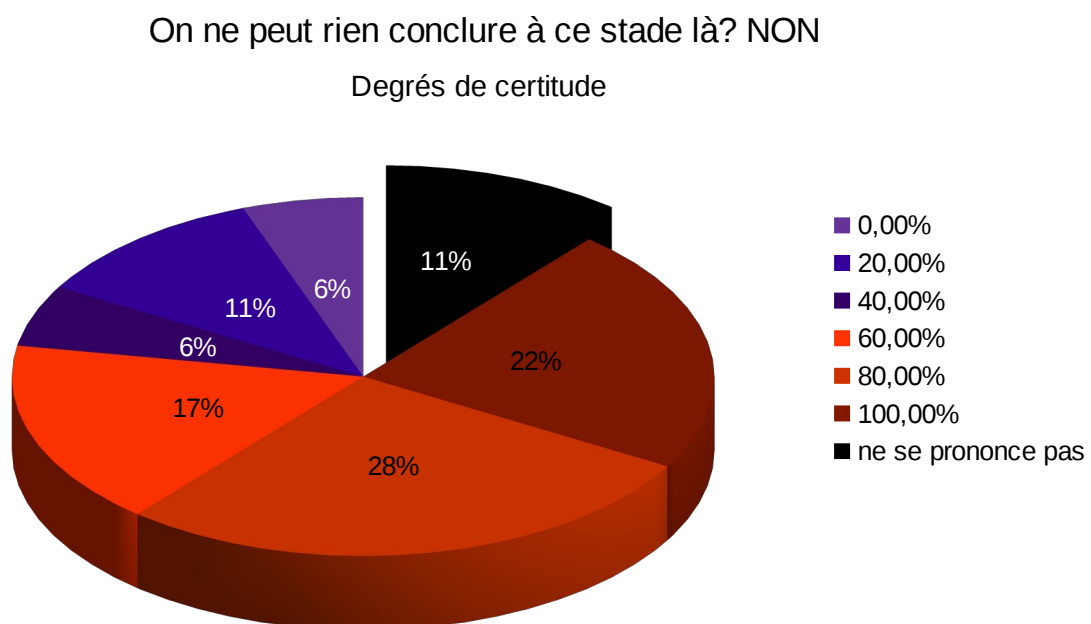


Figure 31- On ne peut rien conclure à ce stade-là? Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On peut observer que les personnes qui répondent qu'on peut conclure à une maladie à tel ou tel stade sont plutôt sûres d'elles. Les personnes qui sont convaincues qu'on ne peut rien conclure au

stade du frottis sont également sûres d'elles.

Votre gynécologue doit faire un examen complémentaire :

oui	71	97,26%
non	0	0,00%
ne se prononce pas	2	2,74%
total	73	100,00%

Tableau 12- Votre gynécologue doit faire un examen complémentaire ?

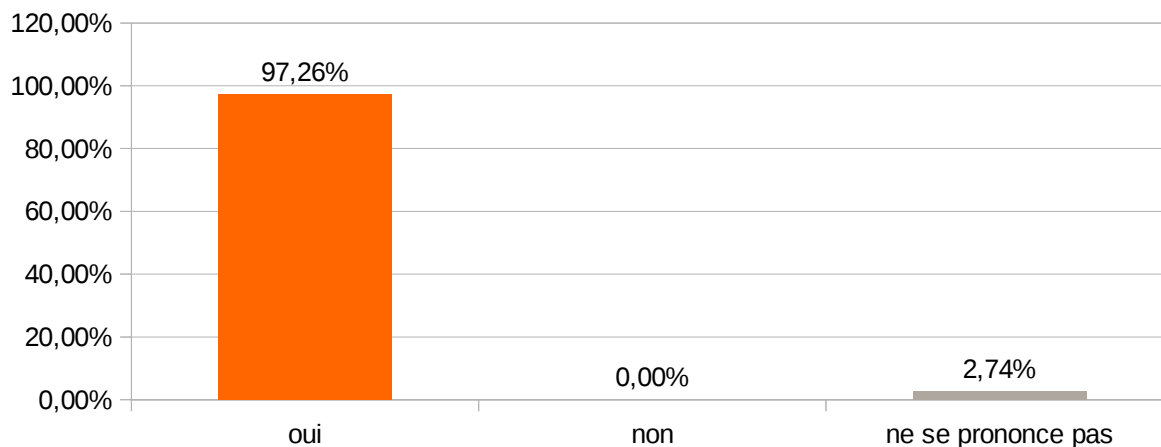


Figure 32- Votre gynécologue doit faire un examen complémentaire ? Répartition des réponses

97,26 % des personnes interrogées sont convaincues qu'il faut réaliser un examen complémentaire auprès de son gynécologue. Leur confiance en leurs réponses est très forte : en moyenne 82,02 %. Il n'y a que 2,47 % qui ne se prononcent pas, aucune des participante n'a répondu que le gynécologue ne devait pas réaliser d'examen complémentaire (Tableau 12)(Figure 32).

Le gynécologue doit faire un examen complémentaire
Degrés de certitude

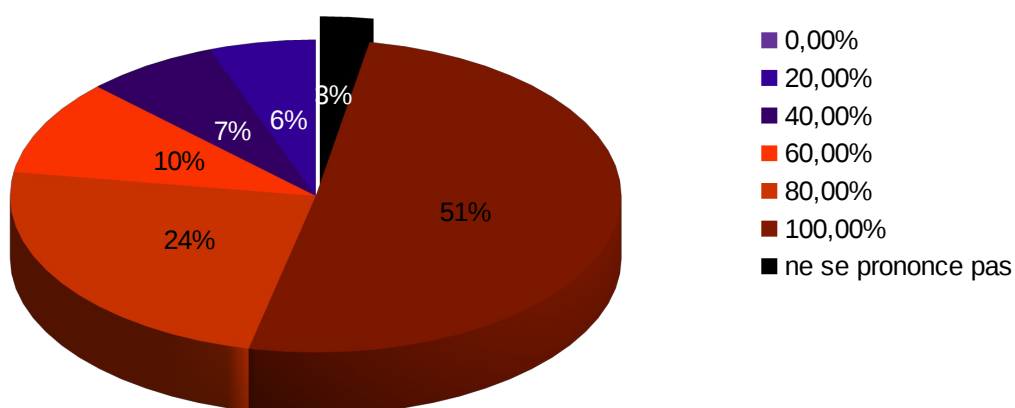


Figure 33- Votre gynécologue doit faire un examen complémentaire. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On peut voir que l'ensemble des participantes sont très sûres d'elles, avec 51 % des personnes qui pensent que le gynécologue doit pratiquer un examen complémentaire et qui en sont sûres à 100 % (Figure 33). Aucune des personnes interrogées n'a répondu non à cette question.

IV/ LES FACTEURS DE RISQUES

Le tabac : facteur de risque (FDR) du CCU ?

oui	50	68,49%
non	18	24,66%
ne se prononce pas	5	6,85%
total	73	100,00%

Tableau 13- Le tabac est-il un FDR du CCU ?

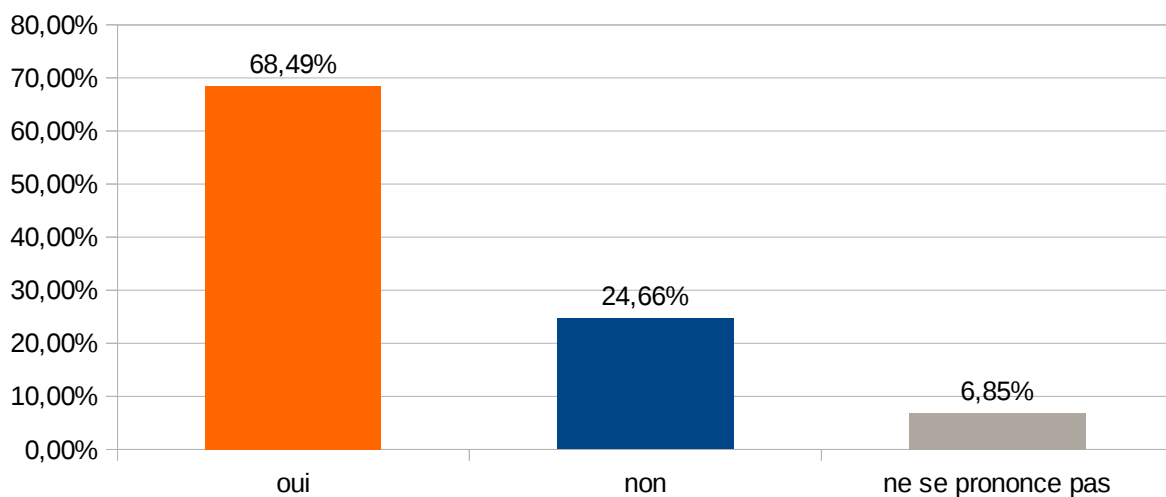


Figure 35-Le tabac est-il un FDR du CCU ? Répartition des réponses

68,49 % des personnes interrogées pensent que la tabac est un facteur de risque du cancer du col de l'utérus. 24,66 % ne le pensent pas. 6,85 % ne se prononcent pas. La confiance des personnes interrogées est supérieur à 50 %, à 63,40 %. L'imprudence est à 45,88 % chez les personnes qui ne pensent pas que la tabac est un facteur de risque du CCU (Tableau 13)(Figure 35).

Le tabac FDR du CCU? OUI

Degrés de certitude

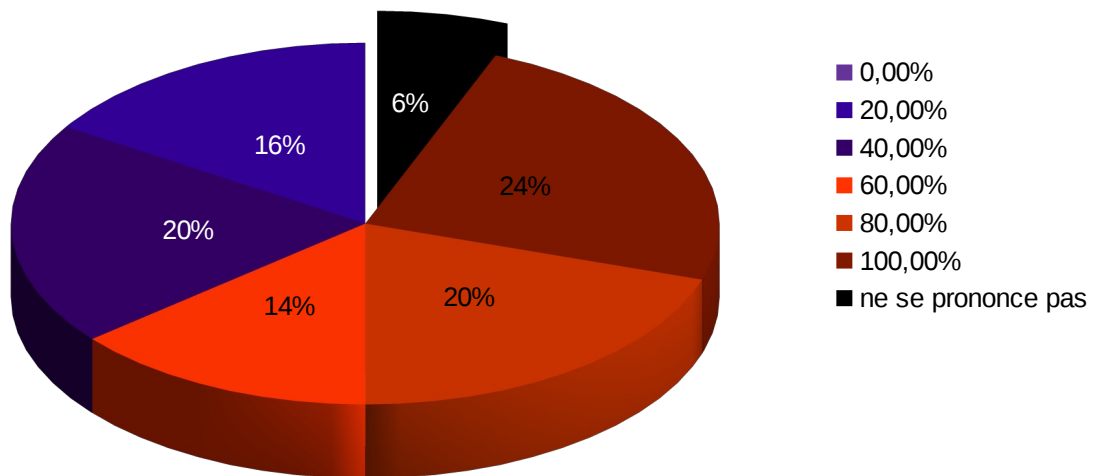


Figure 36- Le tabac est un FDR du CCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Le tabac FDR du CCU? NON

Degrés de certitude

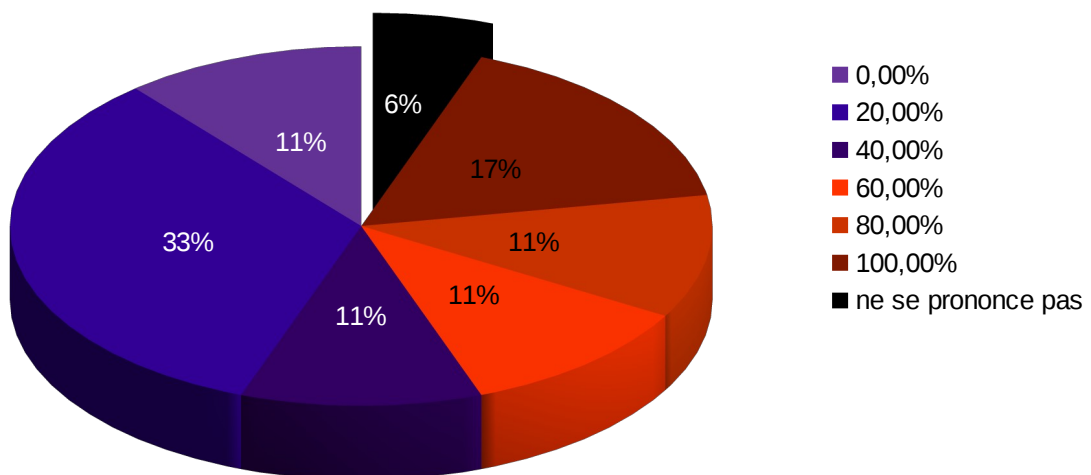


Figure 37- Le tabac n'est pas un FDR du CCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On peut observer un doute plus important chez les personnes qui ne pensent pas que le tabac est un facteur de risque du cancer du col de l'utérus, qui est visible sur le graphique (Figure 36) (Figure 37).

L'infection par le HPV est un FDR de CCU ?

oui	68	93,15%
non	3	4,11%
ne se prononce pas	2	2,74%
total	73	100,00%

Tableau 14- L'infection par l'HPV est-il un FDR du CCU ?

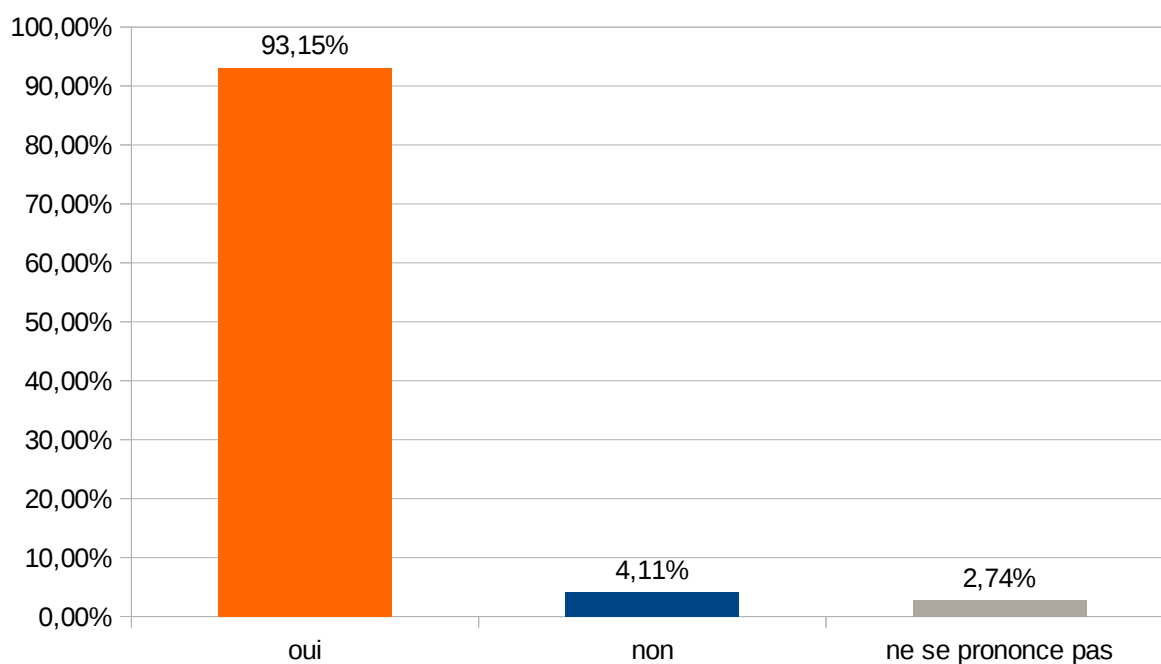


Figure 38-L'infection par l'HPV est-il un facteur de risque du cancer du col de l'utérus ? Répartition des réponses

93,15 % des personnes ayant participé à l'étude pensent que l'infection par l'HPV est un FDR du CCU. Leur confiance est en moyenne à 72,5 %. 4,11 % ne le pensent pas, avec une imprudence à 33,33 %. 2,74 % des personnes ne se prononcent pas (Tableau 14)(Figure 38).

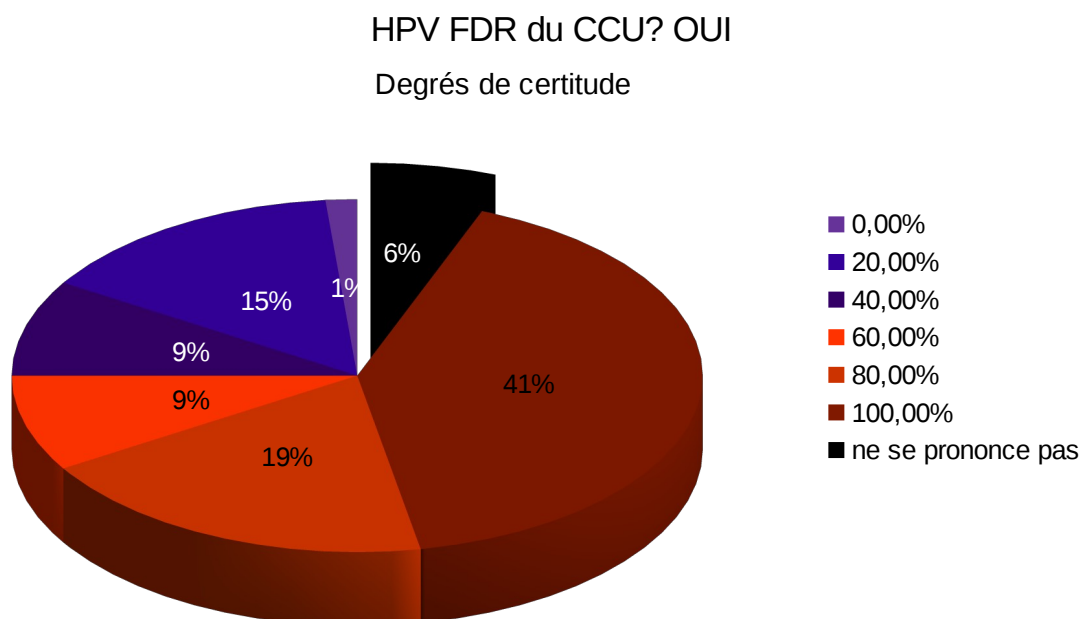


Figure 39- HPV est un FDR du CCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

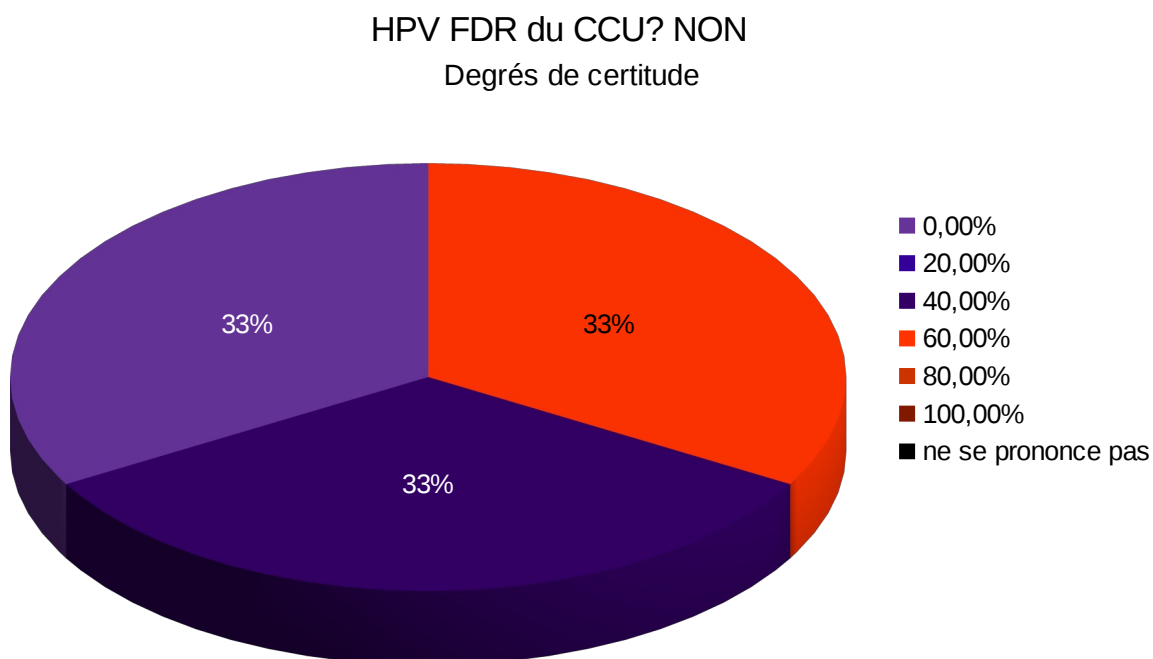


Figure 40- HPV n'est pas un FDR du CCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

Il apparaît que parmi les personnes qui pensent que l'HPV est un FDR du CCU, nombreuses sont celles à en être certaines à plus de 50 %. Parmi les participantes qui pensent que l'HPV

(seulement trois personnes), deux se rapprochent de « l'absence de connaissance » ou « je l'ignore » (Figure 39)(Figure 40).

La mycose est un facteur de risque du CCU :

oui	22	30,14%
non	50	68,49%
ne se prononce pas	1	1,37%
total	73	100,00%

Tableau 15- La mycose est-elle un facteur de risque du CCU? Répartition des réponses

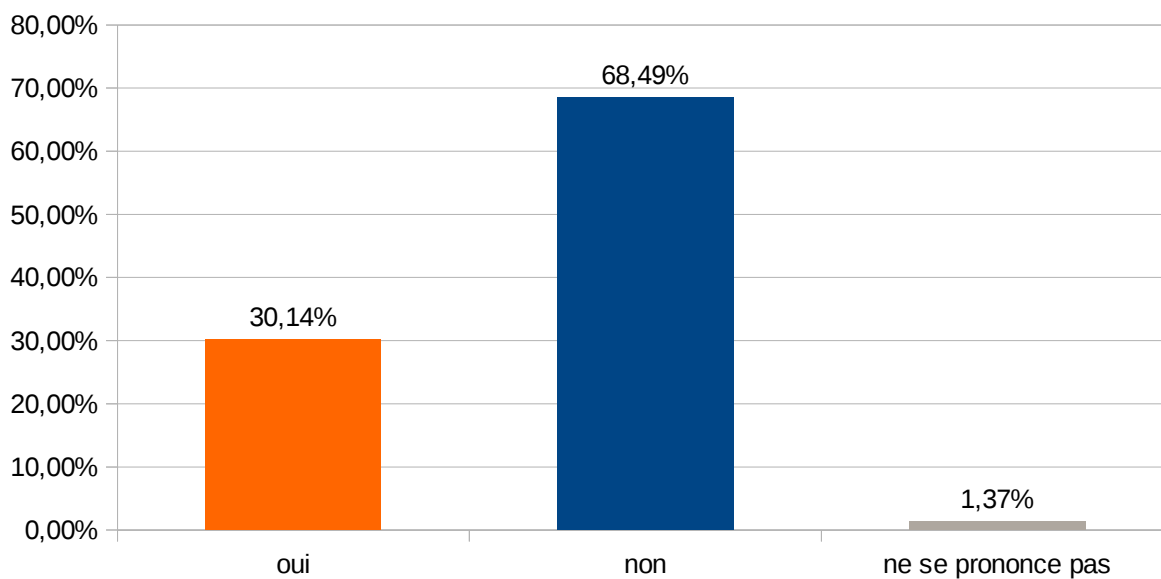


Figure 41- La mycose est-elle un facteur de risque du CCU? Répartition des réponses

68,49 % des personnes interrogées pensent que la mycose n'est pas un facteur de risque du CCU. Leur confiance est en moyenne à 71,91 %, c'est-à-dire forte. 30,14 % des participantes pensent que la mycose est un FDR de CCU. Leur imprudence est de 54,28 % (Tableau 15)(Figure 41).

La mycose FDR du CCU? OUI
Degrés de certitude

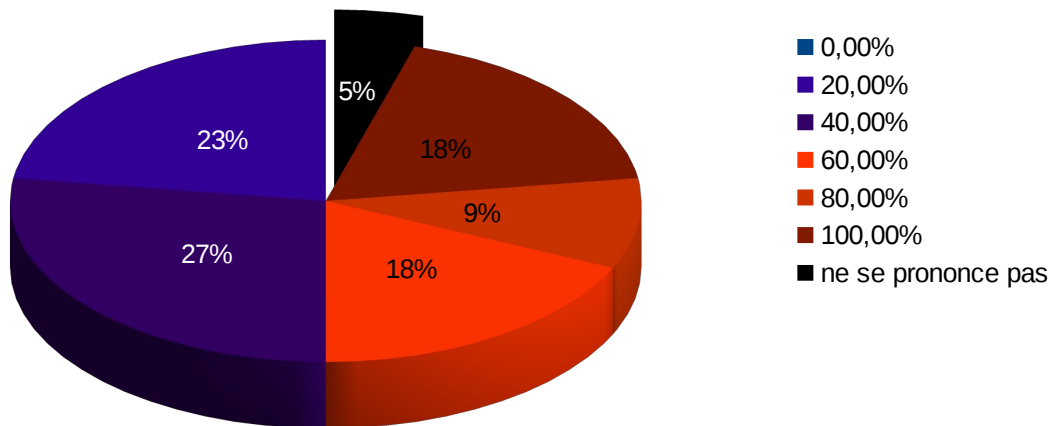


Figure 42- la mycose est un FDR du CCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

La mycose FDR de CCU? NON
Degrés de certitude

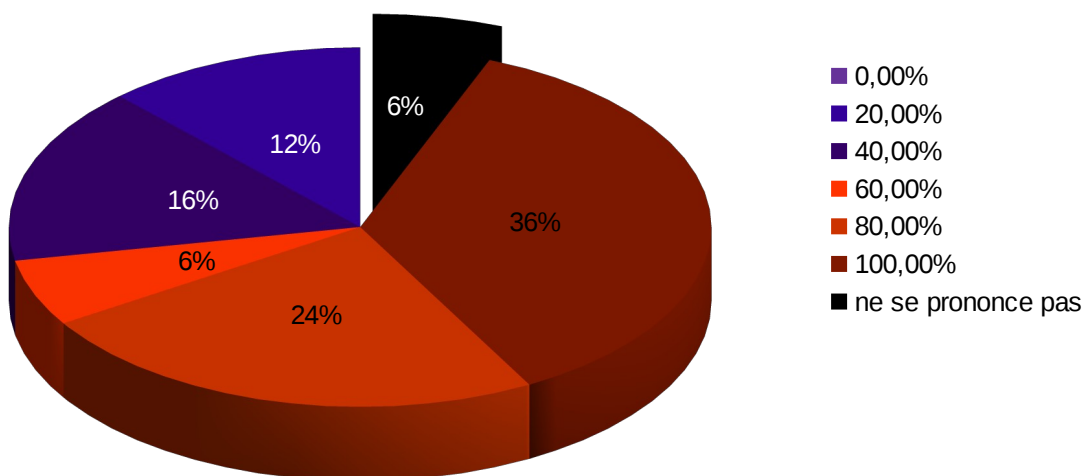


Figure 43- la mycose n'est pas un FDR du CCU. Répartition des réponses en fonction des degrés de certitude

On voit que les personnes qui pensent que la mycose est un FDR de CCU ont des degrés de certitude assez hétérogènes. Les personnes qui ne pensent pas que la mycose soit un FDR de CCU sont dans l'ensemble plutôt sûres d'elles (Figure 42)(Figure 43).

DISCUSSION

I) FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1. Forces de l'étude

Les résultats obtenus par le biais de questions fermées permettent d'avoir des données stables. Nous avons pu les analyser concrètement à l'aune de nos objectifs d'étude. Le fait d'étayer les réponses avec des degrés de certitude nous a permis de nuancer davantage les données. En effet une réponse erronée avec 20 % de certitude semble moins grave, et moins difficile à reprendre avec le patient, qu'une mauvaise réponse avec 100 % de certitude. Des résultats > 60 % de certitude rendent nos résultats probablement plus interprétables. Les personnes s'éloignent de réponses rapides et approximatives qu'elles pourraient produire d'emblée. Cela demande une réflexion supplémentaire bienvenue.

Le taux de réponses aux questionnaires distribués est satisfaisant. 73 patientes ont rempli les questionnaires, sur 113 questionnaires distribués, soit 64,60 % de participation.

2. Limites de l'étude

Premièrement, le nombre de participantes est trop limité pour que les résultats soient statistiquement significatifs. En cela l'étude mériterait d'être réalisée à plus grande échelle. Ensuite, l'étude est monocentrique, au CHU de Brest. Il serait pertinent, de mettre en œuvre une étude multicentrique, et surtout d'ouvrir la participation aux patientes de gynécologie de ville, et également des cabinets de médecine générale. 113 questionnaires ont été distribués. Il n'a pas été possible de connaître auprès du service le nombre exactes de consultations sur le période d'étude, c'est à dire 11 mois, néanmoins, les statistiques générales évaluent le nombre moyen de consultations sur le service entier de gynécologie à 3000 en un an, c'est à dire 2750 pour 11 mois. On voit que le nombre de questionnaires distribués représente seulement 4 % de la totalité des consultations. Le fait de ne pas avoir été présente dans la ville où l'étude se faisait a participé au fait que la distribution et le recueil des questionnaires était loin d'être optimale. Il aurait fallu être régulièrement auprès des secrétaires et des patientes en salle d'attente afin de gérer la distribution et le recueil des questionnaires.

On observe un biais de sélection: les résultats des réponses aux questions concernent la

partie de la population qui fréquente la consultation de gynécologie, qui bénéficie d'un suivi médical. Les résultats aux questions sont donc représentatifs d'une certaine partie de la population concernée, ignorant celle qui ne bénéficie pas de suivi médical, ou en tous cas, pas en gynécologie. Il existe un biais de déclaration : nos résultats ne concernent que les patientes qui ont choisi de remplir et de rendre le questionnaire. De ce fait les résultats sont probablement faussés en partie en l'absence des patientes qui ne se sentaient pas concernées, qui étaient trop peu sûres d'elles pour prendre le temps de remplir le questionnaire, ou encore celles qui n'avaient vraiment aucune idée sur le sujet. Un dernier biais existe : les patientes viennent en consultation pour un problème gynécologique, donc peuvent être potentiellement plus stressées, ce qui pourrait biaiser toutes les réponses concernant l'anxiété. À contrario, des patientes consultant en médecine générale pour une rhinopharyngite, auraient peut être une approche moins anxieuse que les participantes à l'étude.

II) OBJECTIF PRINCIPAL

1. Résultats

Notre objectif principal était d'évaluer la certitude des patientes d'avoir une maladie cancéreuse à l'annonce d'un résultat anormal de frottis. Dans notre étude, il a été mis en évidence que 38,35 % des patientes qui reçoivent des résultats anormaux de FCU sont convaincues d'avoir une maladie à un stade cancéreux. Parmi ces patientes, on constate que la confiance, c'est-à-dire le degré de certitude des patientes est haut puisqu'elle s'élève à 67,80 %.

De nombreuses études ont déjà été faites sur l'anxiété produite par les résultats anormaux d'un FCU, notamment en comparant les réactions entre les différents pays européens (37). D'autres études ont été menées pour évaluer les connaissances des femmes sur le HPV, le FCU. Une étude américaine avait pour objectif d'évaluer comment faisait sens la physiopathologie et le lien entre sexualité, HPV, frottis et cancer pour les patientes (2). Néanmoins, il n'a pas été trouvé d'étude cherchant à évaluer les connaissances de patientes sur le FCU par le prisme de la peur du cancer, et l'anxiété en général. Une étude quantitative auprès de femmes ayant des lésions intraépithéliales de moyen à haut grade, en attente de colposcopie, a mis en évidence parmi l'ensemble de ces questions que 10 % des femmes interrogées pensaient qu'un frottis anormal signifiait un stade précoce de cancer (3). Notre étude fait émerger des résultats différents.

L'absence de cohérence dans les résultats retrouvés s'explique probablement par le fait que l'échantillon est différent, mais surtout que les personnes interrogées ne sont pas du tout les mêmes personnes cibles. En effet, les participantes de notre étude sont des patientes de gynécologie, tandis

que les personnes interrogées sont à distance de leur annonce de frottis anormal, en attente d'une colposcopie. Ces personnes ont certainement pour la plupart obtenues des informations qui leur ont précisées la physiopathologie des lésions mises en évidence. Mais cela ne nous dit pas ce qu'elles auraient répondu avant cela, et avant cette information. Le pourcentage sur l'idée qu'un frottis anormal signifie un stade précoce de cancer est très inférieur au nôtre (38,35%). On peut penser qu'une information de qualité a permis de diminuer cette fausse croyance.

Les réactions des patientes ne sont pas toutes de même nature en fonction du protocole d'annonce des résultats. Dans une étude comparative sur les protocoles d'annonce de frottis entre trois pays européens (France, Espagne et Portugal), on relève que les patientes sont principalement prévenues par téléphone en Espagne (76%). C'est essentiellement par lettre du médecin traitant que les patientes sont informées de leurs résultats en France (59%) et, dans une moindre mesure, au Portugal (36%). Les principales réactions étant l'anxiété, la panique et le stress, sans lien avec la sévérité du résultat (LIEBG ou LIEHG). Ces réactions sont moins communes pour les Espagnoles que pour les Françaises et les Portugaises (4). Une étude quantitative a été réalisée en Allemagne (37) : la plupart des patientes (soit 45,9%) reçoivent leurs résultats par un appel de leur médecin traitant. Après avoir échangé avec lui, seulement 21 % se sentent rassurées, alors que la moitié continuent à être inquiètes, valeurs que l'on retrouve dans les résultats de l'étude comparant les patientes françaises, les Espagnoles et les Portugaises.

On peut émettre l'hypothèse que la méthode d'annonce des résultats est en soit, un facteur influençant l'anxiété des patientes par rapport à leurs résultats. On peut également supposer qu'elle varie en fonction de la place laissée à l'échange avec leur médecin sur l'interprétation des résultats. Un résultat de laboratoire reçu par courrier, sans échange possible avec un.e soignant.e, avec un jargon médical et technique produit beaucoup d'anxiété. Une lecture des résultats en face à face avec un.e médecin, ou sage-femme, à qui on peut poser des questions, et qui expliquerait les termes compliqués, serait probablement moins anxiogène.

2. Les hypothèses

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette certitude qu'un frottis anormal signe un diagnostic de cancer :

2.1 Ce que retiennent les patient.e.s d'une consultation médicale

Une des hypothèses principales est que les patientes, malgré un certain nombre de renseignements délivrés sur le frottis, ne retiennent pas l'ensemble des informations transmises pendant une consultation. Plusieurs études montrent, qu'en moyenne, la moitié seulement des informations délivrées lors d'une consultation médicale est retenue par les patient.e.s (39) (6). Dans ces études, il a été mis en évidence que cette réception partielle des informations s'explique par l'âge des patient.e.s, le mode de communication (de manière écrite ou orale, avec ou sans traces à la fin de la consultation). Il est également mis en évidence que la manière dont les médecins structurent leur communication, c'est à dire, divisent l'ensemble des informations à transmettre en grandes parties distinctes, plus faciles à assimiler, en prenant soin de faire le lien entre ces différentes informations en expliquant les liens de causalité sous-jacentes, permet d'améliorer la part d'information retenue.

2.2 La responsabilité du médecin

Les médecins ont, de fait, une responsabilité dans l'abord général du dépistage par frottis (41). Qu'ils ou elles soient généralistes ou spécialistes, ils et elles partagent une socialisation commune qui influence leurs pratiques :

- La quasi-absence de culture en santé publique explique qu'une majorité de médecins soit peu portée à expliciter l'intérêt des frottis (culture du : « il faut faire ») (8). L'apprentissage des médecins se fait autour des personnes cibles, des âges cibles, des populations ou pratiques cibles, mais il n'y a pas d'apprentissage autour de : « pourquoi dépiste t-on ces personnes là ? », « Dans quel but ? » , « Comment les tests se sont mis en place ? ». Ainsi suppose-t-on que les médecins ne pensent pas à expliciter les raisons qui fondent ce dépistage mais bien à mettre en œuvre ce dépistage. Ce qui participe à éluder l'information au préalable aux patientes.

La santé publique est par définition la discipline qui s'occupe de la santé globale d'une population sous ses aspects préventifs, curatifs et éducatifs. C'est bien une question de santé à l'échelle de la population. On pourrait se demander si les soignant.e.s en abordant la question du dépistage sans replacer cette question d'un point de vue globale ne font pas peser un poids trop lourd sur les patient.e.s. Car c'est bien dans un contexte de santé de la population que le dépistage est pratiqué, il reste souvent traité avant tout comme un problème individuel. Cela pourrait avoir des conséquences sur les représentations et l'importance que peuvent prendre des résultats anormaux.

- Pour les médecins généralistes il existe une réalité de terrain avec l'augmentation du numerus clausus, ne permettant pas aux services de gynécologie d'absorber le nombre d'étudiants en

formation et de les former correctement sur les actes de gynécologie de « routine » (19).

- Une approche explicative est dans tous les cas chronophage, et se heurte à la difficulté à gérer au quotidien, une emploi du temps de praticien (nombre de patient.e.s qui augmente, temps court de consultation) (43).

- Des logiques liées au caractère libéral du métier (choix et responsabilité de chacun plutôt qu'injonction des institutions dans le cadre d'une politique de santé publique) poussent les praticien.e.s à « répondre à la demande », à laisser l'initiative au patient ; à proposer, à « laisser le choix » plutôt qu'à imposer un discours, une démarche (9).

- Enfin, plusieurs médecins généralistes évoquent leur propre réticence à pratiquer des examens gynécologiques en tant que médecin traitant (pudeur, gêne lié au caractère intime de la sphère gynécologique...) (45).

De ces hypothèses issues de différentes études, on peut extrapoler sur la manière dont les médecins en parlent à leurs patientes :

- Soit ce sont elles qui en parlent spontanément, ils ou elles acceptent de le réaliser, et comme les patientes l'abordent d'elles-même, ils et elles supposent qu'elles sont informées.

- Soit ils l'abordent dans une consultation de médecine générale, parmi de nombreux autres motifs de consultation, en présentant simplement (faute de temps, de connaissances, du fait de la gêne potentielle liée au fait que cela touche à la sphère génital et à la sexualité...).

Ces explications corroborent nos résultats, mettant en évidence qu'un frottis anormal signe un diagnostic de CCU pour 38,35 % des patientes interrogées. Car le terme qu'on retient en priorité dans le cadre d'une information sur ce sujet est « cancer du col de l'utérus ». Et si le temps n'est pas pris à expliquer d'autres éléments sur le sens d'un résultat de frottis, le lien est rapidement fait dans la tête des patientes.

On peut imaginer que si le seul rapport établi avec le frottis est celui avec le CCU, en amont de la réalisation du geste pratique, Cela confère aux patientes un « socle de savoir ». Ce savoir est parcellaire et limité, mais leur donne confiance dans leur degré de connaissance. En conséquences, elles n'interrogent pas ce savoir. Elles seront amenées à s'interroger en cas d'anormalité du frottis. Cette réflexion peut être mise en lien avec nos résultats. 76,71 % des patientes interrogées déclarent savoir à quoi sert un FCU, avec une certitude en moyenne à 77,40 %, mettant en évidence une confiance importante dans leur savoir. Tandis que nos résultats montrent qu'aucune participante ne

répondra correctement à l'ensemble des questions posées sur le FCU et le HPV. L'hypothèse que nous formulons, en croisant notre enquête et les constats de pratique des médecins relevés dans la littérature (cf. supra) est que les praticien.e.s -quelle qu'en soit la raison- informent à minima sur l'intérêt du frottis, et que le message principal transmis, et surtout reçu est « cancer du col de l'utérus ».

Les résultats obtenus montrent également que 69,86 % des personnes interrogées répondent qu'on ne peut rien conclure avec des résultats anormaux d'un FCU, en étant certaines de leur réponse à 67,65 %. Ces personnes auront peut être une réaction plus sereine et plus attentiste face à celles qui répondent que cela signe une maladie au stade cancéreux.

2.3 Les représentations, liées aux facteurs socioculturels

L'imaginaire autour des frottis, associé à des facteurs socio-culturels, est en partie responsable des résultats de notre étude.

Dans l'étude du Baromètre 2010 (12), il a été montré que, suivant nos vécus, nos modes de vie, nos situations individuelles, nous nous construisons des représentations sociales différentes. Il y était développé que suivant notre environnement social et culturel proche, nos représentations du corps par exemple changeaient. Une personne ayant vécu une situation de précarité économique, matérielle, affective ou professionnelle se sentira plus vulnérable, et sentira son corps plus vulnérable également. Donc les représentations du cancer s'avèrent très hétérogènes, du fait des vécus sociaux et culturels différents. Il existe par ailleurs également un phénomène dit « de société » qui participe à une représentation générale de la population très liée à la manière dont les médias utilisent le terme de cancer. Le cancer est la métaphore privilégiée pour décrire les problèmes sociaux : corruption, chômage, racisme, violence. Chacun de ces sujets a déjà été présenté comme le « cancer » qui ronge notre société. Une étude datant de 2005, dans la région de Liège, a cherché à évaluer les attitudes et comportements des femmes par rapport au dépistage. Une femme sur cinq ne comprenait pas la logique du dépistage et était convaincue qu'on ne guérit pas d'un cancer du col de l'utérus (13). Une étude néerlandaise récente a mis en évidence que les femmes qui ne participaient pas au dépistage pensaient qu'elles avaient moins de risques, et étaient convaincues qu'on ne pouvait pas guérir du cancer du col de l'utérus (24). On peut supposer que l'usage métaphorique largement utilisé dans notre société, a un impact sur l'imaginaire des patientes, qui peut expliquer que l'on s'imagine rapidement avec un cancer avéré, lorsqu'on reçoit des résultats anormaux d'examen de dépistage, car « Le » cancer est partout et habite les imaginaires de chacun.e

en tant que maladie incurable.

3. Le paradoxe, un ressenti négligé ?

Quelles qu'en soient les raisons, un certain nombre de patientes ressentent et vivent cette annonce de frottis anormal comme une annonce de cancer, avec tout l'imaginaire qui l'entoure. Il semble que les représentations du cancer soient très diverses selon les individu.e.s. Néanmoins « Le » cancer est, de nos jours, considéré par la majorité des personnes comme la maladie la plus grave (12). Dans l'enquête du baromètre du cancer en 2010, afin d'explorer les différentes représentations du cancer, il a été demandé aux enquêté.e.s, de citer trois mots associés au mot « cancer », le champ lexical le plus fréquemment cité était celui de la mort, l'autre celui lié aux traitements et effets secondaires. Il apparaît à travers ces enquêtes que les patient.e.s associent la question du cancer à un imaginaire et des représentations fortes. Ils et elles se construisent autour de leurs expériences personnelles, et à travers les médias. Ainsi, chacun.e construit sa propre représentation du cancer à l'aune de son expérience personnelle, ou approchée. Comment les dépistages de masse en général sont-ils vécus en lien avec les représentations des patient.e.s autour du cancer ?

3.1 Le Plan cancer : accompagner un diagnostic de cancer

La question se pose d'autant plus que le Plan cancer prévoit un accompagnement particulièrement détaillé. En 1998 puis en 2000, les premiers États généraux organisés par les malades du cancer et de leurs proches de la Ligue contre le cancer ont eu lieu. La principale revendication portait sur l'amélioration des conditions d'annonce du diagnostic et l'émergence d'un projet thérapeutique (48). De même, dans le rapport de la Commission d'orientation sur le cancer, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) indiquait que l'amélioration de la qualité du système de soins devait se faire par des mesures structurelles fortes. La circulaire du 22 février 2005 mettait en avant les « principes d'une prise en charge de qualité pour un.e patient.e atteint.e de cancer », et fixait l'objectif d'un « accès rapide au diagnostic » et la nécessité de « conditions d'annonce du cancer organisées ». La recherche de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de la maladie avait également été intégrée dans le cadre des mesures 39 à 41 du Plan cancer 2003-2007, mis en application par l'Institut national du cancer (INCa). Celles-ci visaient à « donner l'accès à l'information pour que les patients qui le souhaitaient puissent être acteurs de

leur combat contre la maladie » et, lors de leur dernier rassemblement (le 28 octobre 2004), les États généraux des malades du cancer et de leurs proches avaient émis une proposition visant à « généraliser le dispositif d'annonce ».

Ce dispositif d'annonce a pour objectif de garantir le respect de certaines procédures dans le but d'atténuer le choc de la nouvelle, et de mettre en place de façon optimale la suite des traitements. Il oblige à une prise en charge globale des patient.e.s par le respect de quatre temps : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, un accès à une équipe impliquée dans les soins de support, et un temps d'articulation avec la médecine de ville. De fait, ce dispositif organisationnel souligne la nécessité que le diagnostic et l'annonce de la maladie soient systématiquement repris par les différents acteurs de santé. Le temps médical correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic de cancer, et le temps d'accompagnement doit permettre « au malade ou à ses proches d'accéder, selon leur choix, à des soignants disponibles à cet effet, qui écoutent, reformulent, donnent de l'information ». Antoine Spire écrit dans son article *L'annonce en cancérologie* (49) « L'évolution présente de la médecine scientifique, où la passion de savoir prime sur la sollicitude et l'allègement du désarroi, nous convie à nous interroger sur la finalité du rapport médecin-malade : faire seulement avancer la science ? »

Cette réflexion amène à s'interroger sur l'approche du dépistage, et la communication associée en direction des patient.e.s. Est-il préférable d'augmenter la survie des patient.e.s, et la couverture nationale de la population par le dépistage au prix d'une anxiété importante des patient.e.s, qui reste parfois présente longtemps après l'événement ? Comment ne pas faire plus de mal que de bien à une personne qui se présente en consultation en bon état de santé (« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » définition de l'OMS).

3.2 le dépistage : une machine à produire de l'anxiété

Afin d'étayer ce propos, on peut reprendre la brochure réalisée par le Nordic Cochrane center en 2008 (50). Après avoir réalisé une synthèse de différentes études randomisées, il résumait leur conclusion ainsi : Il peut être raisonnable de participer au dépistage du cancer du sein par mammographie, mais il peut être tout aussi raisonnable de ne pas s'y soumettre, parce que ce dépistage présente à la fois des bienfaits et des dommages. Si 2000 femmes sont examinées

régulièrement pendant 10 ans, une seule d'entre elles bénéficiera réellement du dépistage par le fait qu'elle évitera ainsi la mort par cancer du sein. Dans le même temps, 10 femmes en bonne santé deviendront, à cause de ce dépistage, des patientes cancéreuses et seront traitées inutilement. Ces femmes perdront une partie ou la totalité de leur sein et elles recevront souvent une radiothérapie et parfois une chimiothérapie. En outre, environ 200 femmes en bonne santé seront victimes d'une fausse alerte. Le stress psychologique de l'attente du résultat pour savoir si elles ont vraiment un cancer et celui de la suite des soins, peut être sévère. C'est cette dernière notion qui nous intéresse particulièrement en rapport avec nos résultats. Cette fausse alerte, qui représente un temps durant lequel la patiente se projette déjà avec un diagnostic de cancer, des traitements à venir, la crainte de la mort. Il est dit dans leur étude, à propos du stress psychologique, que les femmes éprouveront de l'anxiété, du soucis, du découragement, des troubles du sommeil, des problèmes relationnels avec leur famille, leurs amis, leurs connaissances, et des changements dans leur libido. Cela peut durer des mois et à long terme, certaines femmes se sentiront plus vulnérable face à la maladie et consulteront plus souvent un.e médecin.

Dans notre étude 38,09 % des femmes qui auront un résultat anormal se projetteront déjà, seule, dans un changement radical de vie où elles deviennent « cancéreuses ». On peut aussi se poser la question de ce que ressent une femme qui ne comprend pas ces résultats, car le fait de lire les résultats anatomopathologiques peut être anxiogènes, du fait d'un langage très spécialisé. Les résultats concernant les femmes qui pensent à 40,74 % qu'un frottis anormal signe le diagnostic d'une maladie à un stade précancéreux sont plus difficiles à interpréter. Il est peut être expliqué en amont que les lésions provoquées par le HPV sont bien précancéreuses, et que la subtilité de la question vient du fait que ce n'est pas le frottis qui signe ce diagnostic, mais les examens complémentaires réalisés par la suite. Or ici, on peut imaginer que ces femmes sont également anxieuses en attendant les examens complémentaires, puisqu'elles sont convaincues d'avoir un diagnostic de « précancer ». Ces 40,74 % de patientes en attendant les examens complémentaires vont pour beaucoup présenter les signes d'anxiété mis en évidence auparavant. On note également que 52,05 % des personnes interrogées ne pensent pas qu'un frottis anormal signifie une maladie au stade précancéreux. Nous avons essayé d'étayer ces résultats, afin de savoir si ces personnes pensaient plutôt que cela signifiait une maladie au stade cancéreux ou bien qu'on ne pouvait conclure à ce stade-là. Parmi les 38 personnes, soit 52,05 % des participantes, seule deux personnes disait que cela était en faveur d'une maladie au stade cancéreux. Les autres répondaient qu'on ne pouvait rien conclure et qu'il fallait pratiquer un examen complémentaire. Cela montre que la moitié des participantes associait le FCU à un examen de première intention qui ne posait pas de diagnostic. Pour cette partie des patientes, il semble qu'une information les prépare au fait de ne pas

recevoir les résultats comme un diagnostic définitif, mais bien comme une première étape dans un processus de prise en charge médical.

A l'heure où l'on met en place – à raison – un Plan cancer pour accompagner les patient.e.s dans leur prise en charge de la maladie, il est paradoxal que 38,35% des patientes qui considèrent un frottis anormal comme une annonce de cancer, soit laissées seules face à cette interprétation erronée. Il n'est pas question dans cette étude de construire un protocole complet et détaillé sur le modèle du Plan cancer, mais bien d'éviter cette interprétation erronée de patientes qui considèrent qu'un frottis anormal est une annonce de cancer. Afin d'éviter les écueils du dépistage individuel mis en évidence ci-dessus, avec la synthèse des études sur le dépistage par mammographie nous pouvons évoquer quelques mesures pratiques à mettre en œuvre, que nous développerons dans la partie perspectives et améliorations.

II) OBJECTIFS SECONDAIRES

1. Ce que dépiste un frottis : connaissances mises en évidence

1.1 Résultats

À la partie « ce que dépiste un frottis », les participantes pensent à 89,04 % que le frottis dépiste la présence de cellules modifiées par le papillomavirus. À la seconde question, 61,64 % des personnes pensent que le frottis dépiste la présence de différentes IST . Ces personnes ont un degré de connaissances en moyenne de 67,44 %, ce qui est important. Les 31,51 % qui ne pensent pas que le frottis dépiste différentes IST ont un degré de certitude à peine supérieur à 50 %. Et enfin à la question, le frottis dépiste-il la présence d'une mycose, 68,49 % des participantes répondent oui, avec une moyenne de certitude à 75,31 % (certitude très forte). 28,77 % qui ne pensent pas qu'un frottis serve à dépister une mycose ont un confiance à peine supérieur à 50 % (56%)

Il est intéressant de mettre en évidence le fait que 31 des personnes interrogées ont répondu que le frottis dépistait à la fois la présence de cellules modifiées par l'HPV, différentes IST et la présence d'une mycose, soit 42 % des personnes ayant participé à l'étude. Le choix de ces questions amène en soit une controverse. Il est possible à la lecture d'un frottis, de mettre en évidence la présence de *Gardnarella Vaginalis*, qui est considérée comme une infection uniquement en cas de mise en évidence de symptômes. La présence d'une mycose peut être mise en évidence sur le frottis,

en visualisant les filaments de Candida mais ce n'est pas l'examen de référence réalisé lors de la recherche d'une mycose vaginale. Ce qu'on peut mettre en évidence à travers ces réponses c'est la confusion qui existe autour du terme frottis, et donc de la confusion potentielle au moment des résultats.

1.2 hypothèse: une confusion liée à l'examen

Le Baromètre cancer 2010 a interrogé 1 514 femmes âgées de 25 à 65 ans, qui font partie de la population cible pour le dépistage des CCU (12). Les résultats de cette enquête montrent une couverture très supérieure à celle mise en évidence par les données de l'Assurance Maladie (56,6 % pour les années 2006-2008) : 94,9 % ont déclaré avoir pratiqué un FCU au cours de leur vie, et pour 81,4 % de ces femmes interrogées, cet examen a eu lieu il y a moins de 3 ans. Certes il existe des biais à ces résultats : données du Régime général uniquement, femmes immatriculées en double, examens impayés (les pathologistes évaluent entre 1 et 3 %, le nombre de dossiers de frottis impayés), absence d'envoi de la feuille de soins à l'Assurance maladie, et surtout frottis lus dans un service hospitalier. Mais cela n'explique pas les 25 points de différences entre ce qui est déclaré par les femmes interrogées, et ce que les données officielles nous rapportent.

Dans notre étude, 76,71 % déclarent savoir à quoi sert un FCU. Mais 42 % des femmes interrogées répondent que le FCU dépiste des cellules modifiées par le HPV, différentes IST et la présence de mycose. Cela montre qu'une certaine confusion existe. Cette idée de confusion est renforcée par le fait que les personnes qui ne pensent pas que le FCU serve à dépister différentes IST ou une mycose sont peu sûres d'elles. Ces résultats semblent cohérents avec d'autres études. Une étude réalisée au Royaume Uni par Howard et al. montrait que sur 94 personnes interrogées, 67 % ne différenciait pas un FCU d'un examen pelvien (51). Une autre étude randomisée américaine avec la même méthodologie, montrait que 68,5 % des participant.es choisissaient comme synonyme de FCU, « l'examen pelvien » (52). Une autre enquête montrait que parmi un échantillon d'adolescentes, dans une étude quantitative, 80 % d'entre elles cochaient « dépistage des IST » et « examen pelvien » comme synonyme de FCU (53). Nos résultats diffèrent, avec un pourcentage moindre. Cela peut s'expliquer par le fait que notre échantillon est faible et que notre méthodologie est différente. Si pour évaluer la confusion autour du terme FCU, nous avons choisi toutes les personnes ayant répondues autre chose que « des cellules modifiées par l'HPV », nous aurions 87 % de participantes à associer le frottis à autre réponse que « des cellules modifiées par l'HPV ».

On peut former l'hypothèse que les patientes confondent prélèvement vaginal et FCU, et que

lorsqu'un prélèvement a déjà été fait pour une recherche infectieuse, ou de mycose vaginale, elle associe cela à un FCU. Il aurait été pertinent dans notre étude de demander aux patientes la différence entre un prélèvement vaginal et un FCU, ou bien de demander de décrire la pratique, afin d'évaluer la confusion existante concrètement pour les patientes. On peut supposer que les médecins ne précisent pas ce que l'on peut chercher avec un prélèvement ou un frottis. En fonction du motif de consultation de la patiente, ils ou elles réalisent un prélèvement ou un frottis, et les patientes ne savent pas, et se font leurs propres idées de ce à quoi sert l'examen qu'elles viennent d'effectuer. On peut imaginer que cela impacte même la qualité de la couverture du dépistage, car à la question « où en êtes-vous dans le dépistage du CCU ? Avez-vous fait un frottis dans les 3 dernières années ? » Une grande majorité des femmes peuvent répondre oui, alors qu'elles ont effectué un prélèvement vaginal pour une recherche bactérienne, ou pour vérifier si elles avaient une mycose. Or, lors de la dernière enquête de l'INCa sur les obstacles à la pratique de frottis pour les médecins généralistes, il était évoqué parmi d'autres freins les relations complexes avec les gynécologues (acte perçu comme réservé aux gynécologues, problème de coordination entre médecins généralistes et gynécologues) (43).

Cet absence de coordination avec le ou la spécialiste rend d'autant plus compliqué pour le ou la médecin généraliste de savoir si le frottis a réellement été réalisé dans les trois dernières années, en plus de ne pas savoir si c'est réellement ce prélèvement qui a été fait. Cela peut amener une confusion sur ce que dépiste un frottis et donc de l'inquiétude sur ce qui vient d'être dépister, mais également de fausses réassurances. Les patientes, dans notre étude, pensent à 61,64 % qu'un frottis dépiste différentes IST avec une certitude importante à 67,44 %. On peut supposer que, pratiquant tous les trois ans un FCU, avec des résultats normaux, les patientes croient être à jour dans leur dépistage. Elles peuvent par exemple, assurer à leur.e.s partenaire.e.s qu'elles n'ont pas d'IST sans avoir jamais réalisée de prise de sang pour se faire dépister. On peut élargir cette hypothèse aux personnes qui feraient un prélèvement pour une recherche de mycose.

2. Lien entre frottis et HPV : connaissances mises en évidence

2.1 Résultats

On apprend que malgré une confusion certaine, 89,04 % des personnes interrogées pensent que le frottis dépiste la présence de cellules modifiées par l'HPV, avec une certitude de leur savoir

de 68,65 %. Ces résultats sont en faveur d'une bonne connaissance du lien entre HPV et frottis. Il est confirmé par un autre résultat de notre enquête qui montre que 78,08 % des personnes interrogées pensent que le HPV peut causer des frottis anormaux, avec une certitude de leur réponse à 66,78%. 13,69 % des personnes pensent que le HPV ne peut pas causer de frottis anormaux, mais sont peu sûres d'elles, avec un degré de certitude en moyenne à 22,5 %. Cette bonne connaissance du lien entre HPV et FCU est à nouveau confirmée à la fin de notre étude. A la question l'infection à HPV est-elle un facteur de risque de CCU, 93,15 % des personnes interrogées répondent que oui, avec une confiance en moyenne de 72,5 %. Ces résultats croisés laissent supposer une connaissance avérée des personnes interrogées sur ce sujet, et donc probablement une bonne information préalable. Ce constat est renforcé a contrario par le fait que les patientes qui ignorent ce lien ne sont pas convaincues de leur savoir.

Le fait que les personnes qui ne voient pas le lien entre FCU et HPV soient peu sûres d'elles, démontre un défaut d'information dont elles ont conscience. L'information en amont dont les patientes sont peu certaines, est de ce fait plus facile à discuter, et à interroger dans l'échange. Ces résultats ne mettent pas en évidence de lien entre HPV et CCU. Ce n'était pas l'objet de notre étude, mais cela pourrait être l'objectif d'une autre étude sur les connaissances des patientes, qui n'aurait pas le prisme de l'anxiété pour objet d'étude.

Aux États-Unis, une étude a montré l'évolution des connaissances des femmes avec le temps. Il y est mis en évidence que la connaissance sur l'HPV du public a beaucoup augmenté ces dix dernières années, en lien direct avec les campagnes de promotion du vaccin contre le HPV, mais que celles sur le lien avec le CCU reste encore faible (27). La plus vieille étude sur les connaissances sur l'HPV date de 1992 (54) : 13 % des femmes qui y ont participé avaient entendu parler du HPV et 8 % d'entre elles connaissaient le lien avec le CCU. En 2000, une autre étude montrait que 28 % des personnes interrogées avaient entendu parler du HPV et 41 % d'entre elles connaissaient le lien avec le CCU (22). On peut également évaluer le lien fait par les patientes entre infection sexuellement transmissible, HPV et frottis. Dans notre étude, 33 personnes interrogées, soit 45,20 % répondent que l'HPV est une infection sexuellement transmissible, qu'elle peut causer des résultats anormaux de FCU, et que le FCU dépiste la présence de cellules modifiées par l'HPV. Cela montre une certaine conceptualisation de l'histoire naturelle de la maladie.

Les patientes ont à la fois conscience du caractère sexuellement transmissible, du lien avec le frottis, et du lien avec un résultat anormal de frottis. Nos résultats diffèrent des résultats de l'étude du Royaume-uni, qui a cherché à mettre en lumière le lien entre le caractère sexuellement transmissible de l'HPV, le frottis et le CCU(4). Dans cette étude, il était plutôt mis en évidence une

faible conscience du caractère sexuellement transmissible de l'HPV. Leur étude concluait qu'une grande partie de la population au Royaume-Uni ne faisait pas le lien entre activité sexuelle et CCU, et difficilement entre activité sexuelle et HPV. Les personnes interrogées ont plutôt une bonne connaissance du lien entre HPV et frottis, lorsque qu'on prend les résultats de la question sur le frottis qui dépiste la présence de cellules modifiées par le HPV. Mais à la lecture de la question 3, l'infection à HPV peut-elle causer des frottis anormaux, 13,70 % disent que non, avec une imprudence faible à 22,15 %. 30 % des personnes qui ne pensent pas que le HPV peut causer des frottis anormaux ont mis 0 % de degré de certitude, soit l'équivalent sur la frise de « je l'ignore » ou « absence de connaissance ». Pour la même question, 8,22 % des personnes ne se prononcent pas. Il semble donc que quasiment 20 % des personnes qui participent à l'étude ne sachent pas si l'infection à HPV peut causer des frottis anormaux. C'est davantage une absence de connaissance à ce sujet pour une partie des personnes, qu'une information erronée.

Il reste cependant à évaluer le nombre de personnes qui ont connaissance du lien entre HPV et FCU mais qui pensent qu'un vaccin les protège absolument de l'HPV et donc pensent qu'il n'y a pas besoin de recourir au dépistage une fois vaccinées. Ce n'était pas l'objet de notre étude, mais cela semble intéressant à mesurer. Une étude effectuée auprès de lycéennes d'Alpes Maritimes a montré que 63 % d'entre elles avaient entendu parler du HPV, 53 % avaient une bonne connaissance de l'HPV, et 32 % avait une bonne connaissance des IST. Les lycéennes ne considéraient pas l'HPV comme une IST, mais faisaient bien le lien entre HPV et CCU. Le rôle protecteur du vaccin contre le HPV était connu, contrairement à la nécessité du dépistage par FCU. Il était mis en évidence le fait que les campagnes de vaccination avaient certainement joué un rôle auprès des jeunes générations sur la connaissance à propos de l'HPV, et son lien avec le CCU. Mais cela avait pour conséquence de défofocaliser l'information sur le dépistage et le frottis (57).

Ces résultats sont intéressants à analyser en parallèle de notre étude, car la population n'est pas la même, et n'a pas eu la même « socialisation » médicale. On peut imaginer que suivant l'âge des femmes interrogées, les connaissances ne seraient pas les mêmes, car l'information délivrée par les soignant.s. est souvent empreinte de leurs propres représentations sur les comportements de santé de leurs patient.e.s. Il est probable que chez les femmes plus âgées, le caractère sexuellement transmissible serait moins évoqué car, au-delà des pratiques en matière sexuelle de chaque génération, les représentations des médecins sur le nombre de partenaire.s sexuel.le.s des femmes au cours d'une vie évoluent selon l'âge des patientes et sont liées à leur propres représentation de la sexualité des femmes au fil de la vie. Il aurait été intéressant de pouvoir croiser nos résultats avec l'âge des participantes, malheureusement le nombre de celles qui ont donné leur âge est trop faible

pour que l'analyse soit significative, voire même indicative.

L'étude britannique qui interrogeait un échantillon de femmes sur leur compréhension du terme « frottis cervico-utérin » montrait que 74 % des personnes interrogées étaient capable d'identifier au moins une description correcte sur celles proposées pour décrire un frottis cervico-utérin. Il était mis en évidence que ces femmes étaient en moyenne plus âgées que celles qui n'y parvenaient pas (58). Cela donne à penser une autre étude qui croiserait les résultats sur les connaissances des femmes, avec leur âge, afin d'éclairer cette hypothèse.

III) PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

Nous nous sommes posés la question de ce qui pouvait être mis en œuvre pour améliorer le message pédagogique sur l'intérêt du frottis, tout en ayant en tête de prévenir l'anxiété d'un résultat de frottis anormal.

1. Une Consultation allouée à la prévention

En cohérence avec d'autres études, une consultation allouée à la prévention, pourrait être proposée systématiquement aux personnes de moins de 30 ans (âge arrêté arbitrairement) (59). Cela permettrait d'aborder la question du dépistage et d'insister sur quelques informations jugées essentielles dans un premier temps :

- Le caractère sexuellement transmissible de l'HPV.
- Le fait que contrairement aux autres IST, le préservatif ne protège pas contre l'HPV.
- La lenteur d'évolution entre le moment où une infection à HPV se chronicise et modifie les cellules du col de l'utérus, jusqu'à ce que cela devienne un CCU.
- La fréquence de dépistage : tous les trois ans.

La mise en balance de la lenteur d'évolution et de la fréquence de dépistage devrait être soulignée pour rassurer les patientes sur l'efficacité du dispositif de prévention mis en place.

2. Conceptualiser la physiopathologie : les étapes à mettre en lien

Parmi les moyens de prévenir ce stress à la réception des résultats, il semble intéressant d'informer sur le FCU, en étayant les différentes étapes physiopathologiques du CCU. En montrant l'importance du frottis mais en abaissant le potentiel niveau d'angoisse à l'annonce d'un résultat

anormal de frottis. Dans la plupart des études réalisées sur les connaissances des femmes sur le FCU, l'HPV, le CCU, les personnes connaissent un certain nombre d'étapes du développement des lésions, mais sont rarement capables de mettre en lien leurs différentes connaissances à ce sujet. Une étude récente a été réalisée au Royaume-Uni (28), mettant en évidence l'absence de conceptualisation de l'histoire naturelle de la maladie, entraînant des fausses croyances ou des comportements ou convictions biaisées. Il a été montré, dans cette étude, que les femmes avaient des connaissances très différentes à propos de l'étiologie du CCU, méconnaissaient la relation de l'affection avec l'activité sexuelle, comme le caractère sexuellement transmissible de l'HPV. Tandis que certaines femmes comprenant que l'HPV était sexuellement transmis, étaient capables d'intégrer cela dans leur conceptualisation de l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, d'autres étaient choquées du lien entre CCU et sexualité. Les femmes étaient rassurées d'apprendre que l'HPV était commun, n'était pas responsable de symptômes en soit, pouvait rester endormi pendant des années, pouvait disparaître de lui-même. L'étude concluait que la manière dont était présentée l'information sur l'étiologie, l'HPV et le caractère sexuellement transmissible était crucial, afin de minimiser l'impact psychologique négatif d'un résultat anormal de frottis.

3. Supports visuels et graphiques

Les patientes rapportent que les supports visuels comme des graphiques, des frises avec l'évolution dans le temps, les aident à intégrer les informations. Ainsi les niveaux de connaissances avant, puis après une consultation pour un frottis ont-ils été comparés, selon que la méthode d'information employée usait d'un support graphique, d'un support vidéo, d'une colposcopie ou et une information strictement orale. Le niveau de connaissances était significativement plus élevé après une consultation avec support graphique ou vidéo. Le niveau de satisfaction des patientes était également plus marqué avec ce protocole (28). L'utilisation d'images ferait partie de facteurs qui permettraient d'obtenir un pourcentage plus important d'informations retenues à la fin d'une consultation (38).

Il pourrait être intéressant de mêler ces éléments d'efficacité avec un focus sur l'aspect temporel du développement des lésions. Cela permettrait, d'une part, de montrer l'importance du dépistage précoce, permettant la prise en charge des lésions à un stade précoce, et d'autre part, d'atténuer l'anxiété liée au risque du cancer, en montrant, à l'aide de représentations graphiques, le temps moyen avant que ne se développe une lésion cancéreuse. La patiente pouvant repartir avec cette frise conserverait une trace de l'information reçue, un support pour se remémorer l'échange et

réactiver ses connaissances nouvellement acquises.

4. Enregistrer la consultation d'information

Il a été également étudié l'intérêt d'enregistrer sur support audio la consultation d'information, avec un retour très positif des patients sur la possibilité de réécouter la consultation, lorsqu'ils, elles prenaient conscience à distance qu'ils n'avaient pas compris toutes les informations, et qu'ils leur manquaient des éléments de compréhension (62). Cette option est d'autant plus intéressante à envisager qu'aujourd'hui les nouvelles technologies rendraient possible l'enregistrement, par exemple sur son téléphone mobile, de la consultation allouée à l'information préalable. Il serait sans doute nécessaire de faire œuvre de pédagogie auprès des médecins qui se montreront, pour une part, réticents à laisser enregistrer un tel échange. C'est également la raison pour laquelle la mise en place d'un protocole de référence peut constituer une option rassurante pour accepter cette captation. Cela pose aussi une question intéressante sur le rapport que cela crée entre le médecin et le ou la patient.e : c'est lui ou elle qui détient les traces de sa consultation qui le ou la concerne et non l'inverse.

Il semble toujours plus intéressant d'annoncer les résultats en face en face (40). Sur ce point, le rôle du ou de la médecin généraliste est essentiel. Les erreurs, biais et incompréhensions peuvent être facilement corrigés à travers un commentaire des résultats effectué en présentiel. Cette approche via la médecine de ville semblerait un levier de progrès relativement aisé à mettre en œuvre si le nombre de médecins généralistes réalisant des frottis ne restait encore bas par rapport aux gynécologues. De plus, une partie significative des patientes n'a pas du tout recours, ou plus après un certain âge, au cabinet de gynécologie, tout en restant exposées aux risques de CCU. Sans remettre en cause le recours aux gynécologues, il semble donc plus réaliste – comme plus efficace en termes de santé publique - de compter sur les médecins généralistes pour proposer et organiser le suivi préventif en amont, comme pour obtenir rapidement un rendez-vous, après réception des résultats.

5. Un questionnaire en salle d'attente ?

Enfin, il nous semble que l'expérience de ce questionnaire pose la question de l'information en amont, centrée sur la personne, et sur ces connaissances. Puisque plusieurs études montrent que seulement la moitié des informations délivrées en moyenne sont retenues à l'issue d'une consultation

médicale, il semble intéressant d'évaluer quelles sont les connaissances ou croyances erronées des personnes sur le sujet, en vérifiant notamment les certitudes des patientes, et donc les représentations les plus inscrites et le degré de conviction (à tort ou à raison) des patientes.

Cela nous permet de personnaliser l'information, sans crainte d'une consultation trop chronophage. Il s'agirait alors de relire le questionnaire avec la patiente, d'analyser les réponses avec elle, et de reprendre à l'aide de schéma les différentes questions, en insistant sur les convictions erronées donc les degrés de certitude sont forts (**annexe 3**).

CONCLUSION

Le dépistage par FCU est aujourd'hui en discussion. Plusieurs programmes de dépistage organisé ont été expérimenté dans différents départements pilotes. Il est également mis en œuvre une étude afin de remplacer la cytologie par un test HPV après 30 ans, dans la région des Ardennes. Il semblait donc intéressant de se poser la question des connaissances des patientes sur le FCU et le HPV, et particulièrement les connaissances erronées qui pouvaient être à l'origine d'une anxiété avérée, lors de résultats anormaux de FCU.

Notre étude prospective, quantitative a permis de mettre en évidence une part importante de méconnaissances potentiellement à l'origine d'anxiété, puisque près de 40 % des personnes interrogées sont convaincues d'avoir une maladie au stade cancéreux, à l'annonce d'un résultat anormal de FCU. Il semble également que les personnes interrogées soient plutôt au fait que le FCU dépiste la présence de cellules modifiées par l'HPV. Néanmoins une partie importante, mais moindre, pense que le frottis dépiste également différentes IST et la présence de mycose. La moitié des personnes interrogées pensent que le frottis dépiste tout à la fois. Quasiment la moitié des patientes ayant répondu au questionnaire savent que le HPV est une IST, que ce n'est pas une infection rare et que cela peut causer des frottis anormaux, montrant une bonne conceptualisation de la maladie.

Pour toutes ces raisons, il apparaît intéressant de penser l'information en amont, afin d'éviter de laisser les patientes avec une potentielle annonce de cancer qui n'en serait pas une en cas de frottis anormal. Pour cela, une information au préalable avec des supports visuels et des frises pourrait mettre en évidence l'évolution temporelle entre la première infection au HPV et une lésion dite cancéreuse, afin de rassurer sur l'objectif du frottis tout en montrant l'intérêt du dépistage précoce. Un questionnaire type pourrait être proposé aux patientes, et corrigé avec elles, afin de personnaliser l'information. Le recours à l'échelle des degrés de certitude permettrait d'insister sur les réponses erronées recevant beaucoup de confiance, ou, au contraire, les bonnes réponses avec une degré de certitude très faible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Point sur l'épidémiologie et le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale. Volume 2009. 33^{ème} Journées Nationales Paris, 2009.
2. Institut de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances. Maladies chroniques et traumatiques. 2007.
3. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff A-S. Le cancer du col de l'utérus: état des connaissances en 2014. *Coord Sci Coord*. 2014;220.
4. Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska LM, Carli PM, Faivre J, et al. EUROCare-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94-results and commentar y. *Ann Oncol* 2003;14 Suppl 5:V61-V118.
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Saint Denis. FRA. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 2013. 54p.
6. Monsonégo J. Infections a papillomavirus Etat des connaissances. [Internet]. Paris: Springer; 2006.
7. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993 Apr;12(2):186-92.
8. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH, others. Principles and practice of screening for disease. 1968.
9. Traut HF, Papanicolaou GN. Cancer of the Uterus: The Vaginal Smear in Its Diagnosis. *Calif West Med*. août 1943;59(2):121-2.
10. RPC CE. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal Actualisation 2002. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2003;31:974–985.
11. L'Institut National du cancer (INCa). Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale, recommandations et référentiels-182p- décembre 2016.
12. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Beck F, Gautier A, Institut national du cancer (France). Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: Éd. INPES; 2012.
13. Duport N, Viguié J. Des études essentielles pour la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;13–14.
14. Beltzer N, Hamers FF, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017; (2-3):26-3.
15. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente avec un frottis cervico-utérin anormal: synthèse des recommandations. Recommandations pour la pratique clinique, septembre 2002.

16. 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. *The Lancet*. 383(9916):524-32.
17. Goulet V, De Barbeyrac B, Raherison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. *Sex Transm Infect*. juill 2010;86(4):263.
18. Schmeink CE, Bekkers RLM, LFAG Massuger, Melchers WJG The potential role of self-sampling for high-risk human papillomavirus detection in cervical cancer screening. *Rev Med Virol* 21: 139-153. ResearchGate.
19. Boulanger J-C. À propos de l'avis du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (9 mars 2007) relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2007;35(6):599–600.
20. Monsonogo J. Test HPV et dépistage du cancer du col utérin. Preuves, résistances et pratiques nouvelles. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. mai 2012;40(5):269-72.
21. START-HPV : programme pilote de dépistage organisé des lésions précancéreuses du col utérin dans les Ardennes. V Dalstein, B Charlier, J Botokeky, E Mereb, D Fabre, O Graesslin, E Rousselot-Marche, C Clavel. *Revue Francophone des Laboratoires*, Volume 2014, Issue 465, Part 2, September–October 2014, Page 9.
22. Haut conseil de la santé publique. Vaccination contre les infections à papillomavirus humain. juillet 2014.
23. HCSP. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 sept.
24. État de l'évaluation de l'efficacité des vaccins papillomavirus fin 2014 *Rev Prescrire* 2015 ; 35 (375) : 27-29.
25. Monsonogo J, Cortes J, da Silva DP, Jorge AF, Klein P. Psychological impact, support and information needs for women with an abnormal Pap smear: comparative results of a questionnaire in three European countries. *BMC Womens Health*. déc 2011;11(1).
26. Goldsmith MR, Austoker J, Marsh G, Kehoe ST, Bankhead CR. Cervical screening result communication: a focus-group investigation of English women's experiences and needs. *Qual Saf Health Care*. 1 oct 2008;17(5):334-8.
27. Tiro JA, Meissner HI, Kobrin S, Chollette V. What do women in the U.S. know about human papillomavirus and cervical cancer? *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. févr 2007;16(2):288-94.
28. ARMAND A. Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico-utérins, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus? 2016.
29. Bekkers RL, van der Donck M, Klaver FM, van Minnen A, Massuger LF. Variables influencing anxiety of patients with abnormal cervical smears referred for colposcopy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002; 23:257–61.

30. Hellsten C, Sjöström K, Lindqvist P. A prospective Swedish cohort study on psychosocial factors influencing anxiety in women referred for colposcopy*. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 4 déc 2006;114(1):32-8.
31. Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *Bmj.* 1997;314(7091):1388.
32. Finetti B de. Methods for discriminating levels of partial knowledge concerning a test item. *Br J Math Stat Psychol.* 1965;18(1):87-123.
33. Bonnet C, Gagnayre R, d'Ivernois J-F. Learning difficulties of diabetic patients: a survey of educators. *Patient Educ Couns.* 1998;35(2):139-147.
34. Leclercq D. La connaissance partielle chez le patient : pourquoi et comment la mesurer. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* déc 2009;1(2):S201-12.
35. Reach G, Zerrouki A, Leclercq D, d'Ivernois J-F. Adjusting insulin doses: from knowledge to decision. *Patient Educ Couns.* janv 2005;56(1):98-103.
36. PALACIOS, Christa, Mémorisation des conseils de santé par les voyageurs visitant ami et proche en Afrique Sub-Saharienne. Etude quantitative en médecine du voyage au CHU Avicenne."thèse de médecine générale, sous la direction de BOUCHAUD Olivier, Université Paris Diderot-Paris 7, octobre 2013.
37. Thangarajah F, Einzmann T, Bergauer F, Patzke J, Schmidt-Petruschkat S, Theune M, et al. Cervical screening program and the psychological impact of an abnormal Pap smear: a self-assessment questionnaire study of 590 patients. *Arch Gynecol Obstet.* 1 févr 2016;293(2):391-8.
38. Onyeka BA, Martin-Hirsch P. Information leaflets, verbal information and women's knowledge of abnormal cervical smears and colposcopy. *J Obstet Gynaecol.* 1 janv 2003;23(2):174-6.
39. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* mai 2003;96(5):219-22.
40. Receiving the Diagnosis of Lung Cancer: Patient Recall of Information and Satisfaction With Physician Communication - JCO.2007.13.0609.
41. Lustman M, Vega A, Noc YL, Vallée J-P. Cancer du col de l'utérus. Regards croisés sur le dépistage Première partie : quels sont les problèmes ? *Médecine.* 1 mars 2009;5(3):137-41.
42. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique.* 2005;17(1):109-119.
43. INCa. État des lieux du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Aspects sociologiques : freins et participations. Collection rapports et synthèses. Septembre 2007.
44. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Rev Fr Aff Soc.* 2007;(1):109-26.
45. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ Psychosom.* 2002;27(3):81-92.
46. Escoyez B, Mairiaux P. Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus: attitudes et

comportements de la population féminine liegeoise. Rev Médicale Liège. 2003;58(5):319–26.

47. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Hermens RPMG, Spreeuwenberg PMM, van den Hoogen HJM, de Bakker DH, et al. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. Eur J Public Health. 13 févr 2007;17(2):178-85.
48. La Ligue nationale contre le cancer : les onze propositions issues des 3e États généraux des malades du cancer et de leurs proches de la Ligue contre le cancer » (Oncologie, 2005, 7 : 78-83). Le point en question correspond à la proposition 4 : « Généraliser le dispositif d'annonce.
49. Spire A, Poinso R. L'annonce en cancérologie. Quest Commun. 1 juill 2007;(11):159-76.
50. Gøtzsche P, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Data Syst Rev 2009.
51. Howard DL, Hostetter SS, Hunter J, Johnson N, Cooper S, Malnar G. Women's Understanding of the Term 'Pap Smear'. Matern Child Health J. juill 2015;19(7):1455-63.
52. Head SK, Crosby RA, Moore GR. Pap Smear Knowledge Among Young Women Following the Introduction of the HPV Vaccine. J Pediatr Adolesc Gynecol. août 2009;22(4):251-6.
53. Blake DR, Weber BM, Fletcher KE. Adolescent and young adult women's misunderstanding of the term Pap smear. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158(10):966–970.
54. Vail-Smith K, White DM. Risk Level, Knowledge, and Preventive Behavior for Human Papillomaviruses among Sexually Active College Women. J Am Coll Health. 1 mars 1992;40(5):227-30.
55. Ragin CC, Edwards RP, Jones J, Thurman NE, Hagan KL, Jones EA, et al. Knowledge about human papillomavirus and the HPV vaccine – a survey of the general population. Infect Agent Cancer. 2009;4(Suppl 1):S10.
56. Waller J, McCaffery K, Nazroo J, Wardle J. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. Br J Cancer. 31 janv 2005;92(2):265-70.
57. Lerais I, Durant M-L, Gardella F, Hofliger P, Pradier C, Giordanengo V, et al. Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des Human Papilloma Virus (HPV), France, Alpes-Maritimes, 2009. Âge Ans. 2010;16(3):0–98.
58. Howard DL, Hostetter SS, Hunter J, Johnson N, Cooper S, Malnar G. Women's understanding of the term « Pap smear ». Matern Child Health J. juill 2015;19(7):1455-63.
59. BOUTEILLLE, Doriane, 2016, La prévention du cancer du col de l'utérus vue par les médecins généralistes: motivations et freins vis à vis de la vaccination anti-papillomavirus, et du dépistage par frottis cervico-utérin, perspectives d'amélioration. Thèse de médecine générale. Montpellier.169p.
60. Greimel ER, Gappmayer-Löcker E, Girardi FL, Huber HP. Increasing women's knowledge and satisfaction with cervical cancer screening. J Psychosom Obstet Gynecol. 1 janv 1997;18(4):273-9.

61. Kools M, van de Wiel MWJ, Ruiter RAC, Kok G. Pictures and text in instructions for medical devices: Effects on recall and actual performance. *Patient Educ Couns.* déc 2006;64(1-3):104-11.
62. van der Meulen N, Jansen J, van Dulmen S, Bensing J, van Weert J. Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. *Psychooncology.* 1 sept 2008;17(9):857-68.

ANNEXE 1

ETAT DES CONNAISSANCES DES PATIENTES SUR LE FROTTIS CERVICO UTERIN

Bonjour,

je suis étudiante en médecine générale, et je réalise actuellement une étude pour ma thèse concernant l'état des connaissances des patientes concernant le frottis cervico-utérin.

L'étude consiste à remplir un court questionnaire, il n'est pas mis en place pour vous piéger, et les résultats ne seront pas connus de votre médecin.

Le résultat reste anonyme.

Nous aimerions également que vous évaluiez votre degré de certitude associé à vos réponses. Il est important de répondre même si vous ne savez pas quoi répondre à la question.

Vous pourrez remettre le questionnaire dans l'urne situé à l'accueil, au niveau du secrétariat, une fois rempli.

un court texte afin de vous éclairer sur les réponses aux questions posées, est à disposition près de l'urne.

Je vous remercie vivement pour le temps pris pour la réalisation de ce questionnaire.

Maelc'henn Le Guennec

Acceptez vous de nous donner votre âge?

Le papillomavirus

1)l'infection à papillomavirus est-elle une infection sexuellement transmissible ? OUI /NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %



Je l'ignore(absence de connaissance)

Je suis certaine de moi (connaissance parfaite)

Si vous ignorez complètement, indiquez-le par la certitude 0 %, mais répondez quand même.

2)est-elle rare ? OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

3)peut elle causer des frottis anormaux ? OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

Le frottis cervico-utérin

4)Avez vous déjà réalisé un frottis cervico-utérin ? OUI /NON

5)Avez vous déjà eu un frottis anormal ? OUI /NON

6) savez vous à quoi sert un frottis cervico-utérin ? OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

7)Le frottis dépiste :

-des cellules modifiées par une infection à papillomavirus OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-différentes infections sexuellement transmissibles OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-la présence d'une mycose OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

8) Si vous avez un frottis anormal, pensez vous que:

-vous avez une maladie à un stade pré cancéreux OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-vous avez une maladie à un stade cancéreux OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-On ne peut rien conclure à ce stade là OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-Votre gynécologue doit faire un examen complémentaire OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

9) Parmi ces éléments, lesquels sont des facteurs de risques du cancer du col de l'utérus :

-le tabac OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-l'infection au papillomavirus OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-la mycose

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

ANNEXE 2

Le papillomavirus est un virus sexuellement transmissible, extrêmement fréquent. On considère que 80 % des jeunes filles vont contracter une infection dans les 3 à 4 ans après les premiers rapports sexuels.

Dans la plupart des cas, l'infection au papillomavirus disparaît d'elle même. Parfois elle persiste et modifie les cellules du col de l'utérus.

Les cellules modifiées peuvent également disparaître d'elles-mêmes, cependant si elles persistent, elles peuvent se multiplier et créer, plusieurs années après, un cancer du col de l'utérus.

Ce sont ces cellules modifiées que le frottis recherche, en prélevant les cellules **à un stade pré-cancéreux, c'est-à-dire avant l'évolution vers un cancer.**

Le frottis n'est qu'un examen de dépistage, il ne pose pas de diagnostic.

Un frottis anormal nécessite un autre examen complémentaire, la colposcopie avec éventuellement la réalisation de biopsies, pour faire le diagnostic.

Le frottis ne recherche pas d'autres infections sexuellement transmissibles, mais uniquement les cellules modifiées dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

le tabac est un facteur de risque de développer un cancer du col.

En France, il est recommandé au niveau national un dépistage par FCU tous les 3 ans pour toutes les femmes entre 25 et 65 ans.

ANNEXE 3

Le papillomavirus

1)l'infection à papillomavirus est-elle une infection sexuellement transmissible ? OUI /NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %



Je l'ignore(absence de connaissance)

Je suis certaine de moi (connaissance parfaite)

Si vous ignorez complètement, indiquez-le par la certitude 0 %, mais répondez quand même.

2)est-elle rare ? OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

3)peut elle causer des frottis anormaux ? OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

Le frottis cervico-utérin

4)Le frottis dépiste :

-des cellules modifiées par une infection à papillomavirus

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-différentes infections sexuellement transmissibles

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-la présence d'une mycose

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

8) Si vous avez un frottis anormal, pensez vous que:

-vous ayez une maladie à un stade pré cancéreux

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-vous ayez une maladie à un stade cancéreux

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-On ne peut rien conclure à ce stade là

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-Votre gynécologue doit faire un examen complémentaire

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

9) Parmi ces éléments, lesquels sont des facteurs de risques du cancer du col de l'utérus :

-le tabac

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-l'infection au papillomavirus

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

-la mycose

OUI/NON

Choisissez votre degré de certitude ou pourcentage de chances parmi l'un des 6 suivants :

0 % 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %.

Le Guennec Maelc'henn -Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie au CHRU de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus par autoquestionnaire. 94 p , 41 figures, 9 tableaux.
Th. : Méd. : Brest 2017

RESUME :

Rationnel : Il existe plusieurs études sur les connaissances sur le frottis cervico-utérin(FCU) et le papillomavirus(HPV) réalisées en France et en Europe. Mais il n'existe pas d'étude évaluant les connaissances erronées de patientes qui pourraient être à l'origine de leur anxiété.

Méthode : Étude prospective quantitative par autoquestionnaire parmi les patientes de consultation de gynécologie au Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Brest

Objectifs : Évaluer la certitude des patientes d'avoir une maladie au stade cancéreux à la lecture d'un résultat anormal de FCU. Déterminer les connaissances sur l'intérêt d'un FCU.

Résultats: Parmi les 73 personnes ayant participées à l'étude, 38,35 % étaient convaincues d'avoir une maladie au stade cancéreux à la lecture d'un résultat anormal de FCU. 42 % des personnes pensaient que le FCU dépistaient à la fois la présence de cellules modifiées par le HPV, la présence de différentes infections sexuellement transmissibles (IST) et la présence d'une mycose.

Conclusion : Presque 40 % des personnes interrogées pensent qu'un résultat anormal de FCU signifie une maladie au stade cancéreux. On a pu observer une certaine confusion autour du geste effectué. Les connaissances sur le HPV et son rôle dans la physiopathologie du cancer du col de l'utérus semble plutôt bien satisfaisantes.

MOTS CLES :

HPV

FROTTIS CERVICO-UTÉRIN

ANXIÉTÉ

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

CONNAISSANCES

JURY :

Président : P.MERVIEL

Membres : S . AUGET

M.COLLET

C. PAYAN

B. LE FLOCH

DATE DE SOUTENANCE :

09 novembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR :

37 rue saint Louis 31500 Toulouse

