



HAL
open science

Connaissance des femmes sur les modalités de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus

Aude Perrin

► **To cite this version:**

Aude Perrin. Connaissance des femmes sur les modalités de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01697873

HAL Id: dumas-01697873

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01697873>

Submitted on 19 Mar 2018

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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**CONNAISSANCES DES FEMMES SUR LES
MODALITÉS DE PRÉVENTION ET DE
DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

PERRIN Aude

Née le 2 avril 1991

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**CONNAISSANCES DES FEMMES SUR LES
MODALITÉS DE PRÉVENTION ET DE
DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

PERRIN Aude

Née le 2 avril 1991

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mme le Docteur Marie-Ange Grondin, directrice de mon mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et toute l'aide qu'elle m'a apportée.

Ma famille, et tout particulièrement mes parents Françoise et André Perrin, pour leur soutien et leur aide.

Mes amies, pour leur sympathie, leur soutien pendant ces cinq années et leur bonne humeur. Je garderai de ces instants un souvenir impérissable. Je pense tout particulièrement à Clémence, Mélodie, Marine, Laëtitia, Ludivine, Camille, Sophie, Barbara, Manon, Kiliane.

Mes amies de promotion, pour leur soutien et les bons moments passés ensemble.

Ma codirectrice Annick Viallon, pour ses conseils concernant la réalisation du mémoire.

GLOSSAIRE

ABIDEC-ARDOC : Association Bourbonnaise Interdépartementale de Dépistage des Cancers - Association Régionale des Dépistages des Cancers

AGC : Atypie des Cellules Glandulaires

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ASC-US : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EGB : Échantillon Général des Bénéficiaires

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Public

HPV : Human PapillomaVirus

HSIL : High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion

LSIL : Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION.....	3
REVUE DE LA LITTÉRATURE	
I.Généralités sur le Frottis Cervico-Utérin.....	5
1)Le cancer du col de l'utérus.....	5
2)Le dépistage par Frottis-Cervico-Utérin.....	6
3)Les recommandations de la Haute Autorité de Santé.....	8
II.La place de la Santé Publique dans la prévention et le dépistage.....	9
1)Historique du dépistage.....	9
2)Efficacité et poursuite de la prévention par dépistage.....	11
3)Organisation du dépistage en France et en Auvergne.....	13
III.Le Papillomavirus Humain: Facteur de risque.....	15
1)Généralités sur le HPV.....	15
2)La vaccination anti-HPV.....	17
3)Le Test HPV.....	19
MATÉRIELS ET MÉTHODES	
I.Schéma d'étude.....	22
1)Type d'étude.....	22
2)Objectifs de l'étude.....	22
3)Critères de jugement.....	22
4)Lieu d'étude.....	22
II.Echantillon et Modalités de recrutement.....	22
III.Mode de recueil de données.....	23
1)L'outil et les variables recueillies.....	23
2)Déroulement de l'étude.....	23
IV.Mode d'analyse des données.....	23
1)Les données.....	23
2)Analyses statistiques.....	24
3)Aspect éthique et réglementaire.....	24
RÉSULTATS	
I.Caractéristiques de l'échantillon.....	25
1)Diagramme d'inclusion.....	25
2)Profils des patientes.....	25
II.Connaissances.....	28
1)Connaissances sur les recommandations du dépistage du cancer du col de l'utérus.....	28
2)Connaissances sur la vaccination anti-HPV.....	29

3)Connaissances générales sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	30
III.Sensibilisation par les campagnes de prévention de Santé Publique.....	31
1)Taux de femmes sensibilisées.....	31
2)Taux de femmes actives dans la prévention.....	31
3)Raison de non participation au dépistage.....	31
IV.Analyses statistiques.....	32
1)Caractéristiques des populations « Obstétriques » et « Gynécologies ».....	32
2)Comparaison des populations en fonction du Score.....	33
DISCUSSION	
I.Limites de l'étude.....	34
1)Validité interne.....	34
2)Les professionnels.....	34
2)Les outils de l'étude.....	35
3)Les points forts de l'étude.....	36
II.Discussion des résultats de l'étude.....	37
1)Un manque de connaissances.....	37
2)Des patientes sensibilisées mais peu active.....	38
3)Points importants ressortant de l'étude.....	39
a. FCU.....	39
b. Vaccination.....	39
c. Profils des patientes.....	41
4)Comparaison avec des études précédentes.....	42
III.Projet d'action.....	43
1)Projet d'action visant la population féminine.....	43
2)Projet d'action visant la santé publique.....	44
CONCLUSION.....	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	46
ANNEXES.....	54

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le 10^e cancer le plus fréquent (8 % des cancers féminins) chez la femme en France. C'est l'un des seuls cancers pour lequel, au fil des dernières années, le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans en diminution. Malgré l'existence d'un dépistage efficace par le frottis, ce cancer gynécologique est responsable de plus de 1 100 décès par an avec une incidence estimée à 2 800 cas en France en 2015, mais encore trop souvent diagnostiqué tardivement. Le taux des femmes participant au dépistage individuel par frottis stagne à 57 % des femmes de 25 à 65 ans depuis 2006, alors que l'objectif fixé par la loi de santé publique est de 80 %. (1)

Environ 6 millions de FCU (Frottis-Cervico-Utérin) sont réalisés chaque année en France, mais seulement 10 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé (40 % des femmes sont dépistées trop fréquemment et 50 % ne le sont pas, ou trop peu). (2) Ce dépistage est encore majoritairement individuel mais sa généralisation, à l'échelle nationale est un objectif phare du plan cancer 2014-2019. (3)

Ce dépistage est basé sur les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) en France. Ainsi il est recommandé, depuis de nombreuses années, aux femmes de 25 à 65 ans, d'effectuer un dépistage par FCU tous les 3 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle. (4)

La première cause de cancer du col de l'utérus est l'infection par un virus, le papillomavirus humain. Cette infection est fréquente. Le HPV (Human Papillomavirus) est, la plupart du temps, éliminé naturellement par l'organisme, mais parfois l'infection persiste et peut provoquer la formation de lésions précancéreuses puis possiblement cancéreuses. Depuis 2008, une vaccination préventive est proposée pour éviter la contamination par les deux types les plus fréquemment en cause dans le cancer invasif du col de l'utérus, la souche 16 et 18. (5)

Malgré les campagnes publicitaires, les produits de santé publique (affiches, brochures...) et les informations données par les professionnels de santé, l'hypothèse de départ est que les femmes ont une connaissance incomplète de la prévention et du dépistage du cancer du col de l'utérus. Par une première étude réalisée à Clermont-Ferrand en 2010, Pauline Baldran a mis en évidence ce manque de connaissances. (6)

Il serait alors intéressant de voir, si après 7 ans et la mise en place en 2010, très peu de temps après cette étude, d'un dépistage organisé, cette hypothèse est encore attestée.

L'objectif principal de l'étude est alors d'évaluer les connaissances des femmes sur le FCU et la vaccination, dans le cadre du dépistage et de la prévention du cancer du col de l'utérus.

Un objectif secondaire est exploré, nous allons estimer la sensibilisation des femmes par les affiches et produits de santé publique.

I. Généralités sur le Frottis Cervico-Utérin

1) Le cancer du col de l'utérus

Les cancers du col de l'utérus sont principalement provoqués par des virus de la famille des papillomavirus humains (HPV). Ces virus se transmettent par voie sexuelle. En général, le corps parvient à les éliminer mais, dans certains cas, ces infections peuvent persister et provoquer des lésions au niveau de la muqueuse du col de l'utérus, susceptibles d'évoluer à terme vers un cancer. (7)

En 2015 on retrouve 2 797 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en France métropolitaine, soit 1,6 % de l'incidence des cancers chez la femme. L'âge médian au diagnostic en 2012 est de 51 ans.

On estime 1 092 décès par cancer du col de l'utérus en 2015 en France métropolitaine, soit 1,7 % des décès par cancer féminin. (8)

Candidat idéal au dépistage par son évolution lente et l'existence de nombreuses lésions précancéreuses curables, il s'agit d'un cancer pouvant potentiellement devenir, en France, une maladie rare. (9)

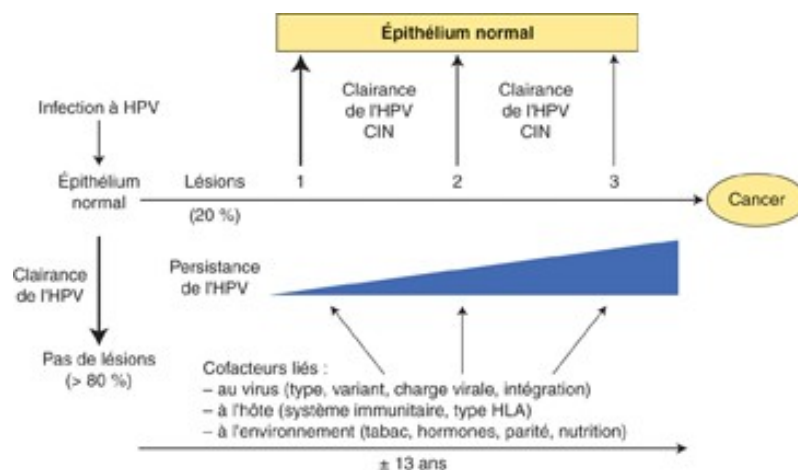


Figure 1 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. HPV : *human papillomavirus* ; CIN : *cervical intraepithelial neoplasia* ; HLA : *human leucocyte antigen* . (10)

En effet, ce cancer féminin présente deux particularités singulières, qui en font un modèle de maladie évitable par la prévention. Il est toujours précédé par des lésions pré-invasives, et cette filiation obligatoire va prendre de nombreuses années (Figure 1). C'est ce passage obligatoire par des anomalies intra-épithéliales et cette notion de longue période d'évolution précancéreuse, qui ont permis de décrire les anomalies cytologiques reconnues sur un prélèvement par FCU.

Ce dépistage a d'autant plus d'intérêt que la prise en charge des lésions précancéreuses est simple, peu morbide, et aboutit dans l'immense majorité des cas à la guérison. (10)

2) Le dépistage par Frottis-Cervico-Utérin

Deux techniques de FCU de dépistage coexistent de nos jours. Le frottis avec cytologie conventionnelle sur lame et le frottis avec cytologie en milieu liquide. Ces deux méthodes sont toutes deux validées, sur le plan de l'efficacité et remboursées par l'Assurance Maladie. (9)

La technique conventionnelle :

C'est la technique décrite par Papanicolaou, elle demeure la méthode la plus utilisée. Le prélèvement s'effectue avec une spatule d'Ayre associée à une brosse endocervicale ou une spatule d'Ayre modifiée, qui permettent de prélever à la fois au niveau de l'orifice cervical externe et au niveau de l'endocol. Cependant la brosse en plastique souple, employée principalement pour la deuxième technique, est de plus en plus utilisée. Les cellules ainsi prélevées sont étalées de façon uniforme sur une lame de microscope et fixées rapidement. Les lames préparées sont ensuite transmises au laboratoire pour leur lecture. (5)

La technique en milieu liquide ou en « couche mince » :

Cette technique consiste en un prélèvement de cellules à l'aide d'une brosse, qui est immédiatement rincée dans le flacon qui contient un conservateur cellulaire, permettant le transport de l'échantillon au laboratoire. La préparation de la lame par le laborantin permet d'éliminer une grande partie des cellules inflammatoires, du mucus et des hématies qui pourraient gêner l'interprétation.

Les cellules cibles sont ensuite étalées en couche mince permettant ainsi une interprétation plus aisée des anomalies cytologiques. (9)

Cette méthode assure une lyse des globules rouges, mais cela ne justifie pas de réaliser le frottis en période menstruelle en raison de la contamination par des cellules endométriales.

Un autre avantage de la technique est la possibilité de retourner sur les cellules résiduelles du liquide pour faire la recherche des Papillomavirus, évitant ainsi la réalisation d'un nouveau prélèvement. (11)

Le seul inconvénient serait le coût. Il est assumé par la structure du laboratoire, ce qui explique que tous les laboratoires ne peuvent pas utiliser ces techniques en milieu liquide, de plus une formation est nécessaire pour le personnel réalisant les lames. (12)

Les performances du recueil en milieu liquide, par rapport au frottis conventionnel ont été évaluées par différentes études. Certaines conclusions se rejoignent, le nombre de frottis non interprétables serait réduit par le fait que les préparations sont plus uniformes, entraînant moins de rejets et permettant une lecture plus facile des lames.

Cependant on ne peut pas établir significativement la supériorité du frottis en milieu liquide par rapport au frottis conventionnel. Selon l'évaluation de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) en 2002, la comparaison des deux méthodes a montré que le taux de détections des anomalies lésions de bas grade LSIL (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion) et lésions de haut grade HSIL (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion), ainsi que la sensibilité, apparaissait le plus souvent supérieur à ceux du frottis conventionnel, sur quelques études retenues. Mais la différence n'était pas significative et les observations ne permettaient pas de conclure quant à la spécificité. (12–14)

Ainsi un plus grand nombre d'études adaptées est nécessaire pour analyser et comparer les performances de ces deux techniques.

Le système de Bethesda 2001 est seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique. Il s'applique quelle que soit la technique du frottis. La classification de Papanicolaou doit être abandonnée car obsolète.

Cette classification (Annexe II) combine en lésion de bas grade LSIL, condylomes plans et CIN 1, et en lésions de haut grade HSIL, CIN 2 et 3. (10)

En cas de frottis anormal (ou positif), l'INCa (Institut National du Cancer) recommande de poursuivre les investigations (frottis cervico-utérin de contrôle, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation diagnostique, test HPV, biopsie) souvent accompagnées d'un examen histologique pour établir le diagnostic. Ces recommandations, actualisées en décembre 2016, s'inscrivent dans la mise en œuvre du plan cancer 2014-19. (15–17)

3) Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

En France, il est recommandé de réaliser un FCU à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, tous les 3 ans après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle chez les femmes asymptomatiques. (18)

Ces recommandations s'appuient sur la conférence de consensus de Lille de 1990 et sur les publications successives de l'ANAES. (19,20)

Avant l'âge de 25 ans, les modifications des cellules du col peuvent être possibles, mais les cancers invasifs du col de l'utérus sont extrêmement rares. Ainsi les données scientifiques suggèrent que le dépistage peut commencer à 25 ans. (21) De plus les lésions potentiellement évolutives sont encore dépistables à cet âge, et celles qui sont destinées à guérir spontanément ne seront plus source d'angoisse. (22–25) Les femmes les plus jeunes n'ont ainsi pas besoin de subir des investigations et des traitements inutiles. Cependant des exceptions avec frottis dès 20 ans sont réalisables lorsque la sexualité commence très tôt, comme par exemple en Guyane. L'âge de 25 ans a aussi été choisi en référence à des relations sexuelles débutant vers l'âge de 17 ans.

Les femmes âgées de 65 ans et plus qui ont eu trois frottis normaux ne sont plus invitées à participer au dépistage systématique. L'évolution et la progression naturelle du cancer du col sont telles que la survenue de cette maladie chez ces femmes est hautement improbable. (26)

Ces recommandations ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population. (27)

Cependant les taux de couverture de dépistage par le FCU ne sont pas optimaux. Ils diffèrent beaucoup en fonction des études.

Le Baromètre cancer 2010 a interrogé un groupe de femmes âgées de 25 à 65 ans, qui font partie de la population cible pour le dépistage des cancers du col utérin. Environ 95 % d'entre elles, déclarent avoir bénéficié d'un dépistage par FCU au cours de leur vie et pour environ 81 % de ces femmes, il a été réalisé dans les trois dernières années. (28) Les résultats de cette enquête montrent un taux de couverture très supérieur à celui estimé d'après les données de l'Assurance maladie: celles-ci, publiées par la HAS en 2010 et issues de l'Échantillon général des bénéficiaires (EGB), évaluent ce taux à 56,6% pour les années 2006-2008. (4,29)

Une autre étude en parallèle a été réalisée par l'Enquête Santé et Protection Sociale en 2008. Cette dernière a montré des taux de couverture semblables à ceux du Baromètre cancer 2010 (74 % des femmes). (30)

Concernant l'intervalle entre deux frottis, l'étude rapporte un suivi le plus fréquemment bisannuel, puis annuel, et malheureusement très peu trisannuel. (28) De même, dans l'étude barométrique INCa/BVA éditée par l'INCa en septembre 2009 sur les connaissances et pratiques déclarées quant au dépistage des cancers, la majorité des femmes interrogées déclare que le frottis doit être réalisé une fois par an (51%), ou une fois tous les deux ans (31%). (31)

Devant cette méconnaissance des rythmes de suivi pour ce dépistage, il paraît nécessaire de renforcer la communication autour des recommandations de la HAS.

II. La place de la Santé Publique dans la prévention et le dépistage

1) Historique du dépistage

Le dépistage par Frottis-Cervico-Utérin est apparu en France dans les années 1960. Il a connu cependant une diffusion anarchique et non contrôlée, reposant à la fois sur des demandes et sur des initiatives locales.

En effet de nombreuses patientes se représentaient le résultat comme un brevet général de bonne santé gynécologique et demandaient la répétition des ces examens.

Tandis que pour des personnes plus réfractaires ou qui ne connaissaient pas ce dépistage, certaines entreprises proposaient à leur personnel féminin un FCU, lors de visite à la médecine du travail, en échange de temps de repos. Ce peut-être un des premiers exemples de dépistage de masse. (32)

Ainsi il est apparu que cet outil était mal utilisé avec un dépistage excessif de certaines et un mauvais accès au dépistage des femmes de conditions modestes, pouvant être les plus à risques. (33)

C'est en 1990, lors de la conférence de consensus de Lille que pour la première fois des recommandations nationales, concernant le rythme du dépistage du cancer du col de l'utérus, seront mises en place. Elles énoncent à l'époque un espacement de frottis égal à 3 ans, un âge de début de dépistage à 25 ans et un doublement du premier frottis après un délai d'un an pour permettre de diminuer les faux-négatifs.

Par la suite différentes Références Médicales Opposables déclaraient une diminution de l'âge de référence de 25 à 20 ans. (34) Mais les études montrent la régression de possibles lésions, l'inutilité d'investigation et de traitement source de stress ont maintenu l'âge de référence pour débiter un frottis à 25 ans. (35) Cela a permis de souligner que les bornes ne sont pas fixes et que les frottis peuvent être démarrés plus tôt chez une personne ayant débuté une activité sexuelle précocement. (33)

En 2004, l'ANAES publie une évaluation sur l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains dans le dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses de l'utérus. Il en ressortira que le Test HPV ne peut pas remplacer à lui-seul le FCU, mais il pourrait, en étant associé à ce FCU, permettre d'augmenter le temps entre la réalisation de deux dépistages. (33)

Enfin en 2010, la HAS publie les recommandations qui sont encore d'actualité aujourd'hui, elles reposent essentiellement sur les mêmes conclusions que la conférence de Lille. (27)

En ce qui concerne le dépistage au-delà de nos frontières, la plupart des pays européens recommande le dépistage entre les âges de 20 à 25 ans jusqu'à 60-65 ans. L'intervalle entre 2 tests est généralement de 3 ans, certains pays préconisant un intervalle de 5 ans. (36)

Malgré des recommandations et des avancées il réside des freins à ce dépistage. La raison majeure de refus de participation et le fait d'avoir déjà été dépisté au moins une fois, on peut retrouver aussi des réticences d'ordres culturel et économique. (4) De plus, ces freins sont aussi parfois corrélés à la réalisation de l'examen gynécologique avec lequel le FCU est souvent confondu, comme le met en avant l'étude réalisée par Julie JOUENNE. (37)

Cependant la mise en place de ce dépistage a montré son efficacité.

2) Efficacité et poursuite de la prévention par dépistage

En France, la pratique du dépistage par FCU depuis une soixantaine d'années a permis de faire passer le cancer du col de l'utérus à la 10^{ème} place des cancers féminins et à la 12^{ème} place des cancers meurtriers. Chaque année, 31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses sont dépistées sur 235 000 frottis anormaux. On estime que 90 % des ces cancers pourraient être évités grâce à un dépistage régulier. (3)

L'incidence du cancer du col de l'utérus ne cesse de diminuer depuis 1980. Le taux d'incidence standardisé a baissé en France de 2,5 % par an entre 1980 et 2012 (de 15,0 cas pour 100 000 femmes en 1980 à 6,7 en 2012). Cette baisse est cependant moindre depuis 2000. Elle n'était plus que de 1,3 % par an entre 2000 et 2012.

La mortalité du cancer du col de l'utérus diminue aussi depuis 1980. Le taux de mortalité standardisé a baissé de 3,2 % par an entre 1980 et 2012 (de 5,0 cas pour 100 000 femmes en 1980 à 1,8 en 2012). Cette baisse s'est aussi amoindrie depuis 2000. Elle n'était plus que de 2,0 % par an entre 2000 et 2012.

6 femmes sur 10 (63 %) diagnostiquées en France avec un cancer du col de l'utérus, survivent à leur cancer après 5 ans (femmes diagnostiquées en 2005-2010) ; et 6 femmes sur 10 (59 %) après 10 ans (femmes diagnostiquées en 1999-2004). La survie à 5 ans tend à diminuer au cours du temps, passant de 68 % pour les femmes diagnostiquées en 1989-1993 à 63 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010. L'hypothèse évoquée pour expliquer ce phénomène est que, grâce au dépistage, moins de cancers sont diagnostiqués au stade invasif, mais que ces derniers comportent une proportion plus importante de cancers à évolution rapide de mauvais pronostic. (1)

Cependant, le programme de dépistage en France ne s'est vraiment structuré que depuis une vingtaine d'années, mais il reste majoritairement spontané et libre. Par ailleurs l'inclusion des sages-femmes dans le programme de dépistage du cancer du col utérin dans le cadre du suivi gynécologique de prévention peut permettre d'augmenter la couverture de ce dépistage.

En effet avant 2009, la sage-femme était autorisée à pratiquer ou à prescrire un frottis cervico-utérin uniquement dans le cadre du suivi de grossesse et de l'examen postnatal.

La profession de sage-femme est définie dans le titre V du Code de Santé Publique par l'article L 4151-1. C'est une profession médicale à compétences définies par la loi. Le Ministère de la santé peut modifier ces compétences par l'intermédiaire d'arrêtés ou de décrets. (38) Et ce n'est que depuis le 21 juillet 2009 et la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire que les sages-femmes sont autorisées à réaliser des FCU lors de consultations de gynécologie de prévention, à condition d'orienter la patiente vers un médecin en cas de pathologie.

Ainsi la définition de la profession de sage-femme par l'article 4151-1 du Code de Santé Publique a été modifiée:

«L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. [...] L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique...». (39)

De plus des données ont montré que le premier facteur déterminant, dans le recours au dépistage, est d'avoir un suivi gynécologique régulier. (36) 90 % des femmes, qui ont consulté un gynécologue ou une sage-femme tous les ans, ont bénéficié d'un FCU. (40)

Par ailleurs le nombre de sages-femmes ne cesse d'augmenter. En 2015 on retrouvait 21 632 sages -femmes avec une densité de 148 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. (41)

Selon les chiffres du rapport d'activité 2014-2015 de l'ABIDEC-ARDOC, la part des frottis réalisés par des sages-femmes en Auvergne est passée de 0,5 à 4 %, entre 2010 et 2016. Le taux de FCU devrait alors continuer à augmenter en France.

Ainsi le dépistage du cancer du col de l'utérus reste encore majoritairement individuel, malgré des programmes expérimentaux de dépistage organisé mis en place dans 13 départements depuis les années 1990. Des changements peuvent être cependant à prévoir pour les années futures, car sa généralisation à l'échelle nationale est un objectif phare du Plan cancer 2014-2019. (3)

3) Organisation du dépistage en France et en Auvergne

Le dépistage organisé est un dispositif qui a pour objectif de réduire les inégalités sociales et géographiques observées en France et d'atteindre en quelques années une couverture de dépistage de 80 % des femmes, comme le fixe l'objectif de la loi de santé publique du 9 août 2004, et du plan cancer 2014-19. (3)

En France, il concerne actuellement 13 départements : l'Isère, l'Alsace (Bas-Rhin et Haut-Rhin), la Martinique puis, depuis 2009-2010, l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme, le Cher, l'Indre-et-Loire, le Maine-et-Loire, la Réunion et le Val-de-Marne ; couvrant ainsi 13,4% de la population cible des femmes de 25-65 ans. L'extension nationale est en cours depuis fin 2016, avec une régionalisation des structures de gestion (Auvergne-Rhône-Alpes pour notre région).

Une première évaluation par l'InVS (Institut de Veille Sanitaire), en 2007, a montré que, malgré une participation assez faible, le pourcentage de femmes ayant eu au moins un frottis sur une période de trois ans était plus élevé qu'en population générale. (29)

Une évaluation globale de ces programmes a été publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) du 20 mai 2014. Sur la période 2010-2012, un total de 1,33 million de femmes n'ayant pas réalisé de FCU sur prescription individuelle au cours des trois dernières années a reçu une incitation à se faire dépister. A la suite des incitations et des relances, envoyées 9 à 12 mois après une incitation non suivie d'un frottis, le taux de couverture de dépistage sur trois ans a augmenté de 13,2 points. Un an après avoir reçu une invitation ou une relance, près de 280 000 femmes ont réalisé un dépistage qu'elles n'auraient probablement pas fait sinon. (42)

Ces premiers résultats témoignent d'un impact positif du programme, avec notamment un gain significatif de couverture par sollicitation de femmes peu ou pas dépistées. Ces expérimentations sont donc prolongées durant une phase transitoire courant jusqu'à la publication du cahier des charges du programme, prévue fin 2017. (3)

En ce qui concerne l'Auvergne, une expérimentation est organisée depuis 2010. Cette mission est prise en charge par l'ABIDEC-ARDOC (Association Bourbonnaise Interdépartementale de Dépistage des Cancers - Association Régionale des Dépistages des Cancers) en tant qu'association régionale de dépistage du cancer du col utérin. Elle regroupe les structures de gestion des dépistages départementales déjà existantes (ABIDEC pour l'Allier et ARDOC pour les 3 autres départements). Sa mission est d'« expérimenter des stratégies intégrées de dépistage du cancer du col utérin », incluant les actions de prévention et d'éducation à la santé. (43)

Les principales missions des structures de dépistage sont définies dans un cahier des charges national : (44)

- Participer à la sensibilisation et à l'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans pour le dépistage organisé des cancers du sein et de l'intestin (les femmes de 25 à 65 ans pour le dépistage du cancer du col utérin).
- Gérer les fichiers des personnes concernées par le dépistage organisé, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Se charger de l'envoi des lettres d'invitation au dépistage et des relances.
- Veiller à la qualité des programmes de dépistage en lien avec les professionnels impliqués.

- Organiser l'information des professionnels de santé sur le dépistage organisé.
- Assurer un suivi qualitatif des dossiers positifs par le recueil de comptes rendus.
- Garantir les aspects réglementaires et la confidentialité.
- Accueillir, Conseiller.

Ainsi l'option auvergnate combine dépistage organisé, veille sanitaire et analyse qualité du parcours clinique. (45)

En ce qui concerne l'aménagement des dépistages organisés des cancers, ils sont gérés par des structures de gestion départementales, généralement association de loi 1901, et dirigés par un Conseil d'Administration regroupant les financeurs mais également les professionnels de santé impliqués dans le dépistage. L'Association étant financée par l'État et les Caisses d'Assurance Maladie pour les cancers du sein et du colon. Pour l'organisation du dépistage du cancer col de l'utérus, le financement reste uniquement d'État ; une possible prise en charge par l'Assurance Maladie est cependant envisagée dans l'avenir. (46)

Enfin le Plan cancer 2014-2019 s'est donné pour objectif de permettre, à chaque femme de 25 à 65 ans, l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé. Il précise qu'il s'agit d'un programme de santé publique dont l'objectif est de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus et prévoit de réduire l'incidence et le nombre de décès de 30 % à 10 ans. Il indique également que grâce à la généralisation à l'échelle nationale, l'objectif est que le taux de couverture du dépistage dans la population cible passe de 50-60 % à 80 %, et qu'il soit plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. (47)

III. Le Papillomavirus Humain: Facteur de risque

1) Généralités sur le HPV

Le papillomavirus humain ou HPV est un virus qui se transmet par voie sexuelle.

Son mécanisme d'action consiste à infecter les cellules épithéliales des muqueuses ou de la peau, par la suite le virus se transmet par la dissémination de ces cellules lors de la desquamation. On distingue les HPV à bas risque, agents de lésions bénignes, des HPV à haut risque qui sont responsables de cancers.

L'infection par ce virus est fréquente puisque 80% des femmes sont infectées au moins une fois dans leur vie. La plupart du temps, le virus disparaît spontanément. Mais, chez 10% des femmes infectées, le virus persiste pendant plusieurs années au niveau de la muqueuse du col de l'utérus et peut alors, en effet, provoquer des lésions précancéreuses, qui peuvent évoluer vers un cancer.

Il existe différents types de virus HPV. Jusqu'à aujourd'hui, les chercheurs ont identifié une vingtaine de HPV à l'origine du cancer du col de l'utérus. Parmi eux, figurent le HPV 16 et le HPV 18 qui sont impliqués dans 70% de ces cancers. (5,7)

En effet le lien de causalité entre le HPV et le cancer du col de l'utérus est aujourd'hui démontré par plusieurs études épidémiologiques. (48,49)

L'étude EDiTH quant à elle a cherché à mettre en avant les génotypes HPV les plus fréquemment observés lors de cancer invasifs. L'HPV 16 était très largement le génotype le plus fréquent avec une prévalence globale de 73 %, suivi des HPV 18 (19 %), 31 (7 %) et 33 (4 %). (50)

Ainsi les résultats des études EDiTH indiquent qu'en France, en considérant une couverture vaccinale de 100 %, un vaccin quadrivalent dirigé contre les HPV 6, 11, 16 et 18 pourrait prévenir une grande partie des cancers invasifs, des lésions de haut grade et de bas grade, ainsi que des condylomes.

Cependant cet impact potentiel correspond à une situation hypothétique optimale dans laquelle la couverture vaccinale serait maximale, les jeunes filles vaccinées n'auraient aucune infection en cours par les génotypes concernés, avec une couverture du dépistage par frottis cervico-utérin constante. (50)

La majorité des infections à HPV de la jeune femme de moins de 30 ans est donc transitoire, alors que celles observées après l'âge de 30 ans sont plus souvent persistantes et peuvent aboutir à des lésions. (51)

Ainsi, la présence instantanée des HPV au niveau du col ne signifie pas la présence d'une lésion, il peut s'agir aussi d'un portage silencieux.

À l'inverse il est clairement démontré que la persistance de l'ADN viral au-delà de 12 ou 18 mois d'intervalle est un bon indicateur lésionnel actuel ou futur. Ce phénomène est plus marqué pour l'infection HPV 16 et 18. (52)

L'infection par un papillomavirus est une cause nécessaire du cancer du col de l'utérus. Cela offre une possibilité de prévenir le développement de ces cancers en empêchant l'infection grâce à une vaccination. Cette dernière a été introduite dans le calendrier vaccinal en décembre 2006 et remboursée à partir du mois de juillet 2007. (53)

2) La vaccination anti-HPV

Ainsi deux vaccins prophylactiques contre le virus du papillome humain (HPV) sont utilisés pour la prévention du cancer du col de l'utérus :

- Gardasil® (Merck, États-Unis) est un vaccin quadrivalent contre les génotypes d'HPV 16 et 18 et les génotypes non à risque 6 et 11.
- Cervarix® (GlaxoSmithKline, Rixensart, Belgique) est un vaccin bivalent contre les HPV 16 et 18.

Récemment un nouveau vaccin a été développé : le vaccin Gardasil 9®. (54) Il a obtenu, le 10 juin 2015, l'autorisation européenne de mise sur le marché chez les filles et les garçons, selon un schéma à 3 doses à partir de l'âge de 9 ans, puis le 4 avril 2016, selon un schéma à 2 doses chez ceux âgés de 9 à 14 ans. Il contient cinq génotypes d'HPV à haut risque en plus par rapport au vaccin Gardasil®.

Le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) recommande Gardasil 9® dans les situations suivantes (55) :

- chez les jeunes filles non vaccinées antérieurement, que la vaccination soit initiée par Gardasil 9® selon le schéma à 2 doses chez celles âgées de 11 à 14 ans révolus ; à 3 doses chez celles âgées de 15 à 19 ans révolus ;

- chez les personnes immunodéprimées, que la vaccination soit initiée par Gardasil 9®.

Selon le calendrier vaccinal 2016, la vaccination contre les papillomavirus est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans. Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus. Le schéma vaccinal recommandé consiste à administrer trois doses à 0, 2 et 6 mois ou 0, 1 et 6 mois. (53,56,57)

Cependant depuis la période de la recommandation, on observe une diminution régulière de la couverture vaccinale. (58)

Tableau I : Couverture vaccinale (%) par le vaccin anti-HPV chez les jeunes filles pour une et trois doses, selon l'âge à la vaccination (date anniversaire) et la cohorte de naissance (55)

Année de naissance	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Année dès 16 ans	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Couverture 3 doses à 16 ans	22,2	28,4	27,1	24,3	18,6	16,3	13,7

Ainsi Au 31 décembre 2015, la couverture vaccinale des jeunes filles nées en 2000, pour au moins une dose, à 15 ans (mesurée à la date anniversaire) était de 20,4 %. Tandis que la couverture vaccinale des jeunes filles nées en 1999, pour trois doses, à 16 ans (mesurée à la date anniversaire) était de 13,7 %. C'est le niveau le plus bas estimé depuis l'introduction de la vaccination. D'autre part, le taux d'abandon entre la première dose (19,2 %) et la troisième dose (13,7 %) est de 28 %. (55)

La couverture vaccinale reste alors basse. Plusieurs facteurs peuvent être en cause, une politique de prévention qui ne sensibilise pas assez la population ou une appréhension par rapport à la vaccination en elle-même. (59)

Cependant le dépistage reste indispensable même si la patiente a bénéficié d'une vaccination anti-HPV. C'est la complémentarité de la vaccination et du dépistage qui permet de lutter le plus efficacement contre le cancer du col de l'utérus.

Par ailleurs, les vaccins disponibles actuellement ne protègent que contre certains virus HPV (ceux qui sont impliqués dans 70% des cancers du col de l'utérus). C'est pourquoi toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, y compris celles qui sont vaccinées, doivent faire un frottis de dépistage tous les trois ans, afin de détecter précocement d'éventuelles lésions précancéreuses et de les traiter. (5)

3) Le Test HPV

Considérant que les papillomavirus sont un agent nécessaire au développement des lésions cancéreuses et précancéreuses du col utérin et qu'il n'y a pratiquement pas de lésion significative ou à risque sans HPV, une recherche d'ADN de ces virus par un test biologique a pu être proposé. Le test HPV utilisant l'Hybrid® capture 2 ou la PCR est un test simple, reproductible et objectif. (52)

Le typage viral se fait exactement de la même manière que le FCU, lors d'une simple consultation gynécologique. Son interprétation se fait en revanche dans des laboratoires disposant des techniques spécifiques de biologie moléculaire. En effet le papillomavirus est extrêmement difficile à cultiver et la réponse aux anticorps n'est pas toujours démontrable. D'où l'utilité du dépistage de l'ADN viral à l'aide d'une méthode sensible et spécifique.

Un des tests utilisés au laboratoire est une technique d'amplification de l'ADN appelée réaction de polymérisation en chaînes. Cette technique amplifie simultanément l'ADN cible du virus HPV et l'ADN bêta-globine (témoin cellulaire) ce qui permet de contrôler la qualité de l'échantillon prélevé et de vérifier l'absence dans le prélèvement d'un inhibiteur de l'amplification (substances inhibant l'ADN polymérase) pouvant être responsable de résultats faussement négatifs. L'autre test utilisé est l'hybridation en solution avec détection luminométrique, qui repose sur une hybridation en phase liquide d'un ADN viral avec une sonde ARN complémentaire de la cible recherchée et une amplification du signal. (60,61)

Le test HPV est actuellement recommandé pour les femmes ayant un frottis équivoque ASC-US (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) ou AGC (Atypie des Cellules Glandulaires).

C'est ainsi la confrontation entre la cytologie et le résultat du test HPV qui déterminera la meilleure démarche thérapeutique à suivre, en cas de résultats de frottis présentant des anomalies de cellules des significations indéterminées et pour ce qui est du suivi d'une conisation. (62,63)

Il est aussi recommandé, à 12 mois, après une cytologie LSIL suivi d'une colposcopie satisfaisante. (64)

Cependant de nombreuses études ont été mises en place pour évaluer les différentes indications du test. L'étude randomisée HART portant sur 10 358 patientes est convaincante, aucune des patientes ASC-US - HPV négatif n'a développé de lésions. Neuf patientes qui ont développé une CIN de haut grade dans le groupe de surveillance ont eu un test HPV positif durant toute la durée de l'étude. (65) Les études de Clavel et de Schiffman confirment ces données. (66,67) Comparé à la cytologie, les auteurs concluent à une meilleure sensibilité du test HPV, alors que la spécificité est significativement plus faible. (68)

Ainsi nous disposons actuellement de preuves suffisantes pour considérer le test HPV comme méthode de dépistage de lésions pré-invasives du cancer du col de l'utérus, et pouvant potentiellement permettre de diminuer l'incidence de la mortalité liée à ce cancer. Qu'il soit utilisé seul ou couplé à la cytologie, les hautes performances du test HPV en font un outil de dépistage puissant. À terme, l'intervalle de temps entre deux dépistages pourrait même être allongé, limitant ainsi les surcoûts engendrés. (69)

Mais il demeure une résistance au changement. Ce test présente un coût élevé et pourrait entraîner de nombreuses angoisses et traitements inutiles chez les jeunes filles (avant 30 ans), chez qui ces infections génitales à HPV sont pour la plupart transitoires. (70)

Par ailleurs le test HPV peut être fait en auto-prélèvement, ceci peut faire participer les femmes qui échappent encore au dépistage. (71) Cette démarche peut permettre de vaincre deux principaux freins : la réticence vis-à-vis de l'examen gynécologique et les problèmes d'accès aux structures de dépistage (coût, démographie médicale...).

Un essai randomisé en Indre et Loire a été réalisé pour évaluer la performance d'une relance, auprès de femmes non dépistées, par le biais d'un kit d'auto-prélèvement vaginal, à la recherche de papillomavirus humain à haut risque. Les femmes étaient réparties dans trois groupes : « sans intervention », « relance par lettre » et « relance par auto-prélèvement ». La participation était plus élevée dans la population « auto-prélèvement » avec des différences statistiquement significatives entre les groupes. Les auteurs ont pu conclure que l'envoi à domicile d'un kit d'auto-prélèvement est plus efficace qu'une lettre de relance pour la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus parmi des femmes non dépistées. (72)

A contrario on peut se poser la question de l'impact de la mise en place de cet auto-prélèvement, sur le suivi gynécologique des femmes. Certaines d'entre elles pourraient ne plus se faire suivre, se demandant l'utilité réelle d'un examen gynécologique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Schéma d'étude

1) Type d'étude

Cette étude est observationnelle descriptive, transversale de prévalence et monocentrique.

2) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les connaissances des femmes sur le FCU et la vaccination dans le cadre du dépistage et de la prévention du cancer du col de l'utérus. L'objectif secondaire est d'estimer la sensibilisation des femmes par les affiches et produits de santé publique.

3) Critères de jugement

Le critère de jugement principal était alors une note sur un total de 20 points, tandis que le critère de jugement secondaire était le taux de femmes sensibilisées par les informations de santé publique.

4) Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée au niveau du service de Consultation Gynécologie-Obstétrique, d'une maternité de type III de la région Auvergne- Rhône-Alpes.

II. Echantillon et Modalités de recrutement

La population était constituée de patientes ayant bénéficié d'une consultation gynécologique ou obstétricale, dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes :

- Ont été incluses toutes les patientes qui venaient en consultation pour leur suivi gynécologique classique ou pour leur suivi obstétrical.
- Ont été exclues les patientes refusant de participer à l'étude, les patientes mineures, les patientes ne sachant pas lire ou écrire et les patientes ne comprenant ou/et ne parlant pas couramment le français.

III. Mode de recueil de données

1) L'outil et les variables recueillies

Les patientes étaient interrogées à l'aide d'un questionnaire à choix multiples, anonyme en version papier. (Annexe I)

Il était divisé en trois parties :

- Une première partie qui permettait de recueillir les connaissances des patientes par leurs réponses aux questions concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination anti-HPV (8 questions).
- Une deuxième partie qui collectait les informations pour établir le profil de la patiente (âge, parité, niveau d'étude, suivi gynécologique...) (10 questions).
- Une troisième partie qui comportait les questions sur la sensibilisation par les produits de santé publiques. (2 questions).

Une feuille d'information qui reprenait les objectifs de l'étude, était donnée aux patientes lors de la distribution du questionnaire.

2) Déroulement de l'étude

Le questionnaire était distribué à la patiente lorsqu'elle attendait en salle d'attente pour la consultation. Elle pouvait alors le remplir avant la consultation ou prendre le temps après, et le déposer dans une urne spécialement installée à cet effet, dans chaque salle d'attente.

La période de recueil des données se situe du 15 octobre au 15 décembre.2016.

IV. Mode d'analyse des données

1) Les données

Les données étaient ensuite codées et répertoriées dans un tableur Excel, pour être ensuite classées et exploitées.

En ce qui concerne les scores, c'est à dire la note sur 5 pour la partie FCU, sur 3 pour la partie Vaccination anti-HPV et donc sur 8 pour le score Total ; il était par une règle de trois ramené à une note sur 20. Note de référence qui est plus facilement exploitable car plus commune dans le système scolaire.

Un point était attribué si la réponse était exacte et pour les réponses inexacts ou absentes aucun point n'était attribué.

2) Analyses statistiques

Le logiciel utilisé est Excel pour tout ce qui est traitement tableur.

Les données statistiques ont été réalisées par l'utilisation du Test t de Student, du Test du Ki Carré et du Test de Fisher (utilisé lorsqu'au moins un des effectifs était inférieur à 5), à l'aide du site de BiostaTGV - Statistique en ligne [<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>].

3) Aspect éthique et réglementaire

Les données recueillies sont strictement anonymes.

Les personnes ne souhaitant pas faire partie de l'étude n'y étaient pas obligées.

Les accords et autorisations nécessaires pour l'étude ont été demandés et approuvés.

I. Caractéristiques de l'échantillon

1) Diagramme d'inclusion

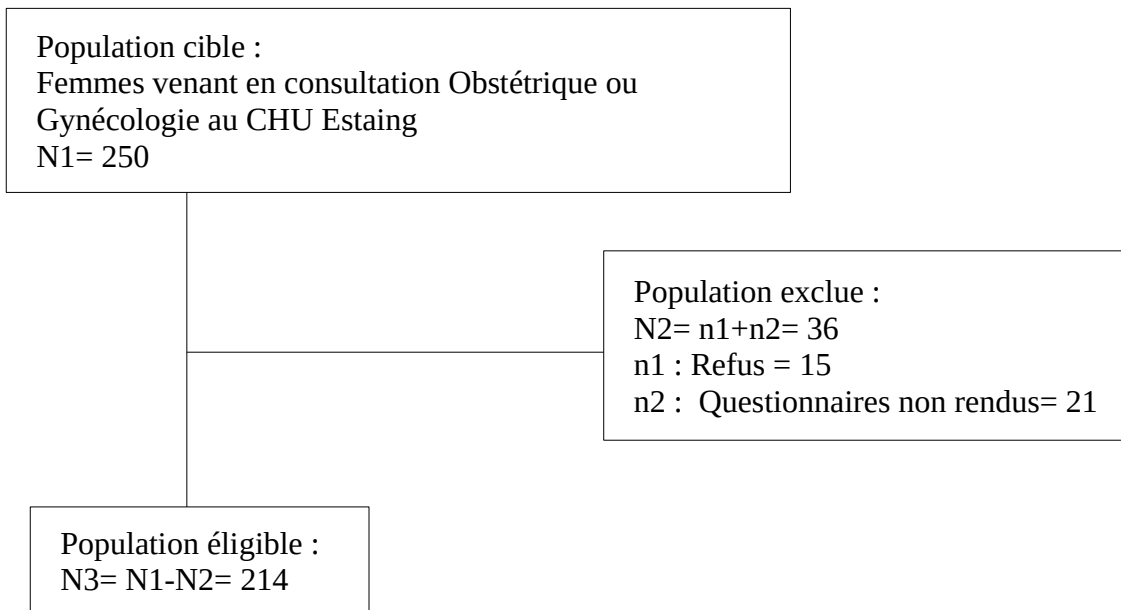


Figure 2 : Diagramme de flux de population de l'étude

Sur la durée du recueil, 250 questionnaires ont été distribués et 21 questionnaires n'ont pas été récupérés. 15 patientes ont refusé de participer à l'étude, sans raisons particulières évoquées ou par manque de temps pour la plupart.

2) Profils des patientes

L'âge moyen de la population étudiée est de 35,78 ans, [34,14 - 37,42]. Au niveau des âges extrêmes on retrouve un minimum à 18 ans et un âge maximum à 75 ans.

49,1 % patientes ont un niveau post bac (n=105). Ainsi 109 patientes (50,9%) n'ont pas fait d'études supérieures.

Au niveau de la distribution de la parité dans l'étude, on retrouve 71 nullipares (33,2%), et 143 patientes (66,8%) ont un ou plusieurs enfants.

Parmi les patientes, 93 ont une fille (43,5%), et parmi elles 49 (52,7%) ont fait ou envisagent de les faire vacciner. 30 (32,3%) ont répondu qu'elles ne savaient pas.

Ainsi 14 (15,1%) n'envisagent pas de faire vacciner leur(s) fille(s).

Tableau II : Caractéristiques générales de l'échantillon

	Moyenne (m)	Médiane(med)/IC
Age (n=214) Minimum, maximum (18,75)	35,78	33,00/ [34,14-37,42]
	Nombres (n)	Pourcentages (%)
Niveau d'étude (n=214)		
Primaire/Collège	10	4,7
CAP	47	22,0
BAC	52	24,3
DUT/DEUG/BTS	24	11,2
Licence	31	14,5
Master	41	19,2
Doctorat	9	4,2
Parité (n=214)		
Nullipare	71	33,2
Primipare	68	31,8
Multipare	75	35,0
Enfant de sexe féminin (n=93)	93	43,5

Les patientes interrogées sont venues en consultation obstétrique pour 102 (47,7%) d'entre elles, et 112 (52,3%) pour une consultation gynécologique.

Parmi elles, 172 (80,4%) ont déjà bénéficié d'un dépistage par FCU, 34 (15,9%) n'en ont jamais fait et 8 (3,7%) ont répondu qu'elles ne savaient pas.

Concernant le suivi gynécologique, 185 patientes (86,4%) sont suivies, tandis que 29 (13,6) patientes ne se font pas suivre. On retrouvait une fréquence majoritairement à une fois par an (61,6%).

Dans notre étude 155 (72,4%) patientes ont répondu ne pas avoir été vaccinées contre le HPV ; et 24 (11,2%) ont répondu ne pas savoir.

Tableau III : Caractéristiques de l'échantillon : FCU, suivi gynécologique et vaccination

	Nombres (n)	Pourcentages (%)
Type de Consultation (n=214)		
Obstétrique	102	47,7
Gynécologie	112	52,3
Proposition du FCU (n=214)		
déjà proposé	47	22,0
jamais proposé	166	77,6
ne sait pas	1	0,5
FCU effectué au moins une fois (n=214)		
oui	172	80,4
non	34	15,9
ne sait pas	8	3,7
Date du dernier FCU (n=172)		
moins de 1 an	93	54,1
moins de 2 ans	48	27,9
moins de 3 ans	21	12,2
moins de 4 ans	4	2,3
moins de 5 ans	4	2,3
ne sait plus	2	1,2
Circonstance du FCU (n=172)		
Obstétrique	31	18,0
Gynécologie	141	82,0
Suivi gynécologique (n=214)		
oui	185	86,4
non	29	13,6
Fréquence (n=185)		
tous les 6 mois	24	13,0
tous les ans	114	61,6
tous les 2 ans	34	18,4
tous les 3 ans	11	5,9
ne sait pas	2	1,1
Vaccination anti-HPV (n=214)		
patiente vaccinée	35	16,4
patiente non vaccinée	155	72,4
ne sait pas	24	11,2

Patientes envisageant vaccination pour leur(s) fille(s) (n=93)		
oui	49	52,7
non	14	15,1
ne sait pas	30	32,3

II. Connaissances

1) Connaissances sur les recommandations du dépistage du cancer du col de l'utérus

Dans cette partie, 5 questions étaient posées. On retrouvait une moyenne de 0,83 sur 5, ce qui correspond à 3,31 sur 20. La note médiane étant de 1 sur 5, et donc de 4 sur 20.

En effet, pour la majorité des patientes le FCU permet de dépister une infection et des lésions précancéreuses du col de l'utérus (81,3%) ; il doit être effectué dès les premiers rapports sexuels (47,2%), tous les deux ans (43,5%) et n'a pas de limite d'âge en ce qui concerne la fin du dépistage (57,9%).

Pour 84 patientes interrogées (39,3 %), les sages-femmes ne réalisent pas les FCU, tout comme 121 patientes (56,5 %) ne pensent pas que les médecins généralistes effectuent les FCU.

Ainsi 40 patientes (18,7%) savent que les sages-femmes, les gynécologues et les médecins généralistes peuvent exécuter un FCU.

Tableau IV : Connaissances sur les recommandations du dépistage du cancer du col de l'utérus

	Nombres (n)	Pourcentages (n)
But du FCU (n=214)		
dépister seulement une infection	3	1,4
dépister seulement des lésions précancéreuses du col utérin	27	12,6
dépister une infection et des lésions précancéreuses du col utérin	174	81,3
ne sait pas	10	4,7

A partir de quand réalisation dépistage (n=214)		
dés les premiers rapports sexuels	101	47,2
à partir de l'âge de 20 ans	35	16,4
à partir de l'âge de 25 ans	54	25,2
ne sait pas	24	11,2
Fréquence de Dépistage (n=214)		
tous les ans	55	25,7
tous les 2 ans	93	43,5
tous les 3 ans	36	16,8
tous les 5 ans	11	5,1
ne sait pas	19	8,9
Quand peut-on arrêter le dépistage (n=214)		
à la ménopause	11	5,1
à l'âge de 65 ans	20	9,3
pas de limite d'âge	124	57,9
à l'âge de 74 ans	9	4,2
ne sait pas	50	23,4
Professionnels pouvant réaliser un FCU (n=214)		
sage-femme, gynécologue, médecin généraliste	40	18,7
pas sage-femme	84	39,3
pas médecin généraliste	121	56,5
seulement gynécologue	50	23,4
infirmière	19	8,9
ne sait pas	6	2,8

2) Connaissances sur la vaccination anti-HPV

Dans cette partie 3 questions étaient posées. On retrouve une moyenne de 1,91 sur 3, donc de 12,74 sur 20 ; avec une note médiane de 2 sur 3, ce qui donne alors 13,33 sur 20.

Pour ce qui porte sur les connaissances sur la vaccination anti-HPV, la majorité des patientes comprend son utilité contre le cancer du col de l'utérus (76,6%). 41 d'entre elles pensent que plusieurs injections sont nécessaires (35%), cependant concernant cette question la majorité a répondu ne pas savoir (45,8%).

12 patientes (5,6%) pensent que la vaccination dispense d'un dépistage régulier par FCU. Ainsi la plupart des femmes interrogées (79,4%) savent qu'il est indispensable de réaliser des FCU régulièrement, même après une vaccination anti-HPV.

Tableau V : Connaissances sur la vaccination anti-HPV

	Nombres (n)	Pourcentages (%)
Pathologie visé par la vaccination anti-HPV (n=214)		
le Sida	0	0,0
l'Hépatite B	9	4,2
le Cancer du col de l'utérus	164	76,6
la Méningite	0	0,0
ne sait pas	41	19,2
Nombre d'injection pour vaccination complète (n=214)		
1 seule nécessaire	41	19,2
plusieurs injections nécessaires	75	35,0
ne sait pas	98	45,8
Vaccination dispense du dépistage par FCU(n=214)		
oui	12	5,6
non	170	79,4
ne sait pas	32	15,0

3) Connaissances générales sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus

Concernant l'ensemble du questionnaire, la moyenne générale est de 6,85 sur 20.

Tableau VI: Score des connaissances générales sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus

	Moyenne sur 20	Écart-type	Médiane sur 20	Mini - maxi des moyennes sur 20	IC à 95 %
Partie sur le FCU	3,31	3,92	4,00	0 - 16	[2,78 - 3,84]
Partie sur la vaccination anti-HPV	12,74	5,80	13,33	0 - 20	[11,96 - 13,52]
Ensemble du Questionnaire	6,85	3,36	7,50	0 - 15	[6,40 - 7,30]

III. Sensibilisation par les campagnes de prévention de Santé Publique

1) Taux de femmes sensibilisées

Une partie du questionnaire portait sur la prévention effectuée par les réseaux de santé publique. Les patientes sont considérées comme sensibilisées si elles ont vu des affiches de santé publique, des publicités à la TV, entendu des publicités à la radio ou par le personnel médical, ainsi 207 patientes sont dans ce cas (96,7%). Tandis que 7 patientes (3,3%) n'ont jamais vu ni entendu parler de ce dépistage.

2) Taux de femmes actives dans la prévention

Par la suite nous demandions aux patientes si suite à cette prévention, elles ont été actives et sont alors allées se faire dépister.

On retrouve une distribution proche de l'équilibre mais avec une majorité de réponses négatives (52,2%).

3) Raison de non participation au dépistage

Si la réponse était négative à la question précédente nous demandions s'il y avait une raison particulière.

On retrouve alors différentes raisons, les plus récurrentes sont le fait qu'elles ont déjà un suivi régulier (23,1%) ou qu'elles ont déjà bénéficié d'un FCU récemment (2,8%). Mais pour la plupart aucune raison n'a été déclarée (63%). Pour certaines c'est un manque de temps (1,9%), ou le fait qu'elles soient trop jeunes (2,8%). Certaines écrivent préférer suivre les conseils du médecin plutôt que la santé publique (0,9%). Enfin une patiente se justifie en évoquant le fait d'avoir été vaccinée contre le papillomavirus (0,9%).

Tableau VII : Sensibilisation par les campagnes de prévention de Santé Publique

	Nombres (n)	Pourcentages (%)
Patientes sensibilisées par Prévention (n=214)		
oui	207	96,7
non	7	3,3

Patientes actives dans la prévention (n=207)		
oui	99	47,8
non	108	52,2
Raison de « non dépistage » (n=108)		
pas de raison	68	63,0
suivi régulier	25	23,1
trop jeune	3	2,8
déjà fait récemment	3	2,8
pas de temps	2	1,9
vaccin Gardasil®	1	0,9
vierge	1	0,9
n'aime pas les FCU	1	0,9
trop âgé	1	0,9
suivre conseil médecin	1	0,9
pas de suivi gynécologique	1	0,9
raison personnelle	1	0,9

IV. Analyses statistiques

1) Caractéristiques des populations « Obstétriques » et « Gynécologies »

La distribution des populations Consultation Obstétrique et Consultation Gynécologique étant équilibrée (47,7 % vs 52,3%), nous avons pu établir des comparaisons.

Le tableau ci-dessous compare les deux populations en fonction des caractéristiques générales (âge, parité, niveau d'étude), puis des caractéristiques plus spécifiques (score, vaccination, suivi gynécologique...).

Tableau VIII : Comparaison des populations « obstétrique » et « gynécologie »

Caractéristiques	Obstétrique (n=102)	Gynécologie (n=112)	p-value	Total (n=214)
Age (années) (moyenne / IC à 95%)	29,53 [23,80 - 35,26]	41,46 [33,78 - 49,14]	3,33e⁻¹³	35,78 [34,14 - 37,42]
Niveau d'étude (%) :				
-études supérieures	50,0 (51)	48,2 (54)	0,79	49,1 (105)
-lycée/collège/primaire	50,0 (51)	51,8 (58)		50,9 (109)
Parité (%) :				
-Nullipare	35,3 (36)	31,3 (35)	0,53	33,2 (71)
-Primi-multipare	64,7 (66)	68,8 (77)		66,8 (143)

Score (moyenne sur 20 points) (moyenne+/- écart-type)	6,79 [5,47 - 8,11]	6,90 [5,62 - 8,18]	0,81	6,85 [6,40 - 7,30]
FCU réalisé (%) : -Oui -Non -Ne sait pas	77,5 (79) 17,7 (18) 4,9 (5)	83,0 (93) 14,3 (16) 2,7 (3)	0,53	80,4 (172) 15,9 (34) 3,7 (8)
Vaccination anti-HPV réalisée (%) : -Oui -Non -Ne sait pas	18,6 (19) 62,8 (64) 18,6 (19)	14,3 (16) 81,3 (91) 4,5 (5)	0,0015	16,4 (35) 72,4 (155) 11,2 (24)
Suivi gynécologique (%) : -Oui -Non	79,4 (81) 20,6 (21)	92,9 (104) 7,1 (8)	0,0041	86,4 (185) 13,6 (29)
Sensibilisées par produits de santé publique (%) : -Oui -Non	94,1 (96) 5,9 (6)	99,1 (111) 0,9 (1)	0,056	96,7 (207) 3,3 (7)

2) Comparaison des populations en fonction du Score

Le tableau ci -dessous compare les scores en fonction des populations.

Tableau IX : Comparaison des populations en fonction du Score

Populations	Score (moyenne sur 20 points) (moyenne)	p-value	IC à 95 %
Parité (%) : - Nullipare - Primi-multipare	6,65 6,94	0,56	[6,17 - 7,71] [6,65 - 7,77]
Niveau d'étude (%) : - études supérieures - lycée/collège/primaire	7,21 6,49	0,11	[5,90 - 7,08] [5,79 - 7,15]
Suivi gynécologique (%) : -Oui -Non	6,91 6,47	0,50	[6,42 - 7,40] [5,32 - 7,62]
Sensibilisées par produits de santé publique (%) : -Oui -Non	6,90 5,36	0,06	[6,44 - 7,36] [4,08 - 6,64]

I. Limites de l'étude

1) Validité interne

Les femmes interrogées ne sont pas forcément représentatives de la population générale. Au moins une partie d'entre elles sont déjà sensibilisées, car elles sont suivies au niveau gynécologique, et possiblement pour un suivi de FCU pathologique ; le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) Estaing étant le centre de référence pour le traitement des FCU positifs. D'autres ont pu recevoir l'invitation de l'ABIDEC-ARDOC, et bénéficier de plus de renseignements concernant le FCU. Un biais de recrutement est donc retrouvé dans cette étude.

Le questionnaire fait appel à des données déclaratives, pouvant être sujettes au biais d'anamnèse. De plus il n'a pas pu être testé avec des patientes, certaines questions pouvant être ainsi mal ou non comprises.

2) Les professionnels

Même si des recommandations nationales sont mises en place depuis de nombreuses années, les pratiques professionnelles peuvent différer. Par exemple les recommandations du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) sont très axées sur la mise en place du Test HPV en dépistage primaire. Il n'est instauré que dans certaines études pilotes bien contrôlées. Ainsi des praticiens peuvent ne pas suivre les recommandations de la HAS et être centrés sur d'autres pratiques. Cependant dans un même hôpital un protocole est souvent établi sur des accords professionnels. (73,74) Par ailleurs tous les praticiens sont en formation continue et la conduite à tenir reste personnalisée en fonction du professionnel et du contexte de la patiente. (75) Les patients ne sont pas prescripteurs, ils suivent les informations et conseils du professionnel médical qui les prend en charge.

Toujours en lien avec les professionnels, on observe que peu de gens savent que les sages-femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique de routine comprenant la pratique des FCU. Ainsi des femmes qui renonceraient à un suivi gynécologique par rapport aux délais de rendez-vous trop longs ou à la non-proximité, pourraient bénéficier de ce suivi gynécologique, si elles connaissaient les compétences des praticiens en maïeutiques. (76) En effet, dans notre étude 39,3 % des patientes interrogées ne savent pas que les sages-femmes réalisent les FCU. Une étude est actuellement en cours de réalisation cette année. Elle est établie par une collègue de promotion, qui a interrogé une population de primipares sur ses connaissances sur les compétences des sages-femmes.

3) Les outils de l'étude

Le FCU est le terme médical utilisé pour désigner l'examen réalisé pour le dépistage ; le terme couramment employé dans le langage familial est simplement « frottis ». L'expression « Frottis Cervico-Utérin » a possiblement pu troubler certaines patientes. Au cours du recueil de données, cette question a été posée par une patiente. Cette interrogation a peut-être été récurrente, mais non reposée à l'oral ni demandée par mail.

De plus une confusion a pu être établie entre le Prélèvement Vaginal et le FCU. En effet 81,3 % des patientes pensent que le FCU permet de diagnostiquer des lésions précancéreuses et aussi une infection. Une précision aurait pu être apportée dans le questionnaire ou dans un schéma en annexe.

En ce qui concerne la vaccination anti-HPV, le nombre de personnes vaccinées est bas dans l'étude, seulement 16,4 % des patientes. Gardasil® ou Cervarix® ne sont pas obligatoires, mais ils sont recommandés et font partie du calendrier vaccinal, pourtant peu de personnes se font vacciner. D'après un sondage Ipsos, seulement 52 % des Français déclarent que les vaccins présentent plus de bénéfices que de risques, c'est le taux le plus bas depuis 2012. (77) Ainsi la population devient de plus en plus réticente à la vaccination. (78)

4) Les points forts de l'étude

En ce qui concerne les points forts de l'étude, et tout d'abord la validité interne : l'échantillon est de taille importante (n=214) avec une grande variabilité (âge, situation professionnelle, parité...), ce qui renforce la puissance de l'étude.

De plus, l'enquête présente un bon taux de réponse. Il est en effet de 85,6 %.

Par ailleurs la méthode de recueil de données utilisée pour l'étude ne nous rend pas tributaires de dossiers, avec un bon ou mauvais remplissage de ces dossiers, et donc des informations fausses ou manquantes. Ce questionnaire est établi sur les recommandations pour la pratique clinique de la HAS, qui ont été choisies car ce sont des recommandations nationales admises et validées scientifiquement. (74)

Au niveau de la validité externe, le biais de recrutement peut être en partie corrigé par le fait que les patientes étaient choisies au hasard, il n'y a pas eu de sélection en fonction des données d'un dossier. Par exemple par rapport au niveau d'étude, on retrouve dans notre étude que 25,6 % des patientes, de 25 à 34 ans, ont obtenu le BAC ; ce taux est proche de celui retrouvé dans un rapport de l'Insee, datant de 2015. Si nous revenons sur notre enquête, 56 % des patientes de cette même population ont fait des études supérieures, mais le taux rapporté par l'Insee est plus bas (49,3 %). (79) Cependant la différence entre ces résultats n'est pas statistiquement significative ($p=0,86$) ; notre échantillon paraît donc représentatif concernant le niveau d'étude.

Enfin, le sujet d'étude choisi est au cœur de l'actualité. De nombreuses campagnes publicitaires ont été mises en place dernièrement. La plus récente cible les femmes âgées de plus de 50 ans, afin de faire passer le message de bien continuer le dépistage même après cet âge et/ou la ménopause. Pour un public plus jeune, l'Association Nationale des Étudiants Sages-femmes a mis en place un projet cette année, le Projet Hera. Il a été créé dans le but d'améliorer la santé des femmes, tout en mettant en avant le rôle des sages-femmes dans le suivi gynécologique de prévention. Ses missions sont basées sur l'éducation à la vie sexuelle et affective, ainsi que la prévention aux cancers gynécologiques. (80) C'est un réel thème d'actualité.

II. Discussion des résultats de l'étude

1) Un manque de connaissances

Concernant l'ensemble du questionnaire, la moyenne générale est de 6,85 sur 20. Seulement 49 patientes (22,9%) ont une note supérieure ou égale à 10, ce qui correspond à une faible partie de la population de l'étude. Aucune femme interrogée n'a répondu juste à l'ensemble du questionnaire ; les notes étant bien meilleures pour la partie vaccination anti-HPV que la partie FCU (12,74 vs 3,31). Il reste ainsi un manque de connaissances de la part des patientes. Les différentes caractéristiques étudiées ne semblent pas avoir d'influence sur le niveau de connaissances des femmes.

En effet le groupe de patientes ayant fait des études supérieures présente une moyenne générale plus haute, avec 7,21 contre 6,49 pour les patientes n'ayant pas suivi d'enseignement supérieur, mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,11$). De même, les patientes qui ont été sensibilisées par les produits de santé publique ont une meilleure moyenne (6,90) que les patientes n'ayant jamais entendu parler du FCU (5,36), mais avec une p -value supérieure à 0,05. La parité ou le fait d'avoir un suivi gynécologique ne semble pas influencer les connaissances des femmes sur le thème étudié. Cependant on ne peut exclure un manque de puissance de l'étude.

En ce qui concerne les populations « consultation obstétrique » et « consultation gynécologique », on observe un score quasiment égal (6,79 vs 6,90), avec une différence non significative. Au niveau des caractéristiques les populations diffèrent peu, environ la moitié des patientes de chaque groupe a réalisé des études supérieures. La parité est semblable dans les deux populations, il est d'environ 33% de nullipares et 65 % de primi et multipares. De même pour la sensibilisation par les produits de santé publique, il est de plus de 90 % pour les deux groupes. La réelle différence entre ces deux populations est l'âge. La moyenne pour la population obstétrique est de 29,53 ans, tandis que pour la population gynécologie il est de 41, 46 ans ($p < 0,05$); ce qui paraît logique car l'âge de procréer se situe plutôt entre 20 et 35 ans.

On pourrait se demander quelles peuvent être les raisons de ce manque de connaissances. Est ce le fait que le dépistage en France reste majoritairement spontané ? Un dépistage organisé toucherait-il plus facilement toutes les femmes ? L'information passerait alors peut-être mieux. (11)

De plus les femmes seraient alors plus intéressées, car le manque de connaissances des patientes pourrait être aussi dû à un manque d'intérêt. (81)

Il faut également prendre en compte l'angoisse suscitée par la maladie. Certaines personnes auraient tendance à ne pas vouloir savoir, pour ne pas se déclarer « malade ». Ce peut-être un facteur de non participation et de non intérêt. (3)

2) Des patientes sensibilisées mais peu actives

Les informations développées par les structures de santé publique semblent avoir une large portée, en effet le taux de femmes qui ont été sensibilisées par les produits de santé publique est de 96,7 %; ce qui correspond à 207 patientes sur un nombre total de 214 personnes. Cela représente un fort taux, les actions et les campagnes sont bien diffusées et perçues par la population. Cependant seulement une femme sur deux est retrouvée active dans le dépistage. En effet 47,8 % (n=99) des patientes (n=207) sont allées se faire dépister après avoir vu ou entendu des publicités sur le FCU. Ainsi les campagnes sont bien connues par les patientes, mais elles ne les poussent que partiellement à participer au dépistage.

Une étude a été réalisée, en Haute-Corse, sur l'efficacité d'un dépistage organisé mis en place par la Caisse primaire d'Assurance Maladie, structure pouvant participer à des actions de santé publique. Les patientes étaient sollicitées par courrier pour aller effectuer un FCU. Le travail réalisé a soulevé le problème de participation au dépistage. En effet le taux de participation et de couverture est bien en deçà des résultats espérés. Ainsi, l'action de prévention mise en place n'a pas contribué à baisser, de façon directe ou indirecte, la morbi-mortalité du cancer du col de l'utérus. Il faut cependant prendre en compte la durée de l'étude d'environ une année ; il aurait fallu conduire le travail sur un temps plus long pour conclure de façon définitive à son efficacité réelle. (82)

Ainsi il serait intéressant d'évaluer le fruit de la mise en place du dépistage organisé en Auvergne par la structure de gestion de dépistage ABIDEC-ARDOC, depuis maintenant 7 ans.

3) Points importants de l'étude

a. FCU

En France, le taux de couverture stagne entre 50 et 60 % depuis plusieurs années. Par exemple, sur la période de 2007-2009 il est de 56,6 % d'après l'EGB et, actuellement, d'environ 60 % d'après l'Institut National du Cancer. (82) Dans notre étude, nous avons retrouvé un fort taux de couverture, il est de 75,7 % (N=162).

En ce qui concerne le taux de frottis et les recommandations, on retrouve que :

- 8,7 % des FCU ont été fait à des femmes qui n'avaient pas encore 25 ans. Cependant ces derniers peuvent être justifiés, si elles ont démarré leur sexualité tôt.
- 4,7 % des patientes qui ont bénéficié d'un FCU, ne l'ont pas renouvelé au terme des trois ans.
- le délai entre les dépistages ne peut pas être vraiment déterminé. On pourrait se baser sur les réponses de l'item « délai entre deux FCU », mais il peut y avoir parfois une différence entre les intentions des patientes et leur suivi réel.

Une question concernant leur suivi personnel aurait pu être ajoutée au questionnaire, par exemple.

Dans l'étude réalisée en 2014 par Pauline Chignier au CHU Estaing, il est retrouvé un taux de FCU réalisé en dehors des recommandations de la HAS égal à 38,6 %; dont 8,6 % d'entre eux où c'est l'âge qui n'est pas respecté. (83) Ce taux est quasiment identique à celui retrouvé dans notre étude. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux populations.

b. Vaccination

Seulement 16,4 % des patientes de l'étude déclarent avoir bénéficié du vaccin anti-HPV. Ce taux très bas peut très partiellement s'expliquer par l'âge recommandé pour cette vaccination. En effet, lors de la mise sur le marché des vaccins datant de 2006 et 2008, la vaccination était recommandée pour les jeunes filles de 14 ans avec possibilité de rattrapage de 15 à 23 ans n'ayant pas encore eu de rapports sexuels ou dans la première année de la vie sexuelle. (84)

C'est pourquoi un autre taux a été calculé, il est issu d'une population de femmes âgées de 18 à 34 ans, plus représentative des personnes qui ont pu avoir accès à la vaccination. On retrouve alors un taux de 26,5 %

Actuellement le calendrier vaccinal 2016 recommande la vaccination contre les papillomavirus pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible entre 15 et 19 ans révolus.

Ainsi la moyenne d'âge des patientes de l'étude étant de 35,78 ans, lors de la parution du vaccin et de sa campagne, les patientes étaient pour la plupart trop âgées pour se faire vacciner.

La population « consultation obstétrique » étant en moyenne plus jeune (29,53 ans), le taux de personnes vaccinées pourrait être plus fort. Et les résultats concordent avec cette hypothèse. En effet on retrouve que 18,6 % des patientes venues en consultation obstétrique sont vaccinées, tandis que le taux dans la population gynécologie est de 14,3 %. La différence n'est pas très importante mais elle est statistiquement significative ($p=0,0015$).

Cependant si on refait les calculs en ciblant les patientes qui ont eu accès à la vaccination, de part leur âge, on retrouve d'autres résultats. Dans la population « consultation obstétrique » 20,99 % des femmes sont vaccinées ; tandis que pour le groupe « gynécologie », 38,89 % des patientes ont reçu le vaccin. La tendance s'inverse avec une différence statistiquement significative ($p=0,04$).

D'après l'InVS, en France, au 31 décembre 2011 le taux de vaccination anti-HPV était de 29,9 %. (53)

Par ailleurs les patientes qui ont déclaré être vaccinées, n'ont peut-être pas reçu le nombre de doses nécessaires pour une vaccination complète. C'est le désavantage d'un vaccin dont le schéma comporte plusieurs injections. Certaines patientes peuvent initier une vaccination mais ne pas la terminer. L'intitulé de la question aurait peut-être pu parler d'un nombre précis d'injection.

c. Profils des patientes

Parmi les patientes interrogées, nous observons que 86,4 % d'entre elles déclarent avoir un suivi gynécologique ; avec une fréquence retrouvée majoritairement à une fois par an (61,6%).

Ce taux est semblable à celui retrouvé dans un sondage de l'Institut BVA. Réalisé auprès de 1030 femmes, le sondage énonce que 85 % des personnes interrogées déclarent avoir un suivi gynécologique. (85) Ainsi les femmes reconnaissent la nécessité de ce suivi.

Concernant la vaccination, la majorité des patientes sait que le vaccin anti-HPV ne les exempte pas d'un dépistage régulier par FCU. Cette notion est expliquée dans la commission de transparence de la HAS en 2007, publiée suite à la diffusion du vaccin Gardasil®. (86)

En effet, 79,4 % des patientes déclarent qu'une vaccination anti-HPV ne dispense pas du suivi par FCU. Mais chez 5,6 % d'entre elles, l'information, concernant la nécessité de réaliser le dépistage malgré une vaccination, n'est pas complète et assimilée par les patientes.

Par ailleurs le schéma vaccinal anti-HPV n'est que peu connu par les patientes. La majorité des patientes dit ne pas savoir (45,8%). Tandis que 35 % d'entre elles savent que plusieurs doses sont nécessaires.

Toujours concernant la vaccination, un item du questionnaire portait sur le fait de faire vacciner sa fille ou non contre le HPV. Cette question a pu permettre de mettre en avant la confiance des patientes dans le vaccin. En effet environ la moitié des patientes de l'étude ferait vacciner leurs filles, mais 32,3 % d'entre elles restent indécises. Parmi les 52,7 % des patientes qui accepteraient une vaccination pour leurs enfants (n=49), 20,4 % ne sont pas vaccinées. Il aurait été intéressant de savoir si elles auraient souhaité elles-mêmes être vaccinées, si la décision venait d'elles ou d'un tiers (famille, tuteur...), si il y eu un changement de point de vue, quel en a pu être le moteur. Une étude dans cette optique reposerait plutôt sur une approche qualitative avec des entretiens.

4) Comparaison avec des études précédentes

Une étude similaire à la nôtre a été établie en 2014, sur une population issue de la médecine du travail du CHU de Grenoble. Réalisé par Sandy BERNARD-GRANGER (87) une étudiante sage-femme dans le cadre de son mémoire de fin de cursus, ce travail a visé une population pouvant potentiellement être plus sensibilisée au milieu médical, à la nécessité d'être suivie au niveau gynécologique et à la réalisation des frottis.

En effet on retrouve dans cette étude que 87,6 % des patientes suivies au niveau gynécologique, avec un taux de frottis égal à 84,1 %. Ces résultats sont proches de ceux retrouvés dans notre étude, respectivement 86,4 % et 80,4 %. Les différences entre ces résultats ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,83$ et $0,56$), ce qui va dans le sens d'une validité externe.

Par ailleurs le score de connaissances sur le questionnaire reprenant comme le nôtre les grandes notions du dépistage (but, délai, âge début, fin...) et de la prévention (vaccination...); est de **8,89**, ce qui reste plus important que le score de notre population qui est de **6,85**. Mais comme énoncé ci-dessus la population est issue d'un milieu médical, ce qui peut générer un biais de recrutement. De plus la différence entre ces deux scores n'est pas statistiquement significative ($p=0,64$). Malgré cette diversité de recrutement, il n'y a pas de différence entre ces deux populations, pour ce qui concerne le score.

La deuxième étude comparable à la nôtre ne concerne que la population obstétrique. C'est une étude réalisée par Pauline BALDRAN à la maternité de l'Hôtel-Dieu à Clermont-Ferrand. (6) Une partie de son travail reposait sur un entretien téléphonique, composé de différentes questions destinées à des patientes durant la période de post-partum. Il reprenait aussi les grandes notions du dépistage (but, délai). Deux questions, en commun avec notre étude, étaient retrouvées dans cet entretien semi-dirigé. Concernant le but du FCU, 46,30 % des patientes de l'étude ne savaient pas l'expliquer. Dans notre étude, 89,22 % ne connaissaient pas la réponse à cette question. Cela représente un plus fort taux mais l'intitulé de la question n'était pas exactement le même que dans notre questionnaire. Seul le nom de la pathologie semble avoir été demandé lors de l'entretien, alors que nos patientes devaient déterminer le type de trouble recherché lors du FCU, lésion ou infection.

Pour ce qui est du délai, seul 13 % des patientes ont répondu les 3 ans recommandés par la HAS, tandis que dans notre étude 21,57 % des patientes connaissaient ce délai. Un taux un peu plus important mais restant insuffisant.

Ainsi ces études viennent confirmer qu'il existe un défaut de connaissances des femmes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, et particulièrement en ce qui concerne les modalités de ce dépistage. Il y a eu cependant des progrès dans la connaissance des délais à respecter. Ce qui laisse supposer que les actions de santé publique ont servi à quelque chose malgré tout.

III. Projet d'action

1) Projet d'action visant la population féminine :

Cette étude a permis de mettre en avant le manque de connaissances des patientes sur les FCU et sur la vaccination contre le HPV. Il serait alors intéressant de proposer une action de prévention pour combler ces lacunes et surtout encourager les femmes aux dépistages et à la vaccination.

En effet si les femmes connaissaient mieux les modalités de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus, elles seraient plus participatives.

Pour ce faire plusieurs brochures ont été mises en place. La plus récente, éditée par l'INCa, regroupe les informations pertinentes pour sensibiliser les patientes sur le FCU. (Annexe III) Elle est claire et concise. C'est d'ailleurs cette dernière qui est ajoutée dans le courrier de l'invitation, que l'ABIDEC-ARDOC envoie aux femmes qui n'ont pas de FCU récent. Mais on ne peut pas savoir si les patientes vont s'intéresser à ce document, et certaines d'entre elles ne donnent pas suite à ces relances.

Afin de cibler ces femmes échappant au dépistage, on pourrait envisager une approche de ces patientes lors de leur séjour en maternité. Les étudiants sages-femmes ou les sages-femmes pourraient faire cette prévention à l'aide de cette brochure, dans les services de suite de couche.

Pour ce qui concerne la prévention du cancer du col de l'utérus, d'autres brochures ont été proposées. On retient deux d'entre elles. Une première éditée par l'INCa (Annexe IV) qui est plutôt proposée aux mères.

Et une deuxième, ciblée pour les jeunes filles et les mères, qui est publiée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). (Annexe V)

Ces dépliants expliquent les bienfaits et les notions importantes concernant la vaccination anti-HPV. Destinés aux jeunes filles à partir de l'âge de 11 ans, il serait intéressant qu'ils soient distribués au sein des collèges et lycées, afin de les informer sur l'importance de cette prévention.

Les sages-femmes participent de plus en plus aux consultations gynécologiques, en milieu libéral ou hospitalier. Mais leurs rôles ne s'arrêtent pas là. Le nombre d'interventions qu'elles effectuent au niveau des collèges et des lycées, augmentent régulièrement. Elles participent activement à la prévention. Ces brochures, accompagnées d'un résumé et d'explications, pourraient alors être distribuées au cours de leurs interventions.

Une prévention précoce nécessaire pour envisager un taux de dépistage plus important, afin de viser les générations futures.

2) Projet d'action visant la santé publique :

On pourrait imaginer une méthode de remboursement suivant les recommandations.

Un FCU réalisé selon les recommandations serait pris en charge à 100 %, tandis qu'un examen du col fait en dehors des recommandations de la HAS pourrait ne pas être remboursé. Ces dernières auraient pour but de viser les FCU surnuméraires et non pertinents ; et ainsi de diminuer le surcoût de la sécurité sociale. Tout en prenant garde de ne pas pénaliser toutes celles qui sont en suivi de FCU positifs.

CONCLUSION

Par cette étude, nous avons pu mettre en évidence un manque de connaissances de la part des patientes.

Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les populations obstétriques et gynécologiques au niveau des scores de connaissances et de la sensibilisation. Concernant la vaccination anti-HPV on retrouve, avec une différence statistiquement significative, un nombre plus important de personnes vaccinées chez les patientes venues en consultation obstétrique. Ce qui paraît logique, car la population étant en moyenne plus jeune dans cette dernière et la vaccination récente, la plupart des patientes venues en consultation gynécologique étaient trop âgées pour bénéficier d'une vaccination, cadrant avec les recommandations.

Cette étude permet aussi de se rendre compte que les informations de santé publique sont perçues par les patientes, même si par la suite ces dernières ne sont pas forcément actives. En effet 96,7 % des femmes interrogées ont entendu parler du FCU par le personnel médical, à la radio, à la télévision ou vu des affiches de santé publique ; mais cela n'a conduit que la moitié des patientes à aller se faire dépister.

Une petite impulsion, telle que les invitations envoyées par le groupe ABIDEC-ARDOC en Auvergne, peut permettre de relancer la population des jeunes femmes de plus de 25 ans qui n'ont pas réalisé de FCU depuis plus de 3 ans. Ainsi une relance personnelle peut-être la petite aide qui pourra pousser les femmes déjà sensibilisées à être active et aller se faire dépister.

Le développement du rôle des sages-femmes au sein du suivi gynécologique des patientes ne peut qu'aider à améliorer cette prévention auprès des femmes.

Ainsi le cancer du col de l'utérus se développe très lentement sur des lésions identifiables parfois jusqu'à quinze ans avant son apparition. Il est alors un bon candidat au dépistage. Toutefois il faudrait que les patientes intègrent tous les bienfaits de ce dépistage et bénéficient de plus d'informations. C'est pourquoi les organismes de santé publique ont pour principales missions de sensibiliser la population et de l'encourager à se faire dépister. Il sera intéressant de suivre les évaluations faites par Santé publique France sur le Dépistage Organisé en Auvergne, mis en place par l'ABIDEC-ARDOC.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut de Veille Sanitaire (InVS). Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [consulté le 5 avr 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
2. Chauvin P, Traoré M, Vallée J. Mobilité quotidienne et déterminants territoriaux du recours au frottis du col de l'utérus dans le Grand Paris. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(16-17):282-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_2.html
3. Institut National du Cancer (INCa). Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin [Internet]. [consulté le 6 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
4. Haute Autorité de Santé (HAS). Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Saint-Denis : HAS, 2010. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france?xtmc=&xtr=5
5. Institut National du Cancer (INCa). Facteurs de risque - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [consulté le 1 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Facteurs-de-risque>
6. Baldran P. Le dépistage du cancer du col de l'utérus lors du suivi de grossesse pratiques des professionnels et connaissances des femmes. Mémoire de fin d'Etude : Sage-femme : Clermont-ferrand; 2010.
7. Institut Pasteur. Cancer du col de l'utérus et Papillomavirus [Internet]. [consulté le 5 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>
8. Institut National du Cancer (INCa). Prevention depistage cancer col uterus. Boulogne billancourt : INCa ; juin 2013. 8p.
9. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. INVS 2008. [Internet]. [consulté le 5 avr 2017]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243
10. H. Rakotomahenina, C. Bonneau, R. Ramanah, R. Rouzier, J.-L. Brun, D. Riethmuller. Épidémiologie, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. EMC - Gynécologie 2015;11(1):1-12 [Article 605-A-15]
11. Monsonogo J. Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus. Paris: Springer; 2007.

12. Agostini A, Estrade J, Blanc B. Le frottis de dépistage: force limites et optimisation [Internet]. [consulté le 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1141
13. ANAES. Recommandations de l'Anaes. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005;34(2):166–169.
14. MUHC. Cytologie en milieu liquide pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [consulté le 10 janv 2017]. Disponible sur: http://www.etsad.fr/etsad/index_pdf.php?module=print&action=dmpdf&p1=23
15. Duport N, Serra D. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus – Guide du format des données et définitions des indicateurs de l'évaluation épidémiologique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, février 2009, 33 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
16. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale, Collection recommandations et référentiels, version interactive. Boulogne billancourt : INCa ; décembre 2016. 35p.
17. Institut National du Cancer (INCa). Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. [consulté le 9 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Juin 2013 [Internet]. [consulté le 8 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
19. Lanta S, Gondy J, Boulanger JC. Dépistage et cancer du col : l'état des lieux en France. In: CNGOF, editor. Mise a jour en gynécologie médicale. Paris: Vigot 2010:p657.
20. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal Actualisation 2002. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2003;31:974–985.
21. Moore K, Cofer A, Elliot L, Lanneau G, Walker J, Gold MA. Adolescent cervical dysplasia: histologic evaluation, treatment, and outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(2):141.e1-141.e6.
22. Sasco AJ. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Gynécologie, 605-A-10, 2002, 5p.
23. Gagnon L. Cervical Intraepithelial Neoplasia in Young Women Can Be Conservatively Managed: Presented at IPC [Internet]. [consulté le 8 août 2016]. Disponible sur: <http://www.firstwordpharma.com/node/689099>
24. MacLeod IJ, O'Donnell B, Moyo S, Lockman S, Shapiro RL, Kayembe M, et al. Prevalence of human papillomavirus genotypes and associated cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women in Botswana. J Med Virol. 2011;83(10):1689-95.

25. Castle PE, Hunt WC, Langsfeld E, Wheeler CM. Three-Year Risk of Cervical Precancer and Cancer After the Detection of Low-Risk Human Papillomavirus Genotypes Targeted by a Commercial Test: *Obstet Gynecol.* 2014;123(1):49-56.
26. Gouget B. The Potential of Cancer Screening Programmes in Europe - 2005 [Internet]. [consulté le 22 mars 2017] ; Disponible sur <http://www.ifcc.org/ejifcc/vol16no2/160206200505.html>
27. Doumont D, Deccache A. « Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus »: Quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons. *Aperçu Général Situat Eur Anglo-Saxonne UCL-RESO* [Internet]. [consulté le 22 mars 2017]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/265021001_Prevention_et_depistage_du_cancer_du_col_de_l_uterus_quelles_recommandations_pour_quelle_efficacite_tour_d_horizon_des_pays_europeens_etou_anglo-saxons_1ere_partie_Apercu_general_de_la_situation_europ
28. Beck F., Gautier A. (dir.). *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : INPES, coll. *Baromètres santé*, 2012 : 272 p.
29. Duport N, Hagurnoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. *Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation Epidémiologique Des Quatres Départements Pilotes*. Saint-Maurice : InVS ; 2007. 35p.
30. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2008 . IRDES juin 2010* [Internet]. [consulté le 8 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Esp>
31. Institut National du Cancer (INCa). *Les français face au dépistage des cancers - Synthèse des résultats de la deuxième vague de l'enquête Barométrique*. Boulogne billancourt : INCa ; janvier /février 2009. 12p.
32. Sicard A. L'introduction en France des frottis cervicaux-vaginaux. *Hist Sci Médicales.* 1997;31:255–260.
33. Blanc B. *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Springer Science & Business Media; 2006. 172 p.
34. Oncoprof. *Recommandations pour le frottis cervical* [Internet]. [consulté le 9 mars 2017]. Disponible sur: http://www.oncoprof.net/Generale2000/g03_Depistage/Index/index_dp03.php
35. Moscicki A-B, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *The Lancet.* 2004;364(9446):1678-83.
36. Haute Autorité de Santé (HAS). *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France* [Internet]. [consulté le 9 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france

37. Jouenne J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du Frottis Cervico-Utérin par les femmes non participantes au dépistage du col utérin. Thèse d'exercice : Médecine générale : Créteil ; 2014.
38. Ministère de la Santé. Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière. 2014.
39. Article L4151-1 Code de la santé publique, quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre V : Profession de sage-femme, Chapitre Ier : Conditions d'exercice, modifié par l'article 127 de Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.
40. Guthmann JP, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N, et al. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 48 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
41. Insee. Professions de santé en 2015 [Internet]. [consulté le 4 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103
42. Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(13-14-15):228-34. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_3.html
43. ABIDEC-ARDOC. Définition structure de dépistage en Auvergne [Internet]. [consulté le 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.auvergne.mutualite.fr/Partenaires/ABIDEC-ARDOC>
44. Ministère des affaires sociales et de la santé . Instruction N°DGS/SP5/2016/166 du 25 mai 2016 relative aux modalités de désignation de structures régionales de préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
45. Grondin M-A, Gaillot A, Puvinel J. Dépistage des cancers, veille et qualité des pratiques professionnelles, Clermont-Ferrand, France. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013;61:S257.
46. ARDOC. Fonctionnement campagne dépistage Auvergne [Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur: http://www.ardoc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=29
47. Barré S, Massetti M, Leleu H, de Bels F. Évaluation médico- économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):48-58.
48. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Clin Pathol. 1999;189(1):12-9.

49. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002;55(4):244-65.
50. Jacquard A-C, Denis F, Prétet J-L, Aubin F, Pradat P, Riethmuller D. Distribution des géotypes de papillomavirus humain (HPV) dans les lésions génitales en France: études EDiTH. *Bull Epidemiol Hbd*. 2009;29:313–317.
51. Wang SS, Hildesheim A. Chapter 5: Viral and Host Factors in Human Papillomavirus Persistence and Progression. *JNCI Monogr*. 2003(31):35-40.
52. Monsonogo J. A qui proposer le test des papillomavirus ? [Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1103
53. Estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires en France – 2004-2009. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, août 2010, 14 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
54. Haut Conseil de la Santé Publique. Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9® [Internet]. [consulté le 16 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=602>
55. Haut Conseil de la Santé Publique. Place du vaccin Gardasil 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains [Internet]. [consulté le 16 avr 2017]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20170210_previnfecthpvplacegardasil9.html
56. Institut de Veille Sanitaire (InVS). De nouveaux outils pour améliorer la mesure de la couverture vaccinale en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013 [Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
57. Haute Autorité de Santé (HAS). Rappel d'information sur la vaccination contre les papillomavirus humains par le Gardasil® [Internet]. [consulté le 13 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710328/fr/rappel-d-information-sur-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-humains-par-le-gardasil
58. Nicand E. Couverture vaccinale en France en 2014 : un bilan contrasté [Internet]. [consulté le 13 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/6140-couverture-vaccinale-en-france-en-2014-un-bilan-contraste>
59. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. 2016. *J Pédiatrie Puériculture*. 2016;29(2):72-126.
60. Monsonogo J. Infections à papillomavirus état des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Paris: Springer; 2006.
61. Institut de Biologie Clinique. Recherche du virus du Papillome Humain par amplification génique [Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ulb-ibc.be>

62. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).
Recommandations pour la pratique clinique. Prévention du cancer du col de l'utérus. 2007 [Internet]. [consulté le 10 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf
63. Coulomb A. Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. *Ann Pathol.* 2005;25:173–7.
64. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale, Thésaurus, Collection recommandations et référentiels,. Boulogne-billancourt : INCa ; décembre 2016. 182p.
65. Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *The Lancet.* 2003;362(9399):1871-6.
66. Clavel C, Masure M, Bory JP, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M, et al. Human papillomavirus testing in primary screening for the detection of high-grade cervical lesions: a study of 7932 women. *Br J Cancer.* 2001;84(12):1616.
67. Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, Sherman ME, Bratti M, Wacholder S, et al. HPV DNA Testing in Cervical Cancer Screening: Results From Women in a High-Risk Province of Costa Rica. *JAMA.* 2000;283(1):87-93.
68. Carcopino X, Boubli L. Dépistage primaire par test HPV: resultats des grandes etudes randomisees. Évaluation. 2008;122:428–32.
69. Wright TC, Schiffman M, Solomon D, Cox JT, Garcia F, Goldie S, et al. Interim Guidance for the Use of Human Papillomavirus DNA Testing as an Adjunct to Cervical Cytology for Screening: *Obstet Gynecol.* 2004;103(2):304-9.
70. Marc A, Annemie H, Anja D, Freija V, Julie F, Nancy T, et al. Cervical cancer screening program and Human Papillomavirus (HPV) testing, part II: Update on HPV primary screening [Internet]. [consulté le 15 avr 2017] Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015. Disponible sur:
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE__238_HP_V_DNA_Testing_Report2_.pdf
71. Haguenoer K, Giraudeau B, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, de Pinieux I, et al. Performance de l'auto-prélèvement vaginal sec pour la détection des infections à papillomavirus à haut risque oncogène dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus : une étude transversale. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014; (13-14-15):248-54. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_6.html
72. Haguenoer K, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, Fontenay R, Marret H, et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. *Br J Cancer.* 2014;111(11):2187–2196.

73. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).
Recommandations pour la pratique - Prévention du cancer du col de l'utérus
[Internet]. [consulté le 28 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_19.HTM
74. Haute Autorité de Santé (HAS). Référentiel des pratiques pour la prévention et le
dépistage du cancer du col de l'utérus. Saint-Denis : HAS, 2010 [Internet]. [consulté
le 9 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.has-
sante.fr/portail/jcms/c_998815/fr/cancer-du-col-de-l-uterus](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_998815/fr/cancer-du-col-de-l-uterus)
75. Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation des compétences des professionnels de
santé et certification des établissements de santé. Saint-Denis : HAS, 2015. 45p
[Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur: [http://www.has-
sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-
12/rapport_1_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_1_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf)
76. Ordre des sages-femmes. Référentiel sages-femmes. 2010 [Internet]. [consulté le 9
janv 2017]. Disponible sur: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-
content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf)
77. IPSOS. Un niveau de confiance dans les médicaments qui se maintient, une
défiance vis-à-vis des vaccins qui progresse [Internet]. [consulté le 27 mars 2017].
Disponible sur: [http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2016-10-24-niveau-confiance-
dans-medicaments-qui-se-maintient-defiance-vis-vis-vaccins-qui-progresse](http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2016-10-24-niveau-confiance-dans-medicaments-qui-se-maintient-defiance-vis-vis-vaccins-qui-progresse)
78. Morvan J. Vaccination contre les papillomavirus [Internet]. [consulté le 29 janv
2017]. Disponible sur: [https://www.mesvaccins.net/web/news/5358-vaccination-
contre-les-papillomavirus-le-pr-roger-salamon-reagit-aux-polemiques](https://www.mesvaccins.net/web/news/5358-vaccination-contre-les-papillomavirus-le-pr-roger-salamon-reagit-aux-polemiques)
79. Insee Références. Niveau d'éducation de la population 2015. 2016 [Internet].
[consulté le 25 avr 2017]. Disponible sur:
[https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492222/FPORSOC16m5_F5.5_educatio
n.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492222/FPORSOC16m5_F5.5_education.pdf)
80. Association Nationale Etudiants Sages-Femmes (ANESF). Présentation du projet
HERA [Internet]. [consulté le 28 mars 2017]. Disponible sur: [http://anesf.com/wp/?
page_id=6018](http://anesf.com/wp/?page_id=6018)
81. Observatoire régional de la santé de Bourgogne. Prévention des cancers
gynécologiques: quelles relations des femmes à la santé. 2004[Internet]. [consulté le
9 avr 2017]; Disponible sur: [http://www.ors-bourgogne.org/wp-
content/uploads/2013/09/Rap-freins-dep-kc-femmes.pdf](http://www.ors-bourgogne.org/wp-content/uploads/2013/09/Rap-freins-dep-kc-femmes.pdf)
82. Haflon D. Analyse de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus par
frottis cervico-utérin organisé par la Sécurité Sociale dans le département de la
Haute-Corse en 2008-2009. Thèse de Médecine : Nice; 2014.
83. Chignier P. Pertinence du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein d'un
établissement de santé. Mémoire de fin d'Etude : Sage-femme : Clermont-ferrand;
2014.

84. Gynéco online. Modifications des recommandations sur le vaccin HPV [Internet]. [consulté le 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.gyneco-online.com/gyn%C3%A9cologie/modifications-des-recommandations-sur-le-vaccin-hpv>
85. Institut BVA. Ressenti des femmes a l'égard du suivi gynécologique [Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf
86. Haute Autorité de Santé (HAS). Commission de la transparence Gardasil® [Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525559/en/gardasil
87. Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Mémoire de fin d'étude : Sage-femme : Clermont-ferrand; 2014.

Annexe I : Questionnaire

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE

CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

Bonjour, je m'appelle Aude Perrin, je suis étudiante sage-femme à l'école de Clermont-Ferrand.

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une étude s'adressant aux femmes venant en consultation dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Estaing de Clermont-Ferrand.

Mon étude porte sur **les Connaissances des femmes sur le Frottis Cervico-Utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.**

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon étude et de votre contribution à sa réalisation.

Sous la direction de Mme le Docteur Grondin Marie-Ange
Médecin coordonnateur de l'ABIDEC-ARDOC, spécialisé en Santé Publique et
Médecine Sociale

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2016-2017

Questionnaire :

Ce questionnaire est strictement anonyme.

Durée : entre 5 et 10 minutes

I/ Le Frottis-Cervico-Utérin :

1) Aujourd'hui vous êtes venue en consultation...

- Obstétrique, pour une grossesse
- Gynécologique, pour un suivi classique ou particulier
- Autre, Précisez

2) Vous a-t-on déjà proposé le Frottis Cervico-Utérin ?

- Oui
- Non
- Je viens en consultation pour cette raison

3) Avez-vous déjà effectué un Frottis Cervico-Utérin?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

4) Si oui

-De quand date votre dernier Frottis Cervico-Utérin?

- Moins de 1 an
- Moins de 2 ans
- Moins de 3 ans
- Moins de 5 ans ou plus 5 ans
- Ne sait plus

- Si oui, précisez le mois et l'année :

- Date :
- Ne sait plus

-Dans quelle circonstance l'avez-vous réalisé?

- Suivi gynécologique
- Grossesse
- Autre, Précisez

5) Selon vous, quel est le but du Frottis Cervico-Utérin? (1 réponse attendue)

- Dépister une infection seulement
- Dépister des lésions précancéreuses du Col Utérin seulement
- Dépister une infection et des lésions précancéreuses du Col Utérin
- Ne sait pas

6) A votre avis, à partir de quand il est recommandé de réaliser les Frottis Cervico-Utérin ?

- Dès les premiers rapports sexuels
- A partir de l'âge de 20 ans
- A partir de l'âge de 25 ans
- Ne sait pas

7) Après 2 Frottis Cervico-Utérin successifs normaux à un an d'intervalle, pensez-vous que le dépistage doit être fait...

- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- Tous les 5 ans
- Ne sait pas

8) Il est recommandé de se faire dépister par Frottis Cervico-Utérin ...

- Jusqu'à la ménopause
- Jusqu'à l'âge de 65 ans
- Il n'y a pas de limite d'âge
- Jusqu'à l'âge de 74 ans
- Ne sait pas

9) Selon vous, quel(s) professionnel(s) de santé peut (peuvent) réaliser un Frottis Cervico-Utérin?

- Le Médecin Généraliste
- Le Gynécologue
- La Sage Femme
- L'Infirmière
- En laboratoire
- Ne sait pas

II/ La vaccination anti-HPV (papillomavirus humains) Gardasil® ou Cervarix®):

10) Êtes vous vaccinée contre le papillomavirus (Vaccin anti-HPV (papillomavirus humains) Gardasil® ou Cervarix®)?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

11) Selon vous, le vaccin anti-HPV (Gardasil® ou Cervarix®) permet de protéger l'individu contre...

- Le Sida
- L'Hépatite B
- La Méningite
- Le Cancer du Col de l'Utérus
- Ne sait pas

12) Concernant le nombre d'injection pour avoir une vaccination complète...

- 1 seule injection est nécessaire
- Plusieurs injections sont nécessaires
- Ne sait pas

13) La vaccination anti HPV (Gardasil® ou Cervarix®) vous dispense-t-elle de réaliser régulièrement des Frottis Cervico-Utérin?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

III/ Le Suivi Gynécologique

14) Êtes-vous suivie sur le plan gynécologique? (pour tout ce qui est contraception, prévention, dépistage...)

- Oui
- Non

- Si oui

À quelle fréquence effectuez-vous votre suivi gynécologique?

- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans ou plus
- Autre.....

IV/ Prévention

15) Concernant le Dépistage du cancer du col de l'utérus, avez vous déjà : (plusieurs réponses possibles)

- Vu des affiches de santé publique
- Entendu des publicités à la radio
- Vu des publicités à la TV
- Entendu parler par un personnel médical
- Jamais vu, ni entendu parler de ce dépistage (passez à la question 17)

16) Suite à cela avez vous été vous faire dépister par Frottis-Cervico-Utérin :

- Oui
- Non : pour quelle(s) raison(s) :

V/ Renseignements Généraux :

17) Quel âge avez-vous ?

-ans

18) Quel est votre niveau d'étude ?

- Primaire/Collège
- CAP/BEP
- Niveau BAC
- DUT/DEUG/BTS
- Licence
- Master
- Doctorat
- Autre, Précisez

19) Avez vous des enfants ?

- Oui
- Non

- Si oui

Combien d'enfants avez vous ?

-

- Pouvez vous préciser le sexe et l'âge de chacun de vos enfants ?

-ans
-ans
-ans
-ans
-ans
-etc

20) Si vous avez des filles, envisagez vous de les faire vacciner un jour contre le papillomavirus (Gardasil®, Cervarix®)

- Oui / ma(mes) fille(s) est(sont) vaccinée(s)
- Non
- Ne sait pas
- Pas d'enfant ou d'enfant de sexe féminin

Commentaires libres :

Je vous remercie de votre participation.

Je vous joins mes coordonnées si vous désirez que je vous transmette les résultats de l'étude, ou pour toutes autres questions concernant le questionnaire.

Perrin Aude : aude.perrin@etu.udamail.fr

Annexe II : Classification Bethesda

Le Système Bethesda 2001

[OMS. Le système Bethesda 2001 [Internet]. [consulté le 9 avr 2017]. Disponible sur:

<http://screening.iarc.fr/atlasclassifbethesda.php?lang=2>]

Type de prélèvement

Préciser:

- frottis conventionnel (FC) ou
- préparation en milieu liquide (frottis en milieu liquide) ou
- autre méthode.

Qualité du prélèvement

- Satisfaisant (décrire la présence ou l'absence d'éléments de la zone de transformation ou glandulaires endocervicaux et de tout autre indicateur de qualité, tels que la présence de sang ou d'inflammation masquant partiellement les cellules, etc.)
- Non satisfaisant (préciser la raison)
- Echantillon rejeté, non technique (préciser la raison)
- Echantillon technique et interprété, mais insuffisant pour une évaluation des anomalies épithéliales, à cause de (préciser la raison)

Classification générale (optionnel)

- Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité
- Autres : voir Interprétation/Résultats (par exemple: présence de cellules endométriales chez une femme de 40 ans ou plus)
- Présence d'anomalies des cellules épithéliales : voir Interprétation/Résultats (préciser malpighien ou glandulaire)

Interprétation/Résultat

Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité,

En l'absence de lésion intraépithéliale ou de malignité il convient de le rapporter dans la section "classification générale" ci-dessous et/ou dans la présente section "Interprétation/Résultats".

S'il y a lieu, préciser:

- la présence de micro-organismes :

- * Trichomonas vaginalis
 - * Eléments mycéliens, par exemple évoquant le Candida
 - * Anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne
 - * Bactéries de type Actinomyces
 - * Modifications cellulaires évoquant un Herpès simplex
- la présence d'autres modifications non néoplasiques :
- * modifications réactionnelles :
 - inflammation
 - irradiation
 - ou présence d'un dispositif intra-utérin
 - * présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie;
 - * Atrophie

Autres (liste non limitative)

- Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus (préciser l'absence de lésion intraépithéliale ou de malignité)

Anomalies des cellules malpighiennes

- * Atypies des cellules épithéliales (ASC)
 - De signification indéterminée (ASC-US)
 - Ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (ASC-H)
 - * Lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL — LMIEBG) (regroupant les lésions autrefois dénommées : lésions à HPV/condylome, dysplasie légère, CIN1)
 - * Lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL — LMIEHG) (regroupant les lésions autrefois dénommées : dysplasies modérées et sévères, CIN2, CIN3 et CIS)
 - le cas échéant, présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision)
 - * Le carcinome malpighien
- Anomalies des cellules glandulaires
- * Atypies des cellules glandulaires (AGC) :
 - endocervicales (sans autre indication (SAI) ou commenter),
 - endométriales (SAI ou commenter) ou
 - sans autre indication
 - * Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie :
 - endocervicales ou
 - sans autre indication

* Adénocarcinome endocervical in situ (AIS).

* Adénocarcinome :

- endocervical

- endométrial

- extra-utérin

- SAI

Autres lésions malignes : (préciser)

Annexe III : Brochure d'informations sur le FCU de l'INCa 2015

Le frottis est recommandé à partir de 25 ans, même si vous êtes vaccinée contre les papillomavirus (HPV). Les deux premiers frottis sont réalisés à un an d'intervalle. Ensuite, un frottis doit être fait tous les 3 ans, jusqu'à 65 ans, même en l'absence de rapports sexuels ou après la ménopause.



90% DES CANCERS DU COL DE LUTÉRUS PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS

Face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir :

- se faire vacciner contre les HPV entre 11 et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus;
- faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

PARLEZ-EN AVEC UN MÉDECIN OU UNE SAGE-FEMME

Pour en savoir plus sur le frottis ou les autres dépistages des cancers

e-cancer.fr

0 805 123 124

service à appel gratuit

ENTRE 25 ET 65 ANS

UN FROTTIS TOUS LES 3 ANS, C'EST IMPORTANT



TOUT COMPRENDRE EN 1 MIN

e-cancer.fr





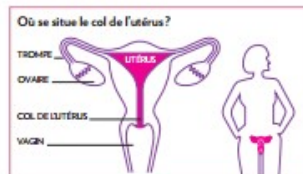
LE FROTTIS, POURQUOI C'EST IMPORTANT ?

Le cancer du col de l'utérus est principalement provoqué par un virus appelé « papillomavirus humain » (HPV). Très fréquent, ce virus se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due au papillomavirus (HPV) provoque des lésions au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer.

UN FROTTIS TOUS LES 3 ANS

Le frottis permet de repérer d'éventuelles lésions au niveau du col de l'utérus, et de les soigner avant qu'elles ne se transforment en cancer.

Si un cancer est détecté, ce sera le plus souvent à un stade précoce. Les soins seront plus légers et permettront davantage de préserver la fertilité.



POUR RÉALISER UN FROTTIS, À QUI M'ADRESSER ?

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- * d'un gynécologue ;
- * d'un médecin généraliste ;
- * d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse) ;
- * d'un centre de santé ou centre mutualiste ;
- * d'un centre de planification familiale ;
- * d'un laboratoire d'analyses (sur prescription d'un médecin) ;
- * d'un hôpital.

UN EXAMEN REMBOURSÉ

Le coût comprend le prix de la consultation et 15,40 euros pour la lecture du frottis. Il est pris en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'Assurance maladie (70%). Le reste est remboursé par votre complémentaire santé (mutuelle, assurance santé...).

Le frottis peut être réalisé sans avance de frais dans les centres de santé, centres mutualistes ou de planification familiale.

Si vous bénéficiez de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire), la prise en charge est à 100% sans aucune avance de frais (examen gratuit).

EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

L'examen se fait en position gynécologique. Le médecin prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser. Cela ne prend que quelques minutes et n'est pas douloureux, même si une légère gêne peut être ressentie.

Les résultats : le prélèvement est envoyé à un laboratoire spécialisé. Après quelques jours, vous recevez vos résultats. Votre médecin vous contactera si des examens supplémentaires sont nécessaires.

- 1— Choisissez le bon moment : le frottis doit être fait en dehors de la période des règles.
- 2— Évitez les rapports sexuels 24 à 48 heures avant le rendez-vous.
- 3— Reportez le rendez-vous si vous prenez un traitement local par voie vaginale (ovulé, par exemple).

3 PRÉCAUTIONS AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS



Annexe IV : Brochure d'informations sur la Vaccination anti-HPV de l'INCa 2014



une fois vaccinée, ma fille sera-t-elle dispensée de frottis de dépistage ?

Le dépistage régulier reste nécessaire, car la vaccination ne protège pas contre tous les types de virus HPV. À partir de 25 ans, même vaccinées, toutes les femmes doivent faire un frottis de dépistage tous les 3 ans (après 2 premiers frottis normaux espacés d'1 an).

Le vaccin peut-il avoir des effets indésirables ?

Les vaccins ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse avant leur mise sur le marché chez plusieurs milliers de jeunes filles. La surveillance après mise sur le marché ne montre pas, à ce jour, de complications significatives associées à cette vaccination. Les éventuels effets secondaires sont des réactions locales au point d'injection, parfois de la fièvre, et plus rarement un malaise avec possible perte de connaissance. Le repos est conseillé dans les minutes qui suivent l'injection, qui doit être réalisée en position allongée. Comme pour tout médicament, il est important de faire part à votre médecin de tout effet indésirable que vous pourriez constater. Vous pouvez également le signaler au centre de pharmacovigilance de votre région.

face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir

- Se faire vacciner contre les HPV entre 11 et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus.
- Faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

» Parlez-en avec votre médecin.


pour en savoir plus, rendez-vous sur www.e-cancer.fr ou appelez

CANCERINFO 0810 810 821



prévention du cancer du col de l'utérus

» La vaccination contre les HPV entre 11 et 14 ans pour éviter demain un éventuel cancer du col de l'utérus.



www.e-cancer.fr



pourquoi faire vacciner ma fille contre les HPV ?

Les papillomavirus humains (HPV) sont la principale cause de cancer du col de l'utérus. La contamination a lieu le plus souvent dans les premières années de la vie sexuelle. Environ 80 % des femmes sont exposées à ces virus au cours de leur vie. En général, leur corps parvient à les éliminer, mais il arrive que l'infection persiste et provoque des anomalies (lésions) au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer des années plus tard.

La vaccination est une protection efficace contre les principaux virus HPV responsables du cancer du col de l'utérus. Cependant, elle ne protège pas contre tous les types de HPV et n'élimine pas totalement le risque de cancer. Elle ne dispense donc pas d'un dépistage régulier par frottis à partir de 25 ans.

Ensemble, la vaccination et le dépistage offrent la meilleure protection contre le cancer du col de l'utérus.

comment se transmettent les virus HPV ?

Ces virus se transmettent par simple contact au niveau des parties génitales, le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Le préservatif, qui protège contre de nombreuses infections sexuellement transmissibles, ne protège que partiellement contre les HPV.

quand faire vacciner ma fille ?

La vaccination contre les HPV est recommandée entre 11 et 14 ans. Elle peut également être proposée en rattrapage aux jeunes filles jusqu'à 19 ans inclus.

Il est important que votre fille soit vaccinée avant d'être exposée au risque d'infection par ces virus, c'est-à-dire avant le début de sa vie sexuelle. En effet, les risques de contamination par les HPV apparaissent dès les premiers rapports sexuels.

L'une des doses de ce vaccin peut être administrée à l'occasion du rendez-vous vaccinal prévu entre 11 et 13 ans pour le rappel d'CaP*.

*Diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite.

comment se déroule la vaccination ?

Il existe actuellement 2 vaccins contre les HPV. En fonction de l'âge, 2 ou 3 injections sont indispensables pour une vaccination efficace. Elles doivent être réalisées avec le même vaccin. Parlez-en avec votre médecin.

Il est important de respecter les schémas vaccinaux suivants :

1 ^{er} SCHÉMA VACCINAL		
	Gardasil*	Cervarix*
1 ^{ère} injection	Entre 11 et 13 ans	Entre 11 et 14 ans
2 ^e injection	6 mois plus tard	6 mois plus tard

2 ^e SCHÉMA VACCINAL : pour les jeunes filles plus âgées		
	Gardasil*	Cervarix*
1 ^{ère} injection	Entre 14 et 19 ans	Entre 15 et 19 ans
2 ^e injection	2 mois après la 1 ^{ère} injection	1 mois après la 1 ^{ère} injection
3 ^e injection	4 mois après la 2 ^e injection	5 mois après la 2 ^e injection

combien ça coûte ?

La dose de vaccin nécessaire pour une injection coûte environ 120 €. Ce coût est pris en charge à 65% par l'Assurance Maladie. Le reste est généralement remboursé par les organismes complémentaires. Pour les personnes qui bénéficient de la CMUc, la prise en charge est à 100% et sans avance de frais.

* Pts constatés en avril 2014.



La vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) est un moyen de se protéger du cancer du col de l'utérus.

La vaccination et le dépistage par frottis sont des moyens de prévention complémentaires contre le cancer du col de l'utérus.

Qu'est-ce que les infections à papillomavirus humains (HPV) ?

Ces infections sont dues à des virus très courants qui se transmettent par simple contact au cours des relations sexuelles. Si la plupart de ces virus sont sans danger, certains HPV peuvent être responsables de lésions précancéreuses puis de cancer. C'est l'infection persistante par ces HPV qui est responsable du cancer du col de l'utérus.

Qui doit être vacciné ?

Le vaccin contre les HPV est recommandé chez les très jeunes filles entre 11 et 14 ans.

Une vaccination plus tardive est possible avant le début de la vie sexuelle.

Le vaccin peut être fait le même jour que d'autres vaccins recommandés à cette période (hépatite B, diphtérie-tétanos-polio...). Il n'y a pas de contre-indication, en dehors d'allergies très rares, connues aux composants du vaccin.

Le vaccin ne protège pas contre tous les HPV. C'est pourquoi le dépistage par frottis est indispensable à partir de l'âge de 25 ans.

Quels sont les vaccins disponibles ?

Deux vaccins sont disponibles.
Deux ou trois injections sont nécessaires en fonction du vaccin et de l'âge de la jeune fille.

Quels sont les effets secondaires ?

Dans la grande majorité des cas, il n'y a pas d'effet secondaire après la vaccination contre les HPV. Parmi les effets secondaires les plus fréquents, on peut observer une douleur ou une rougeur au point de la piqûre. Il n'y a pas de lien démontré scientifiquement entre la vaccination contre les HPV et la survenue de maladies auto-immunes.

Le vaccin est-il remboursé ?

L'Assurance maladie rembourse à 65 % les vaccins contre les HPV sur ordonnance du médecin ou de la sage-femme. Le complément est remboursé par les mutuelles. Pour les personnes bénéficiaires de la CMUc, il n'y a pas d'avance de frais.

Qui peut vacciner ?

Les médecins, les sages-femmes et, sur prescription médicale, les infirmières.

Où se faire vacciner ?

Chez un médecin, une sage-femme, dans un centre de vaccination.

Le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus doit être réalisé régulièrement chez toutes les femmes à partir de 25 ans, vaccinées ou non.

Une question,
un conseil ?
Parlez-en à
votre médecin
ou votre
pharmacien.

Un vaccin efficace

La vaccination protège contre la majorité des virus HPV responsables du cancer du col de l'utérus.

Un vaccin nécessaire

Chez les très jeunes filles, en général avant l'âge de 15 ans.

Un vaccin simple

Il n'y a pas besoin de rappel. 2 ou 3 injections suffisent en fonction du vaccin et de l'âge de la jeune fille.

Un vaccin sans danger

Les réactions sont peu fréquentes et bénignes.

Un vaccin remboursé

L'Assurance maladie rembourse le vaccin à 65 %.

RÉSUMÉ

Introduction : Le Cancer du col de l'utérus est le 10^{ème} cancer le plus fréquent . Une vaccination préventive est proposée pour lutter contre le principal facteur de risque : le HPV. Le dépistage de ce cancer, basé sur les recommandations de la HAS ne profite qu'à la moitié des femmes en France ; Le taux stagne vers 57 % depuis 2006. Les objectifs étaient d'évaluer les connaissances des femmes et d'estimer la sensibilisation de cette population par les produits de santé publique.

Méthode : Un questionnaire a été distribué à des patientes venues en consultation obstétrique ou gynécologie au CHU Estaing. Une partie de l'enquête établissait le profil de la patiente et une autre portait sur les connaissances.

Résultats : Le taux de participation à l'étude est de 85,6 %. La moyenne générale retrouvée est de 6,85 et il n'est pas noté de différence significative entre les populations obstétrique et gynécologie. 96,7 % de femmes ont été sensibilisées par des informations de santé publique et 47,8 % des patientes sont allées se faire dépister suite à ces informations.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence un manque de connaissances, sans différence significative entre les populations obstétrique et gynécologie, de la part des femmes. Malgré les informations de santé publique reçues par les patientes, leur participation au dépistage n'est pas toujours présente. Il est donc important de bien continuer l'éducation et la prévention auprès des femmes, par les organismes de santé publique ainsi que par les professionnels.

Mots clés: FCU, HPV, connaissances, cancer, col, utérus, dépistage

ABSTRACT

Background: Uterine cervix cancer is the 10th most frequent cancer. Preventive vaccination is proposed in order to fight against the main risk factor: HPV. The screening for this cancer, based on HAS recommendations, benefits only the half of women in France; The rate has stagnated at around 57% since 2006. The objectives were to assess the knowledge of women and to estimate the awareness of this population by the public health products.

Method: A survey was distributed to patients coming for obstetric or gynecological consultation at CHU Estaing. One part of the survey identified the patient's profile and the second was focused on knowledge.

Results: The study participation rate was 85.6%. The overall average found was 6.85 and there was no significant difference between the obstetric and gynecological populations. 96.7% of the women were sensitized by public health information and 47.8% of the patients were screened due to this information.

Conclusion: This study highlights a lack of knowledge, with no significant differences between the obstetric and gynecological populations, from the women. Despite public health information perceived by patients, their participation in screening is not always present. Consequently ,it is important to continue to provide information and prevention to women, from public health organizations and professionals.

Key words: FCU, HPV, knowledge, cancer, cervix, uterus, screening