



Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, participation et parcours de santé des patientes concernées

Anissa Sedjai

► To cite this version:

Anissa Sedjai. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, participation et parcours de santé des patientes concernées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02374385

HAL Id: dumas-02374385

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02374385>

Submitted on 21 Nov 2019

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix✶Marseille Université

**Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus: connaissances,
participation et parcours de santé des patientes concernées**

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 7 Octobre 2019

Par Madame Anissa SEDJAI

Née le 1^{er} juillet 1991 à Marseille 12^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Président

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Madame le Docteur MARUANI Julia

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix✶Marseille Université

**Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus: connaissances,
participation et parcours de santé des patientes concernées**

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 7 Octobre 2019

Par Madame Anissa SEDJAI

Née le 1er juillet 1991 à Marseille 12eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Madame le Docteur MARUANI Julia

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseeurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOIR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

ANTHROPOLOGIE 20

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

CARDIOLOGIE 5102

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)	
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)	
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702	
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAEGHES Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)	
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103	
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)	
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104	
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202	
LEPIDI Hubert (PU-PH)	
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003	
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)	
DUSI	
COLSON Sébastien (MCF)	
ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404	
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)	
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)	
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)	
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)	
CHIRURGIE INFANTILE 5402	
GUERIN Carole (MCU PH)	
GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)	
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503	
CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)	
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)	
CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004	
CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)	
BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)	
GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201	
BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)	
GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)	
GENETIQUE 4704	
BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)	
NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)	
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403	
AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETTELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)	

IMMUNOLOGIE 4703		HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701	
KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)		BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)	
FERON François (PR) (69ème section)			
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)		DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)		POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)	
		MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603	
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503		BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)	
BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)		TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)	
MILLION Matthieu (MCU-PH)		BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)	
MEDECINE D'URGENCE 4805			
KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905	
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301		BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)	
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
EBBO Mikael (MCU-PH)		LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)	
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)		NEPHROLOGIE 5203	
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)		BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)	
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)			
NUTRITION 4404		NEUROCHIRURGIE 4902	
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)		DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)		CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)		NEUROLOGIE 4901	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)			
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)		ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)	

OPHTALMOLOGIE 5502		PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>		DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)	
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)		BLIN Olivier (PU-PH) <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)	
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502		PHILOSOPHIE 17	
RANQUE Stéphane (PU-PH)		LE COZ Pierre (PR) (17ème section)	
CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)		MATHIEU Marion (MAST)	
PEDIATRIE 5401		PHYSIOLOGIE 4402	
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)		BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)	
COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)		BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)	
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903		RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)			
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16			
AGHABABIAN Valérie (PR)		PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302		ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)	
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)		MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802		THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804	
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)		AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)	
HRAIECH Sami (MCU-PH)		DAUMAS Aurélie (MCU-PH)	
RHUMATOLOGIE 5001		UROLOGIE 5204	
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)		BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)	

Remerciements

À Madame le Docteur MARUANI Julia, directrice de thèse,

Merci pour tes bons conseils, tes remarques toujours justes, ton soutien et ta bienveillance. Il va sans dire que cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour sans ton aide.

À Monsieur le Professeur CARCOPINO-TUSOLI Xavier, président du jury,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je n'aurais pu rêver d'un Président plus adéquat pour critiquer ce sujet.

À Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic, membre du jury,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, je suis honorée que vous puissiez juger ce travail.

À Monsieur le Professeur ADNOT Sébastien, membre du jury,

Merci mille fois d'avoir accepté de siéger parmi mon jury de thèse et d'y représenter la médecine générale.

À Monsieur le Professeur GENTILE Gaétan,

Merci pour votre aide et votre réactivité à chaque obstacle que j'ai pu rencontrer dans l'élaboration de ce travail.

À Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva,

Merci pour votre aide précieuse au moment de l'exploitation de mes données, vous m'avez initié au jeu des statistiques.

À Monsieur le Docteur HOVINE Jean-Luc,

Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ta gentillesse et ta bienveillance. Je suis fier d'avoir été ta première interne et j'espère que ces 6 mois passés ensemble auront été aussi enrichissants pour toi qu'ils l'ont été pour moi.

À toutes les équipes médicales et paramédicales qui ont pu m'accompagner au cours de mon parcours,

Merci pour votre aide, votre gentillesse, votre indulgence ; merci de m'avoir transmis votre savoir et de m'avoir fait évoluer, chacun à votre manière.

DEDICACES

À ma famille,

À ma mère, Yaya pour les intimes,

Tu as été, est encore, et sera toujours là pour me soutenir, accompagnée de ton optimisme démesuré. Merci.

À mon père, Djadja pour les intimes,

Merci de m'épauler dans tous mes projets, surtout depuis ces deux dernières années.

À Eva,

Merci d'être une belle-mère aussi bienveillante. Tu remplis parfaitement ton rôle, entre une seconde maman et une vraie amie.

À Fethi,

Merci de la fierté que tu me portes. Et surtout n'oublie jamais que vache qui pisse n'amasse pas mousse.

À Omar,

Mon petit frère plus si petit que ça, je serai toujours là quand t'auras besoin de moi. Et j'ai une blague pour toi : « c'est quoi la différence contre un chien et un chat ? ... ».

À Lena,

On n'a pas grandi ensemble et pourtant il paraîtrait que tu sois mon portrait, c'est dire le lien puissant qu'on semble avoir. T'es au tout début de ta vie alors s'il-te-plait profite-en. Je te la souhaite belle. En tout cas on fera tout pour.

À mes ami(e)s,

À Manon,

Ma Maurice t'es pas comme une sœur, t'es ma sœur. Tu me connais par cœur et j'imagine même pas ma vie sans toi. J'aurais jamais pensé que ce soit possible mais je t'aime encore plus maintenant que tu m'as fait le cadeau d'être la tata de la 8^{ème} merveille du Monde. Et j'en doutais pas une seconde, mais tu le confirmes depuis maintenant 3 mois, t'es une maman exceptionnelle.

À Léonie,

Et oui Léo, t'as droit à ta dédicace aussi. J'étais folle de toi avant même que tu ne voies le jour. Et purée tu nous as pas déçu, j'ai rarement vu autant de sagesse dans les yeux d'un bébé. Sache que toute ta vie, tu pourras compter sur moi.

À Lulu,

Je pouvais pas parler de toute ta petite famille sans te mentionner, puisque maintenant je considère que tu fais aussi partie de la mienne. Profite de ce bonheur, je te le souhaite pérenne. Je vous aime très fort tous les trois.

À Mymy,

Pardon, Mylèèèèèèèèèneuh !

Mon My, t'es parfaite. Toujours d'humeur égale, d'une générosité folle. Merci d'avoir le don de toujours nous réunir. Ta petite cacahuète ne le sait pas encore, mais elle va avoir une chance inouïe de vous avoir comme parents. T'es une amie rêvée et tu feras une maman formidable. Je t'aime tellement.

À Dadoo,

Je parle des soirées de Mymy mais t'inquiète, j'oublie pas que la plupart du temps c'est toi qui nous régales. Merci pour tous ces moments. Merci de nous supporter depuis toutes ces années. Vous êtes merveilleux tous les deux, j'ai hâte de vous voir tous les trois.

Par contre oh, tiens ta femme !

À Liloo,

Mon Panpan d'amour, depuis tout ce temps et malgré des périodes qui nous ont éloignées, chaque fois que je te retrouve c'est comme si je t'avais jamais quitté. Merci de ta simplicité et ta justesse, je t'aime fort.

À Yous,

Mon Ju, t'es l'exemple parfait que l'amitié ne connaît pas la distance. Tu nous as abandonnés toutes ces années et pourtant on se retrouve toujours comme si on t'avait quitté la veille. Je me languis déjà de pouvoir profiter de toi au quotidien. Je t'aime mon Yous.

À Rion,

Ça fait quelques temps maintenant que tu nous fais à nouveau le plaisir de ta présence et j'en suis ravie. Je suis très fière de toi et de la vie que tu t'es construite. J'espère que t'es pleinement épanouie, en tout cas j'te le souhaite de tout mon cœur.

À Gilia,

La Gigi, t'es vraiment unique toi. Je pourrai jamais te décrire en si peu de mots. T'es surprenante, ton auto-dérision et ton humour te rendent encore plus belle que ce que tu n'es déjà. T'es renversante mon Amor(uso).

À Jije,

Mon Jije, tu nous enveloppes chaque jour de ton amour débordant. Rien ne nous arrête et je t'adore pour ça, le premier qui te touche il se prend un Huracan. C'est pas parce qu'on m'appelle Docteur que j'vais te lâcher, tu te débarrasseras pas de moi comme ça ! En attendant, viens on se met tous tout nus et on voit c'qu'il s'passe...

À Gondelaud,

Mon Congélo, si t'existais pas faudrait t'inventer. Merci (et bravo) de nous supporter, ta patience et ta gentillesse ne connaissent aucune limite. Toujours là quand on en a besoin, ta douceur m'apaise, surtout ne change rien. Par contre, le machin rond orange et juteux à la peau un peu rugueuse, c'est une orange hein c'est pas un citron. Je t'aime mon Congélo.

À Mary-lou,

Ma MLP, je garde tes précieux mots sur mon pare-brise (oui je sais, il faut vraiment que je nettoie ma voiture...). En souvenir de cet été, de ces soirées, de ces apartés nocturnes. Ta bonté te perdra. Je t'aime fort ma MLP.

À Lolo,

T'es complètement jobard, un tantinet clepto, mais on t'aime comme ça. Pour toutes mes moresques et mes chips vitelottes, thank you Linus.

À Aurel,

Mon p'tit garçon, t'es aussi belle que drôle et aussi drôle que vraie. Mais que les gens ne se méprennent pas petit garçon faut pas la chercher (demandez au type qui a tenté de lui voler son téléphone sur le cours Belsunce). T'es fantastique mon p'tit garçon, je t'aime.

À Brice,

Mon Briçou, je pense à peine à toi que je ris déjà seule. Merci pour tous les fous rires, on va pouvoir en profiter tout le temps maintenant que t'arrêtes enfin de nous fuir. Et en tout cas, belle b***.

À Steve,

Un jour mon Stevou on va le résoudre ce conflit israélo-palestinien, on a déjà bien commencé en naissant le même jour. D'ailleurs pour sceller cette réconciliation, je veux bien me dévouer et m'engager à goûter toutes tes nouvelles recettes...

À Maud,

Comment ne pas te citer à la fin de ce long périple... A toutes ces fois où faute de place on est rentrées pour une partie de Mario Kart. Merci pour les rires et le soutien aux moments où on frôlait la crise de nerf.

À Coline & Ugo,

Je suis obligée de vous réunir dans cette dédicace, pour moi vous ne faites qu'un. J'ai été tellement chanceuse de démarrer cet internat à vos côtés.

Ma stéphanoise, à ce premier jour ensemble, toute fébriles. À cette époque où tu parlais à peine Marseillais.

Le Farguesh, t'as été un premier co-interne idéal. Merci d'avoir été si gentil, indulgent et patient avec nous.

À Anouk (alias Dr Trady), Maelle, Fanny (alias Général Houser), Audrey & Lucas,

Ce semestre ensemble nous aura décidément soudé. Quelle chance de vous avoir eus à mes côtés. Je vous souhaite une fin d'internat bien plus sereine.

*« The same boiling water that softens the potato hardens the egg.
It's about what you're made of, not the circumstances. »*

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	3
I/ HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A HPV	4
1) L'infection à HPV inactive ou latente.....	4
2) L'infection à HPV persistante et active.....	4
II/ PREVENTION PAR VACCINATION ANTI-HPV.....	6
III/ DEPISTAGE PAR FROTTIS CERVICO-VAGINAL.....	7
MATERIEL ET METHODE	12
I/ CHOIX DU TYPE D'ETUDE	12
II/ CHOIX DU SUPPORT.....	12
III/ DEROULEMENT DU RECUEIL DE DONNEES	15
IV/ ANALYSE DES DONNEES	15
RESULTATS.....	17
I/ CARACTERISTIQUES DES PATIENTES INTERROGEEES	17
1) Tranche d'âge.....	17
2) Situation familiale	18
3) Couverture sociale.....	18
4) Niveau d'étude	19
5) Catégorie socio-professionnelle	19
6) Milieu de vie	20
II/ CONNAISSANCES EN TERMES DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	20
1) Utilité du frottis cervico-utérin	21
2) Age recommandé du premier frottis cervico-utérin.....	21
3) Fréquence de réalisation du frottis cervico-utérin	22
4) Professionnels habilités à réaliser un frottis cervico-utérin	22
III/ PARCOURS DE SANTE DES FEMMES INTERROGEEES	23
1) Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin..	23
2) Suivi médical.....	24
IV/ VACCINATION ANTI-HPV	24
V/ RAISONS DE LA NON-PARTICIPATION AU PROGRAMME DE DEPISTAGE DU CCU	25
DISCUSSION	28
I/ PRINCIPAUX RESULTATS.....	28
II/ CONSEQUENCES DU SURDEPISTAGE.....	29
III/ RISQUES ET COMPLICATIONS DE LA CONISATION.....	29
IV/ FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	30
V/ PERSPECTIVES	31
1) Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	31

2) L'évolution du rôle du médecin généraliste	33
CONCLUSION	35
REFERENCES.....	36
TABLE DES ILLUSTRATIONS	39
ANNEXES.....	40
<i>Annexe 1 : Questionnaire remis aux patientes.....</i>	<i>40</i>
<i>Annexe 2 : Dépliant d'information remis aux patientes.....</i>	<i>44</i>
LISTE DES ABREVIATIONS.....	45

INTRODUCTION

Chaque année en France, le cancer du col de l'utérus (CCU) touche environ 3 000 femmes et on estime le nombre de décès dus à ce cancer à près de 1 100 par an, ce qui en fait la 11^{ème} cause de cancer et la 12^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme. (1)

Il est pourtant "évitable" par le biais de deux interventions de prévention complémentaires : la vaccination anti-HPV (Human Papilloma Virus) et le dépistage par frottis cervico-utérin (FCU).

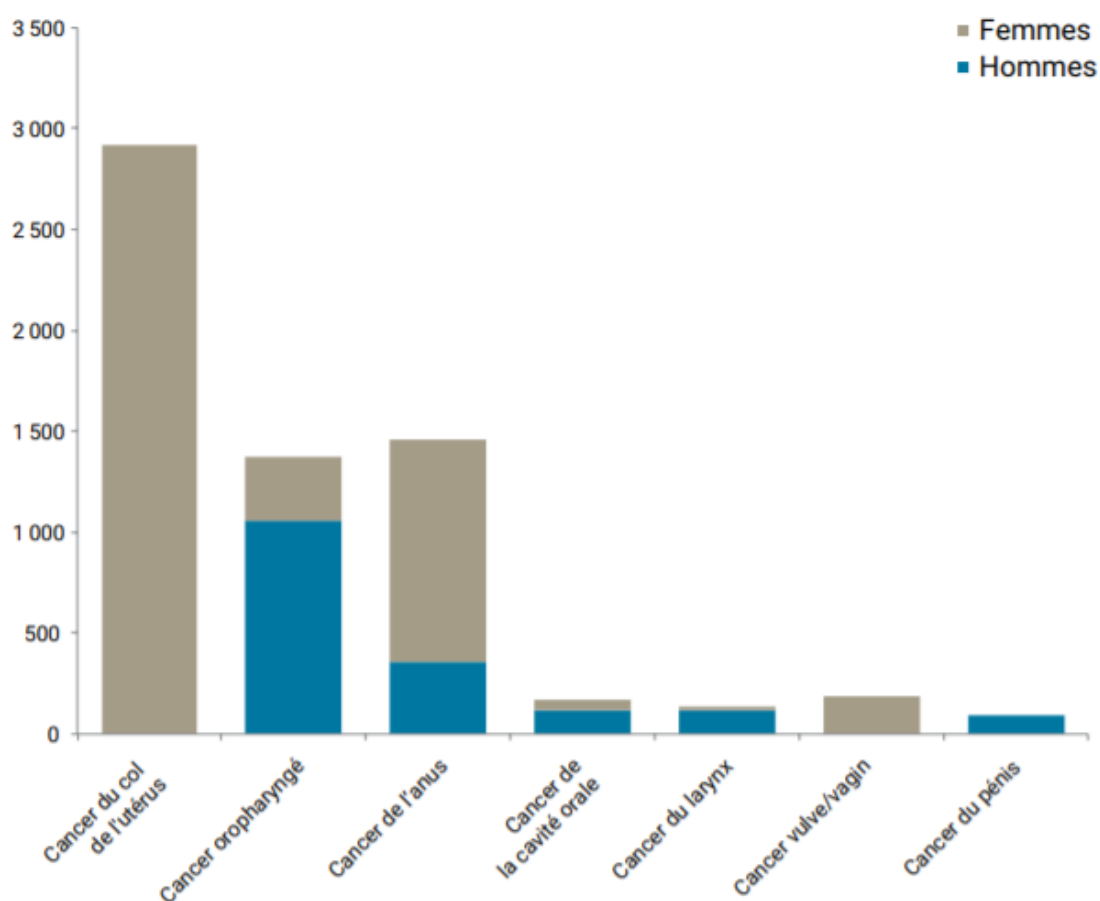
En effet, le CCU est attribuable dans près de 100 % des cas à une infection chronique par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV). (2)

Dans 70 % des cas, il est lié aux HPV de types 16 et 18.

En France en 2015, on estime à plus de 6300 le nombre de cancers potentiellement dus aux HPV.

Les cancers du col de l'utérus (44 %), de l'anus (24 %) et de l'oropharynx (22 %) représentent la majorité des cas.

Figure 1 : Nombre estimé de nouveaux cas de cancers liés aux HPV (France, 2015)



I/ Histoire naturelle de l'infection à HPV

L'exposition aux HPV se fait par contact sexuel, le plus souvent chez la personne jeune, lors des premiers rapports sexuels.

L'infection par un ou plusieurs HPV est extrêmement fréquente, banale, et le plus souvent transitoire et sans conséquence clinique.

La transmission sexuelle est le premier mode de transmission des HPV. Elle a lieu lors de relations sexuelles avec ou sans pénétration, y compris lors de pratiques orales.

Elle est favorisée par un nombre élevé de partenaires sexuels, la précocité des rapports et les antécédents d'autres IST (infections sexuellement transmissibles).

L'utilisation des préservatifs n'entraîne qu'une prévention partielle car la pénétration pénienne n'est pas indispensable pour transmettre le virus, le HPV étant présent sur la peau non recouverte par le préservatif (périnée, bourses...).

Il existe 120 génotypes d'HPV, dont 40 infectent la muqueuse ano-uro-génitale. Parmi eux, certains (15) sont potentiellement oncogènes. Les génotypes 16 et 18 sont le plus fréquemment retrouvés en Europe et en Amérique du Nord dans les cancers du col, du vagin, de la vulve et de l'anus.

Dans la grande majorité des cas le papillomavirus est éliminé spontanément par le système immunitaire en quelques mois. Quand il persiste dans l'organisme, il peut devenir responsable, de lésions bénignes (condylomes, LIEBG), de lésions pré-cancéreuses (LIEHG) ou de lésions cancéreuses.

1) L'infection à HPV inactive ou latente

Le virus est présent au niveau des muqueuses ou de la peau sans symptôme ou lésion visible. Un HPV peut rester quiescent ou latent des mois, voire des années, sans développer d'anomalie.

Dans la grande majorité des cas, l'immunité induite en réaction à l'infection par le HPV permet de se débarrasser spontanément du virus. Le temps nécessaire à la disparition du HPV est appelé temps de clairance. A un an, un HPV est éliminé trois fois sur quatre. Plus ce temps de clairance augmente, plus le risque que l'infection persiste s'accroît. Or ce temps est plus long chez les femmes porteuses des HPV oncogènes 16 et 18.

2) L'infection à HPV persistante et active

L'infection à HPV devient persistante et active lorsque la personne ne développe pas l'immunité nécessaire pour éliminer le virus.

La persistance d'une infection à HPV à bas risque oncogène (notamment 6 et 11) au niveau des muqueuses entraîne des lésions contaminantes type condylome ou LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion).

Ces génotypes à bas risque oncogène ne sont présents, dans des contextes de co-infection avec un HPV oncogène, que dans moins de 5% des cancers du col de l'utérus.

La persistance d'une infection à HPV à haut risque oncogène (notamment 16 et 18) entraîne des lésions intra-épithéliales de bas grade ou de haut grade qui peuvent être dépistées lors d'un frottis cervico-utérin. En cas de frottis anormal, un examen colposcopique sera indiquée. Selon le degré de sévérité des modifications cellulaires, on parle de LIEBG (CIN 1) ou de LIEHG (CIN 2 et CIN 3). Les lésions intra-épithéliales de haut grade sont des lésions précancéreuses qui peuvent devenir cancéreuses.

Ces lésions se développent à partir de la jonction cylindro-malpighienne, d'où l'intérêt de la présence de cellules cylindriques endocervicales sur un résultat de frottis cervico-vaginal. Pour autant, il n'est pas indiqué de renouveler le frottis en cas d'absence de cellules endocervicales.

Certains facteurs favorisent la survenue de cancers comme la multiplication des partenaires sexuels, le tabagisme ou l'état de l'immunité.

D'autre part, les personnes immunodéprimées éliminent moins facilement le papillomavirus, ce qui explique la sensibilité des personnes immunodéprimées (patients greffés sous immunosuppresseurs, patients immunomodulateurs, patients vivant avec le VIH) aux cancers dus aux HPV (cancer du col de l'utérus chez la femme, cancer de l'anus chez l'homme).

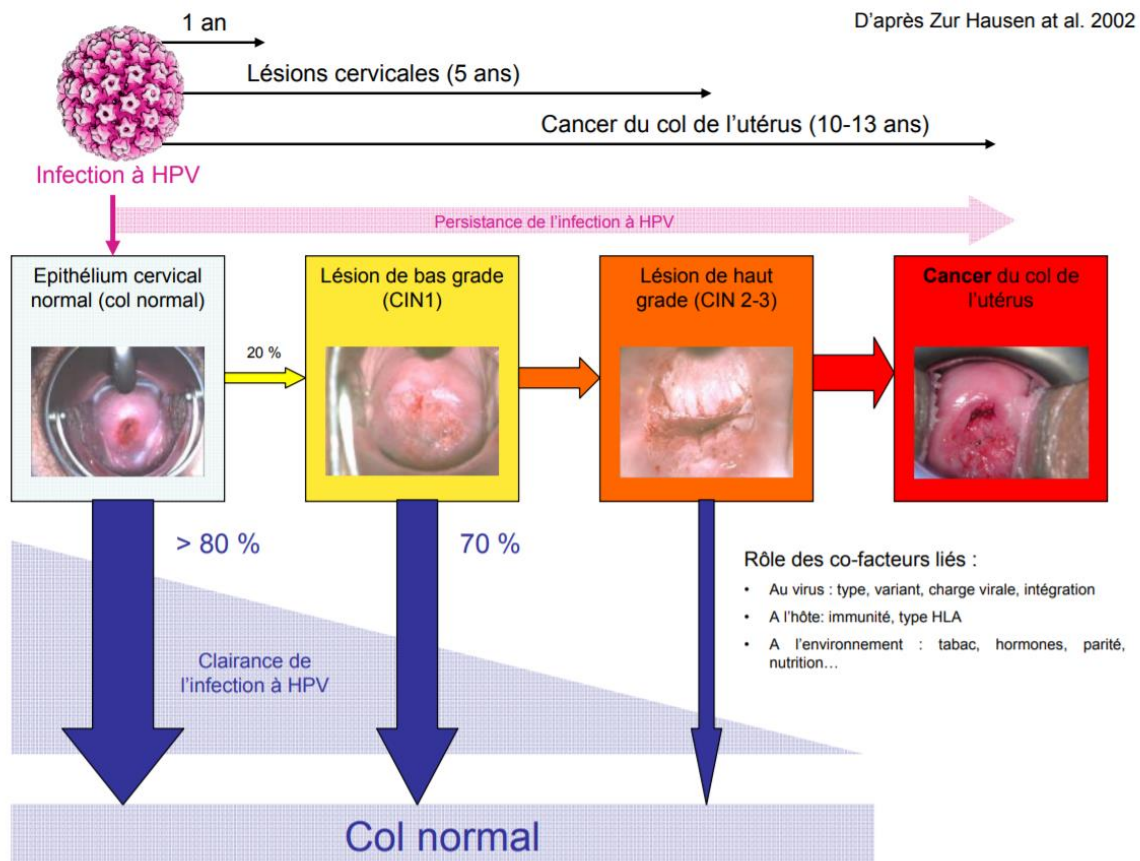
Les LIEHG peuvent apparaître d'emblée ou secondairement, suite à l'évolution d'une LIEBG. Ces LIEHG peuvent ensuite évoluer vers un cancer invasif.

L'adénocarcinome, dont l'histoire naturelle est moins connue, ne comporte qu'une seule lésion qui précède l'envahissement : l'adénocarcinome *in situ*.

Les LIEHG ont une probabilité de clairance du virus et de régression allant de 32 à 57 %, en fonction de la gravité de la lésion. (3)

Un cancer du col met 10 à 15 ans à se développer chez des femmes dotées d'un système immunitaire normal, en cas d'infection persistante à un HPV à haut risque oncogène.

Figure 2 : Histoire naturelle de l'infection à HPV



II/ Prévention par vaccination anti-HPV

La vaccination anti-HPV est disponible en France depuis Novembre 2006 pour le GARDASIL et depuis Mars 2008 pour le CERVARIX.

Ces vaccins ont démontré une efficacité comparable mais le GARDASIL cible, en plus des HPV de type 16 et 18, les types 6 et 11.

Une revue systématique de 2016 incluant 58 articles mesurant l'efficacité en vie réelle du vaccin quadrivalent a conclu que les réductions maximales attendues étaient de 90 % pour les infections à HPV 6/11/16/18, 90 % pour les condylomes, 45 % pour les anomalies cervicales de bas grade, et 85 % pour les anomalies cervicales de haut grade. (4)

Depuis Août 2018, un nouveau vaccin nonavalent est disponible. En effet, le GARDASIL 9 ajoute aux 4 types d'HPV déjà ciblés par le GARDASIL 5 autres types d'HPV (31, 33, 45, 52 et 58).

Ce vaccin a une efficacité permettant de réduire de 90 % le risque de cancers du col de l'utérus.

Le schéma vaccinal dépend de l'âge du sujet :

- De 11 à 14 ans révolus : 2 doses recommandées, la 2ème dose étant administrée entre 5 et 13 mois après la 1ère.
- En rattrapage, à partir de 15 ans et jusqu'à 19 ans révolus : 3 doses recommandées (à 0,2 et 6 mois).

La vaccination contre les HPV est également recommandée :

- Jusqu'à l'âge de 19 ans, chez les enfants et adolescents transplantés (ayant reçu une greffe) ou vivant avec le VIH et dès l'âge de 9 ans, chez les enfants candidats à une transplantation d'organe solide
- Chez les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ils présentent en effet des risques spécifiques (lésions précancéreuses et cancéreuses de l'anus, condylomes) et ne bénéficient pas de la protection indirecte apportée par la vaccination des jeunes filles. Ils peuvent bénéficier de cette vaccination jusqu'à l'âge de 26 ans.

En France, la couverture vaccinale des jeunes filles contre les HPV n'est que de 26,2 % pour une dose à 15 ans et de 23,7 % pour deux doses à 16 ans.

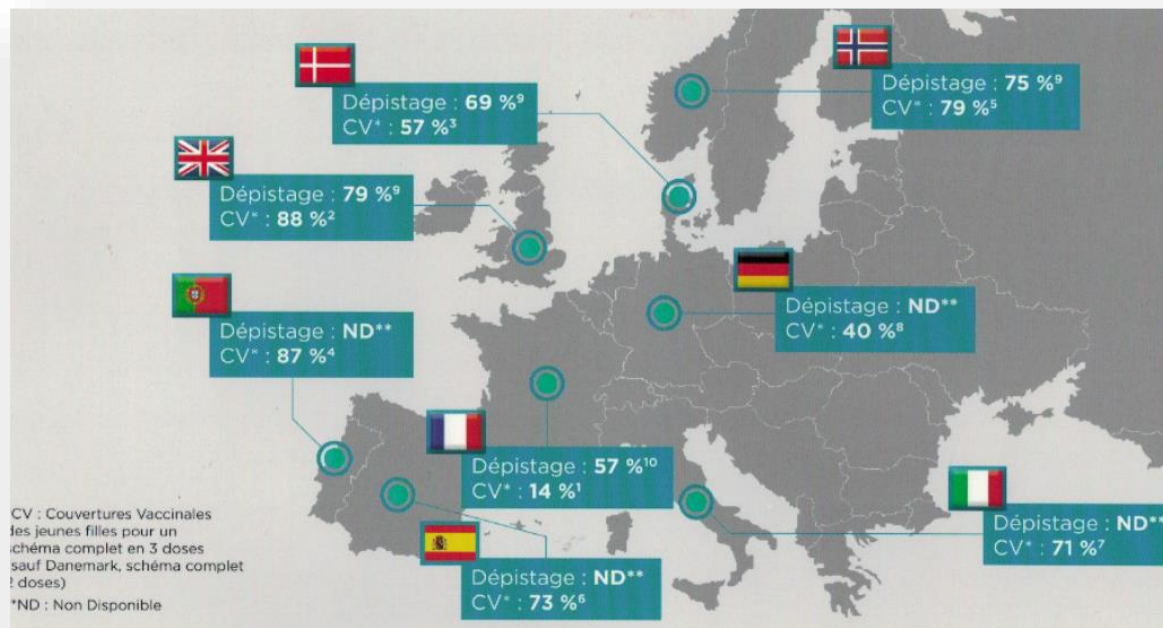
Figure 3 : Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une dose et le schéma complet (source : SNIIRAM-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/18)

Année de naissance	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Couverture 1 dose à 15 ans	29,1	28,7	20,9	19,8	19,4	20,6	23,6	26,2	29,4
Couverture " Schéma complet " à 16 ans	25,3	22,4	17,0	15,7	13,2	19,5	21,4	23,7	-

Elle n'a jamais dépassé 30 %, en dépit des preuves de l'efficacité des vaccins contre les HPV, en vie réelle, et d'une littérature scientifique indépendante démontrant leur sécurité.

Cette situation française est atypique par rapport à ce qui est observé dans la majorité des pays européens voisins qui affichent des taux de couverture vaccinale supérieurs à 80 % (Royaume-Uni, Portugal, Suède, Norvège, Islande).

Figure 4 : Couverture vaccinale en Europe (2015 - Données InVS)



III/ Dépistage par frottis cervico-vaginal

Avec une évolution lente, l'existence des lésions précancéreuses curables et un test de dépistage efficace, le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal au dépistage.

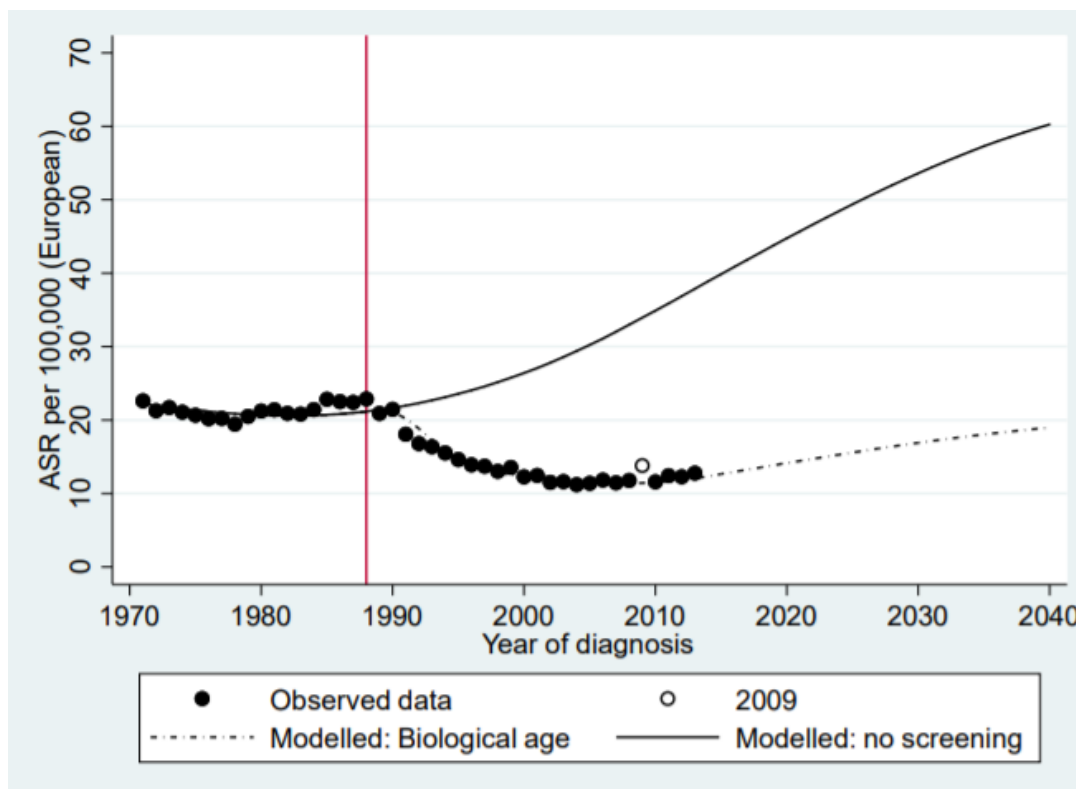
Figure 5 : Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage.



Source : D'après J. M. G. Wilson, G. Jungner, Principes et pratique du dépistage des maladies, OMS, 1970.

Le dépistage du cancer du col utérin, basé sur le frottis cervico-vaginal, a été mis en place dans les années 60 dans la plupart des pays développés, permettant une diminution spectaculaire du nombre de cancers.

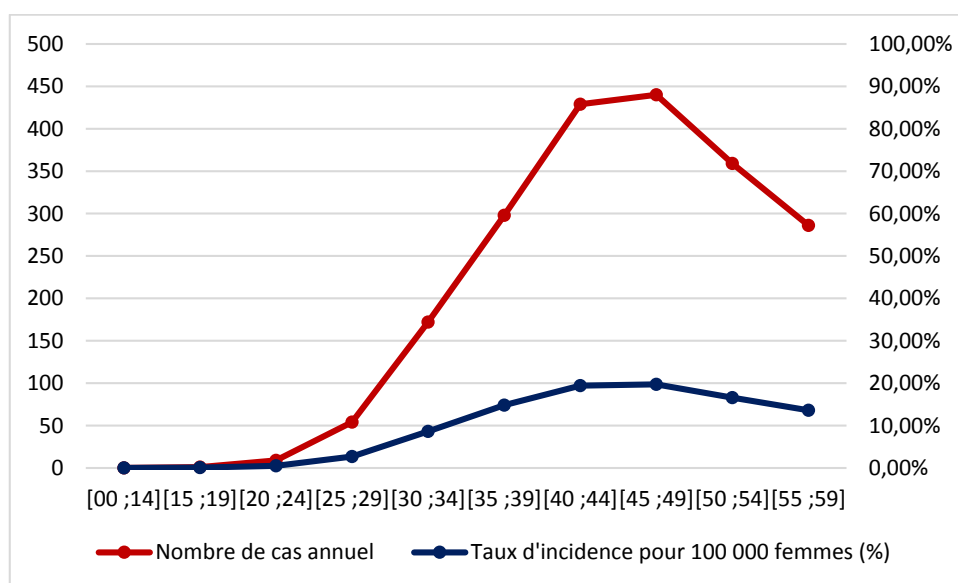
Figure 6 : Incidence du cancer du col de l'utérus comparant les données observées, les projections dans le scénario actuel et le scénario sans programme de dépistage. Taux normalisé selon l'âge (population européenne) chez les femmes âgées de 20 à 84 ans.



Or, le cancer du col de l'utérus est l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à cinq ans après le diagnostic en diminution (passé de 68% en 1989-1991 à 66 % pour les diagnostics portés entre 2005 et 2010). (5)

Trois quarts des cas sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 25-64 ans, avec un pic d'incidence à 40 ans et un pic de mortalité à 51 ans.

Figure 7 : Incidence et mortalité en 2012 par classe d'âge



Source 1 : Incidence et mortalité en 2012 par classe d'âge et sexe pour les tumeurs solides- HCL/Francim/Invs/INCa

Le FCU permet, d'une part, de détecter des lésions précancéreuses et de les traiter avant qu'elles n'évoluent en cancer et, d'autre part, de détecter des cancers à un stade précoce dont le pronostic est bien meilleur qu'à un stade avancé.

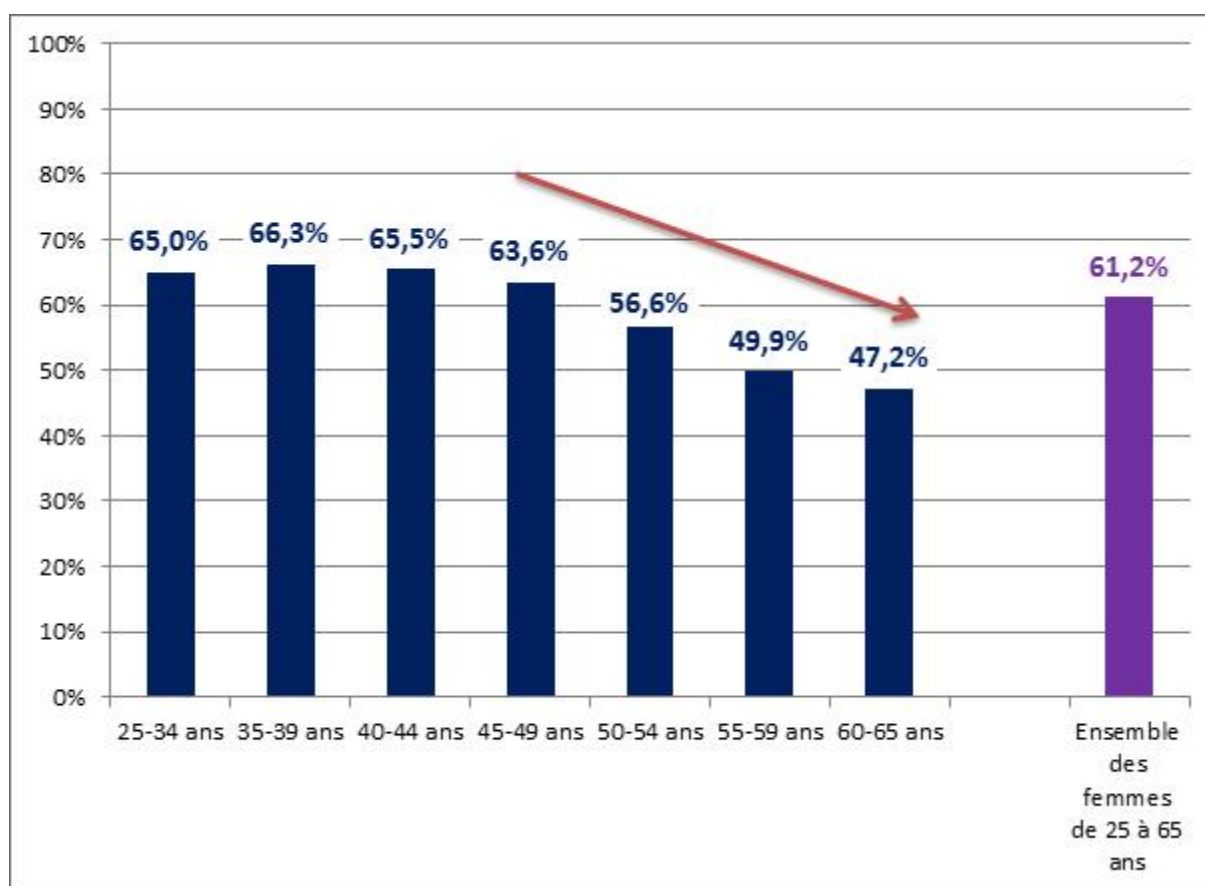
Le dispositif de dépistage consiste en la réalisation d'un FCU tous les 3 ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans après 2 FCU normaux à un an d'intervalle. Il concerne en France 17 millions de femmes et demeure essentiellement « individuel », c'est-à-dire réalisé à l'initiative du médecin ou de la femme. Sa généralisation fait partie des objectifs prioritaires du Plan cancer 2014-2019.

La participation à ce programme n'est que de 61,2% pour l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans, avec une déclinaison de cette participation à partir de 50 ans. (6)

En France, le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus concerne l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans. Son objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à dix ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé.

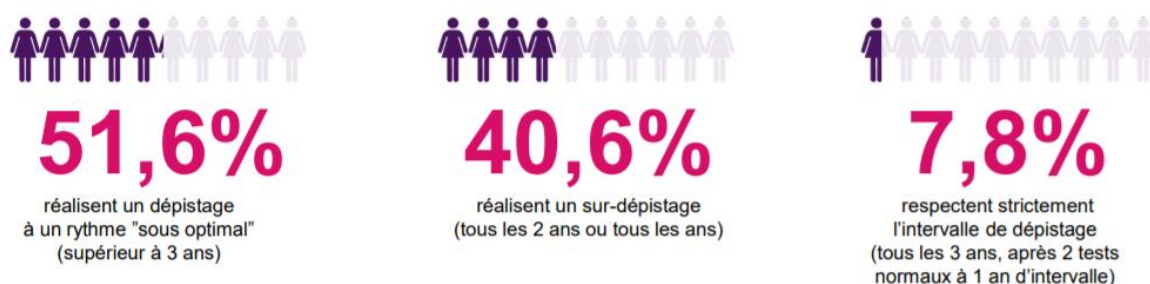
Le programme vise aussi à améliorer la qualité des pratiques de dépistage et de suivi des femmes (action 1.1 du Plan cancer 2014-2019).

Figure 8 : Participation des femmes au dépistage par frottis cervico-utérin selon leur tranche d'âge



Parmi ces patientes participantes au programme de dépistage individuel, rares sont celles pour qui la fréquence recommandée de réalisation des FCU est respectée. En effet, seulement 7,8% respectent strictement l'intervalle de dépistage.

Figure 9 : Fréquence de réalisation du FCU (d'après les données de l'échantillon général des bénéficiaires, HAS, 2010)



Par ailleurs, le contexte actuel fait état d'un manque de gynécologues exerçant en cabinet libéral. En effet, d'après les données 2017 du DREES, on compte en France 10,5 gynécologues médicales pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus (11,2 en région PACA).

Or la pratique du FCU est encore aujourd'hui très largement le fait des médecins gynécologues et seulement 10 % des prélèvements seraient réalisés par des médecins généralistes ou autres effecteurs.
(7)

Afin de mieux appréhender cette population de patientes échappant au dispositif de dépistage individuel, cette étude avait pour but de décrire les connaissances et comportements de santé des patientes vis-à-vis du dépistage du CCU.

MATERIEL ET METHODE

I/ Choix du type d'étude

L'objectif principal de l'étude étant de décrire des connaissances et parcours de santé, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive multicentrique.

Les patientes recrutées l'ont été au décours d'une consultation chez leur médecin (généraliste ou spécialiste).

Afin d'éviter un biais de recrutement, les patientes se présentant pour une consultation de gynécologie n'ont pas été recrutées dans cette étude.

II/ Choix du support

Afin de recueillir les données nécessaires à l'étude, un questionnaire anonyme a été rédigé. L'intégralité du questionnaire est disponible en annexe.

Le questionnaire était anonyme et se voulait clair et rapide à répondre. Pour cela nous avons choisi l'utilisation de question à réponses multiples.

Le questionnaire comprenait 21 questions et a été scindé en cinq parties :

La première visait à établir le profil socio-démographique des participantes.

Figure 10 : Première partie du questionnaire (profil socio-démographique)

1. Quel âge avez-vous ?
☐ < 25 ☐ 25 – 35 ☐ 35 – 50 ☐ 50 - 65 ☐ > 65

2. Quel est votre statut marital ?
☐ Célibataire ☐ En Concubinage / Mariée / Pacsée ☐ Veuve

3. Avez-vous des enfants ?
☐ Non ☐ Oui, 1 ☐ Oui, plusieurs

4. Quel est votre niveau de scolarisation ?
☐ Primaire
☐ Collège
☐ Lycée
☐ Etudes supérieures
☐ Autre :

5. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?
☐ Employée
☐ Ouvrière
☐ Artisan, commerçante, chef d'entreprise
☐ Agricultrice
☐ Cadre, profession libérale
☐ Sans emploi
☐ Retraitée

6. De quelle couverture sociale bénéficiez-vous ?
☐ Régime général
☐ CMU (couverture maladie universelle)
☐ CMUc (couverture maladie universelle complémentaire)
☐ AME (aide médicale d'état)
☐ ALD (affection de longue durée)

7. Dans quel milieu habitez-vous ?
☐ Urbain ☐ Rural ☐ Semi-rural

La deuxième partie avait pour but d'évaluer leurs connaissances en termes de dépistage du cancer du col de l'utérus et de recommandations de réalisation du FCU.

Figure 11 : Deuxième partie du questionnaire (connaissances vis-à-vis du FCU)

8. Selon vous, à quoi sert un frottis ?

- ☐ Dépister les lésions liées au HPV (Human Papilloma Virus)
- ☐ Dépister les infections génitales (mycose, vaginose, Chlamydiae...)
- ☐ Ne sait pas

9. Quel doit-être l'âge du premier frottis ?

- ☐ Age du premier rapport sexuel
- ☐ 20 ans
- ☐ 25 ans
- ☐ 30 ans

10. A quelle fréquence doivent-être réalisés les frottis ?

- ☐ Tous les 6 mois
- ☐ Tous les ans
- ☐ Tous les 3 ans
- ☐ Tous les 5 ans

11. Quels sont les professionnels de santé habilités à réaliser un frottis ?
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Gynécologue
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Laboratoire

La troisième partie interrogeait les répondantes sur leur parcours de santé.

Figure 12 : Troisième partie du questionnaire (parcours de santé)

12. Avez-vous un suivi gynécologique ?

- ☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, de quand date votre dernière consultation gynécologique ?

- ☐ Moins d'un an ☐ Entre 1 et 3 ans ☐ Plus de 3 ans

13. Avez-vous un médecin traitant ?

- ☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, quelle est la fréquence de vos consultations chez votre médecin traitant ?

- ☐ Plus d'une fois par mois
- ☐ Plus d'une fois tous les 6 mois
- ☐ Plus d'une fois par an
- ☐ Moins d'une fois par an

➤ Vous-a-t-il déjà demandé si vous aviez réalisé un frottis dans les 3 ans ?

- ☐ Oui ☐ Non

14. Avez-vous déjà réalisé un frottis ?

- ☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, avez-vous réalisé un frottis dans les 3 dernières années ?

- ☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, par qui a été réalisé votre dernier frottis ?

- ☐ Gynécologue
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Laboratoire

La quatrième concernait la vaccination anti-HPV.

Figure 13 : Quatrième partie du questionnaire (vaccination anti-HPV)

15. Savez-vous qu'il existe un vaccin contre le Papilloma virus (HPV) ?

☐ Oui ☐ Non

16. Si vous êtes née **après 1992**, avez-vous été vaccinée contre le Papilloma virus (HPV) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

17. Avez-vous reçu une information le concernant ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, par qui ?

☐ Médecin traitant

☐ Gynécologue

☐ Entourage

☐ Médias

18. Avez-vous une ou des fille(s) ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, est-elle ou sont-elles vaccinée(s) ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si elles ne le sont pas, pouvez-vous m'en donner la raison ?
(plusieurs réponses possibles)

☐ Manque d'information

☐ Craintes concernant le vaccin

☐ Limite d'âge dépassée

Enfin, la cinquième et dernière partie était réservée aux patientes qui n'étaient pas à jour de leur dépistage par FCU. Elle questionnait les patientes sur les raisons de leur non-participation au programme de dépistage individuel.

Figure 14 : Cinquième partie du questionnaire (raisons de la non-participation)

19. Saviez-vous qu'il était recommandé de réaliser un frottis tous les 3 ans ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, par quel biais l'avez-vous su ?

☐ Famille, amis, entourage

☐ Médecin traitant

☐ Gynécologue

☐ Médias

20. Parmi les raisons suivantes, cochez celles qui vous correspondent :

☐ Absence de suivi par un gynécologue

☐ Votre médecin traitant ne vous en a jamais parlé

☐ Mauvaise compréhension de son utilité

☐ Vous avez été vaccinée contre le Papilloma virus (HPV)

☐ Peur de l'examen gynécologique (pudeur, peur de la douleur...)

☐ Difficultés d'avance des frais

☐ Délai important pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue

☐ Difficultés pour se rendre chez un gynécologue

☐ Le résultat est une source d'angoisse

21. Après explication concernant le frottis (voir brochure d'information remise avec le questionnaire), seriez-vous prête à en parler à votre médecin généraliste ?

☐ Oui ☐ Non

A l'issue du remplissage du questionnaire, il a été remis aux patientes participantes à l'étude un dépliant d'information concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus.

La brochure distribuée est disponible en annexe.

III/ Déroulement du recueil de données

Les participantes, alors qu'elles se rendaient à un rendez-vous de consultation médicale, se voyaient proposer en salle d'attente le questionnaire sus-décrit.

Ce dernier était disposé dans des bannettes avec une inscription qui invitait les patientes à y répondre.

Nous avons choisi de le déposer dans les salles d'attentes du centre médical République (505 cours de la république, 84120 Pertuis), qui regroupe quatre médecins généralistes, et du centre de consultations de l'Hôpital Beauregard (23 Rue des Linots, 13012 Marseille).

La période de recueil des questionnaires s'est étendue de Janvier 2019 à Mai 2019.

IV/ Analyse des données

Les résultats ont été retranscrits sur un tableur Excel.

Les connaissances des sujets interrogés en termes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été évaluées en établissant un système de notation basé sur leurs réponses aux questions 8, 9, 10 et 11. Chaque question valait 1 point.

Pour la question n°8, la bonne réponse (à savoir « Dépister les lésions liées au HPV (Human Papilloma Virus) ») valait 1 point et une mauvaise réponse retirait 0,25 point, sans que le score ne puisse être négatif.

Pour les questions n°9 et n°10, pour lesquelles les bonnes réponses étaient respectivement « 25 ans » et « 3 ans », une bonne réponse valait 1 point.

Enfin pour la question N°11, dans laquelle les quatre items proposés étaient corrects, chaque bonne réponse valait 0,25 point.

Nous avons considéré les patientes comme suffisamment informées lorsqu'elles obtenaient une note globale supérieure ou égale à 2/4.

Les patientes à jour de leur dépistage individuel du CCU et celles n'ayant pas réalisé de FCU dans les 3 dernières années ont été scindées en deux groupes distincts.

Leurs réponses étaient comparées chaque fois que cette confrontation paraissait pertinente.

Par souci de lisibilité, ces groupes seront désignés par la suite comme AJ (à jour) et NAJ (non à jour).

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test statistique du Chi2 ou du test exact de Fisher.

Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test t de Student.

Les analyses statistiques ont été en partie réalisées à l'aide du logiciel XLSTAT ou du site BiostaTGV

RESULTATS

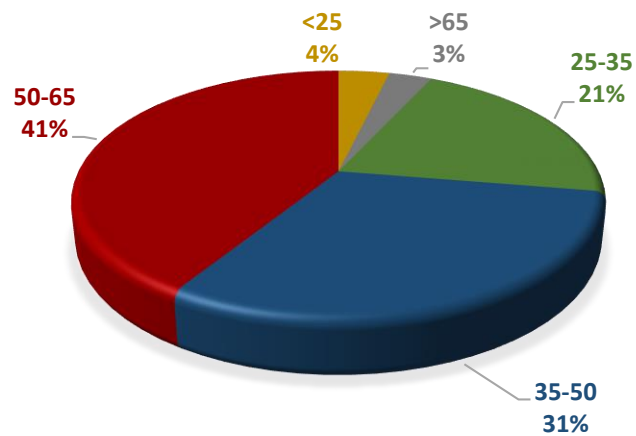
I/ Caractéristiques des patientes interrogées

Au total, 348 questionnaires ont été recueillis.

1) Tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 50-65 ans ($n=143$; IC 95 % = [35,9-46,2]), soit celle chez qui les dernières études ont observé un déclin de la participation au programme de dépistage individuel du CCU.

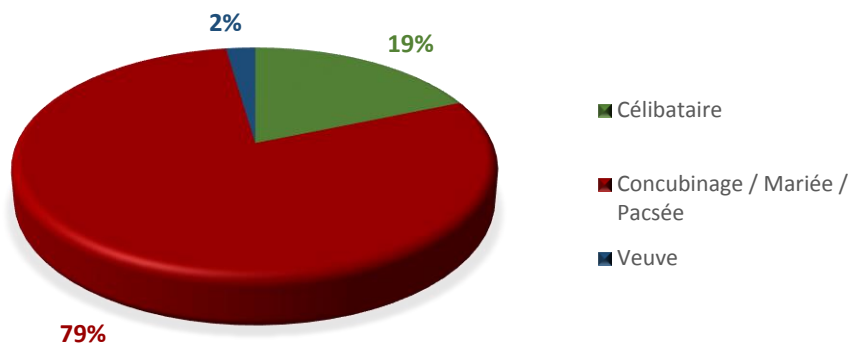
Figure 15 : Répartitions des participantes selon leur tranche d'âge



2) Situation familiale

La majorité des participantes était en couple (en concubinage, mariée ou pacsée ; $n=275$; IC 95 % = [74,7-83,3]).

Figure 16 : Statut marital



84% des répondantes avaient au moins un enfant ($n = 292$).

3) Couverture sociale

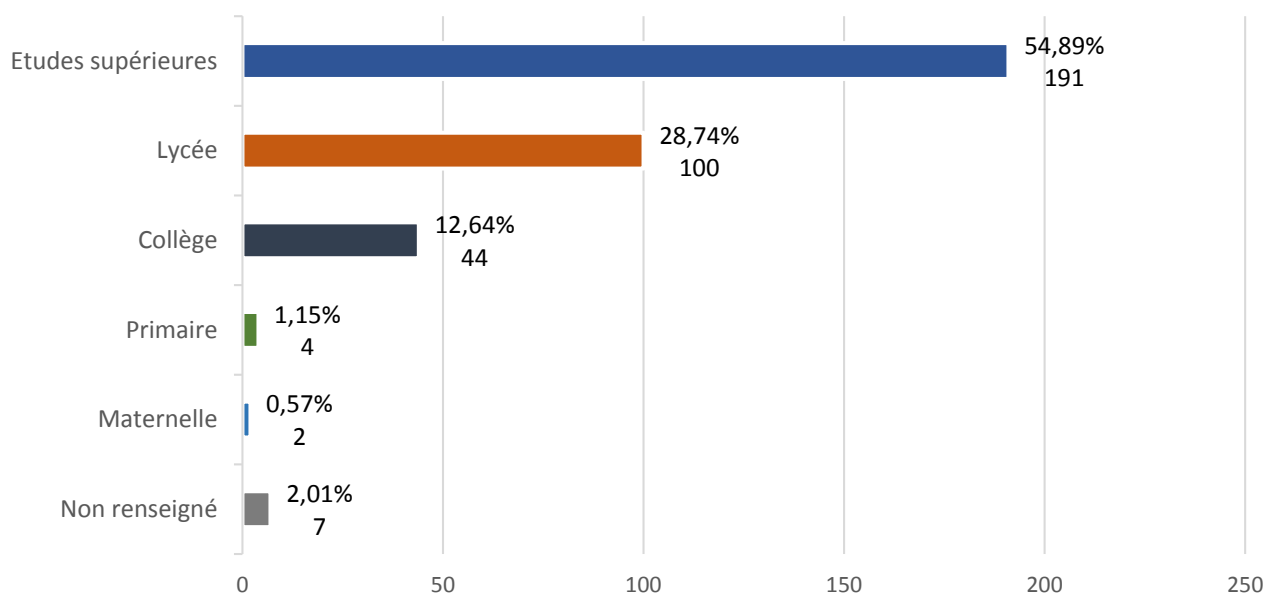
En ce qui concerne leur couverture sociale :

- 5,46% ($n = 19$) bénéficiaient d'une ALD (Affection Longue Durée)
- 3,45% ($n = 12$) bénéficiaient de la CMU (Couverture Maladie Universelle)
- 2,87% ($n = 10$) bénéficiaient de la CMUc (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)
- 1 seule participante bénéficiait de l'AME (Aide Médicale d'Etat)

4) Niveau d'étude

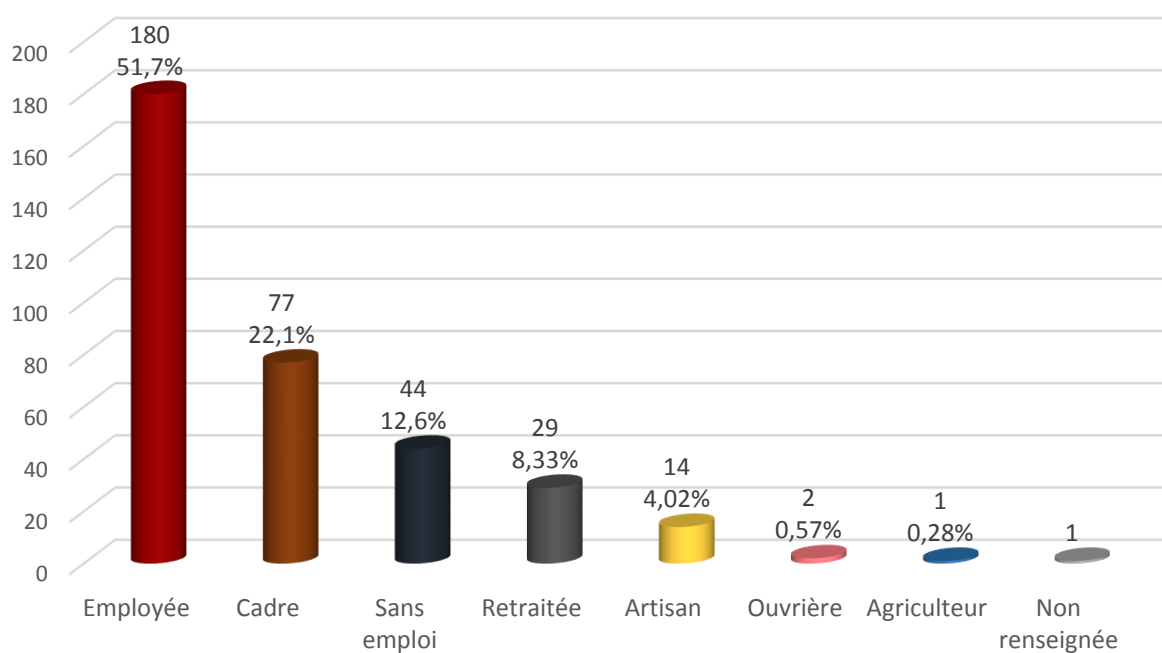
La majorité des répondantes (n = 191 ; 54,89 %) déclaraient avoir eu accès aux études supérieures.

Figure 17 : Niveau d'étude des participantes



5) Catégorie socio-professionnelle

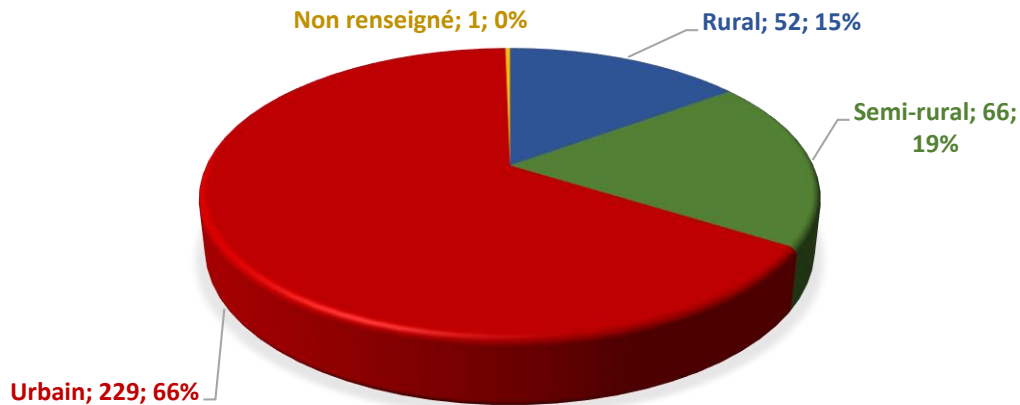
Figure 18 : Catégorie socio-professionnelle



6) Milieu de vie

La majorité des répondantes provenaient d'un milieu urbain (n = 229 ; 66%).

Figure 19 : Milieu de vie



II/ Connaissances en termes de dépistage du cancer du col de l'utérus

A l'issue de l'analyse des réponses aux questions n°8, 9, 10 et 11 (selon le schéma de notation décrit dans le paragraphe « MATERIEL ET METHODE »), la note moyenne des participantes, toutes catégories confondues, était de 1,61/4.

Afin de rechercher une différence d'information entre les patientes AJ et NAJ de leur frottis de dépistage, les moyennes de leurs réponses ont été comparées pour chacune des questions. Les résultats de ces comparaisons sont disponibles dans le Tableau 1.

La note moyenne des patientes n'ayant pas de FCU à jour était de 1,38/4 vs 1,67/4 pour celles à jour de leur dépistage du CCU. Cette différence était significative avec $p=0,02$.

Tableau 1 : Comparaison des notes moyennes obtenues par les patientes en fonction de leur statut vis-à-vis du dépistage du CCU

	FCU à jour	FCU non à jour	p-value
Moyenne Q8	0,68	0,53	0,02
Moyenne Q9	0,13	0,11	0,619
Moyenne Q10	0,30	0,25	0,391
Moyenne Q11	0,54	0,48	0,067
Moyenne totale	1,67	1,38	0,02

1) Utilité du frottis cervico-utérin

La première question reposait sur le but du FCU.

266 patientes (76,4%) avaient coché la bonne réponse, à savoir « dépister les lésions liées au virus HPV ».

Cependant, plus de la moitié d'entre elles (n = 150 ; 56,3%) pensaient également que le FCU servait à dépister les infections vaginales de type (mycose, vaginose, Chlamydiae...).

Seulement 11 des répondantes ont admis ne pas savoir quel était le but du FCU.

La comparaison des réponses des patientes AJ et NAJ de leur FCU a démontré une différence significative ($p = 0,02$) en faveur des participantes AJ de leur dépistage.

2) Age recommandé du premier frottis cervico-utérin

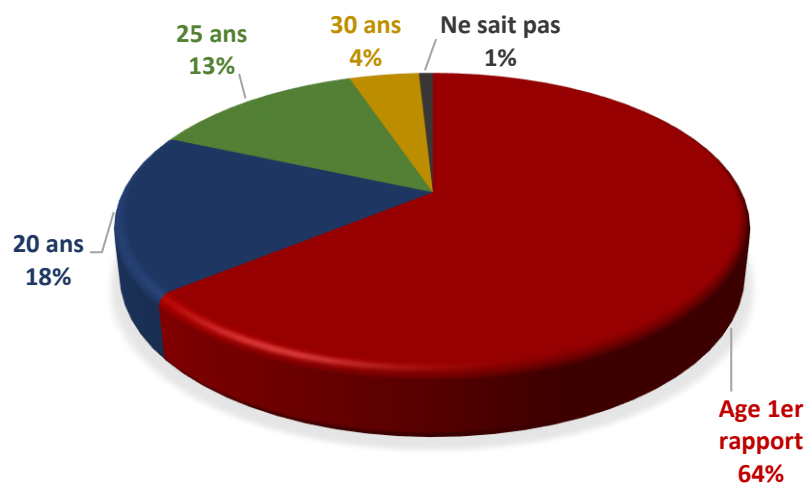
Une des erreurs les plus fréquentes rencontrée à la lecture des questionnaires portait sur l'âge du premier FCU. En effet, 64% des patientes interrogées (n = 223 ; IC 95% = [59,0 - 69,1%]) pensaient que l'âge recommandé correspondait à l'âge des premiers rapports sexuels.

Seulement 13% (n = 46) ont répondu juste à cette question (à savoir 25 ans).

Trois des répondantes admettaient ne pas savoir quel était l'âge recommandé pour réaliser son premier FCU.

Il n'existait pas, au seuil de 5%, de différence significative entre les réponses des patientes AJ et NAJ ($p = 0,619$)

Figure 20 : Age recommandé du premier FCU selon les participantes



3) Fréquence de réalisation du frottis cervico-utérin

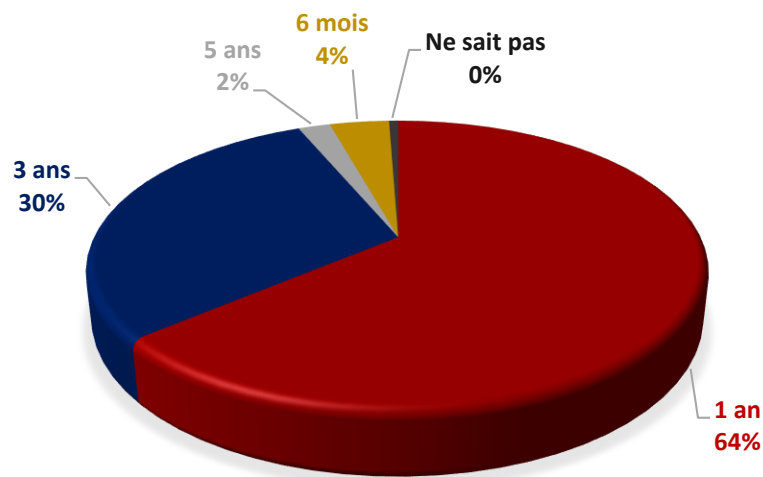
Ici encore, à la question concernant la fréquence de réalisation du FCU, 64% des patientes répondaient qu'il était recommandé de réaliser un FCU tous les ans.

Cependant, elles étaient plus nombreuses ($n = 104$; 30%) à répondre juste, soit une fréquence triennale.

Deux des répondantes admettaient ne pas savoir à quelle fréquence il était recommandé de renouveler leur FCU.

La comparaison des réponses des groupes AJ et NAJ n'a pas non plus révélé de différence significative au seuil de 5% ($p = 0,391$).

Figure 21 : Fréquence de réalisation du FCU selon les participantes



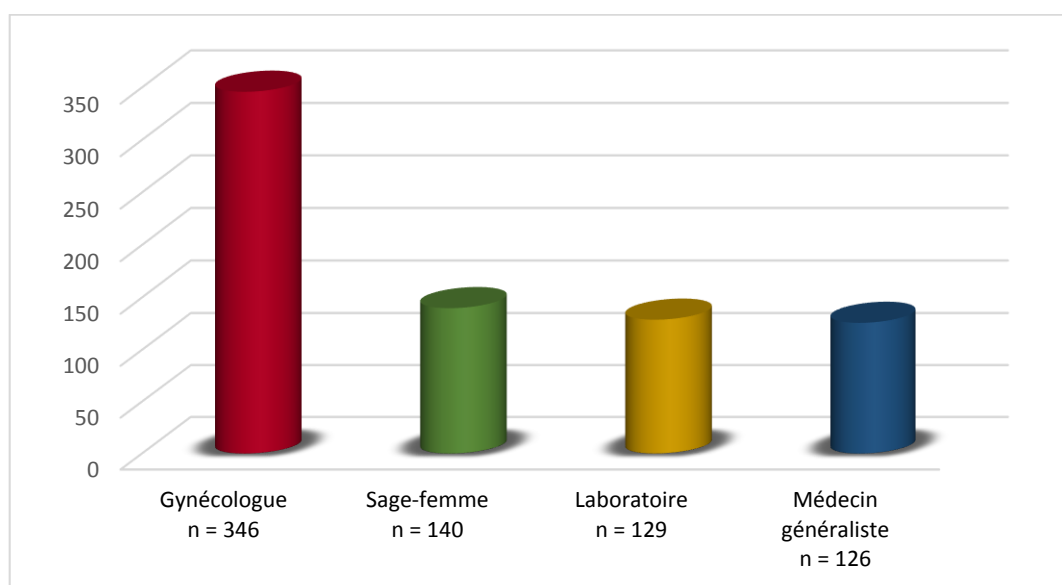
4) Professionnels habilités à réaliser un frottis cervico-utérin

Il était également demandé aux participantes quels professionnels de santé étaient, selon elles, habilités à réaliser un FCU de dépistage. A cette question, le gynécologue était cité par 346 patientes (soit 99,4%).

La sage-femme et le laboratoire d'analyses médicales étaient cités respectivement par 140 (soit 40,2%) et 129 (soit 37,0%) répondantes.

Le médecin généraliste, en dernière position, n'a été cité que 126 fois (soit 36,2%).

Figure 22 : Professionnels habilités à réaliser un FCU selon les participantes



Cette méconnaissance de l'aptitude du médecin généraliste à prélever un FCU était comparable chez les patientes à jour de leur dépistage et celles qui ne l'étaient pas.

En effet, la comparaison de ces deux groupes a révélé que les patientes AJ avaient cité le médecin généraliste 106 fois (38,1%) et que les patientes NAJ l'avaient cité 20 fois (28,5%).

Cette différence n'était pas significative au seuil de 5% ($p = 0,164$).

III/ Parcours de santé des femmes interrogées

1) Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin

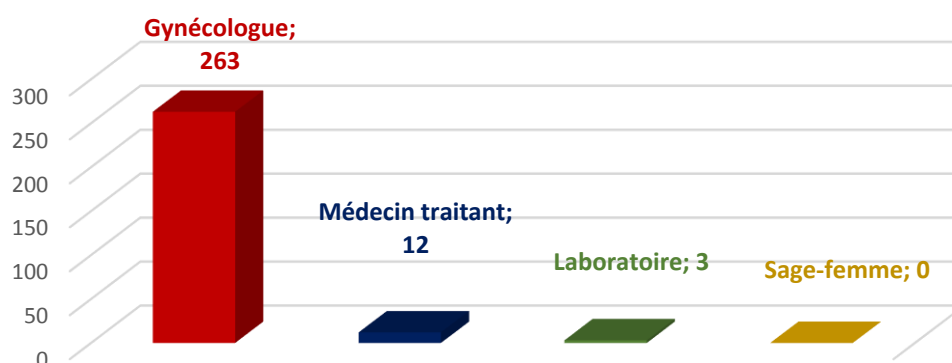
Sur les 348 questionnaires recueillis, 94,8% des patientes ($n=330$; IC 95 % = [92,5–97,1]) déclaraient avoir eu au moins un frottis au cours de leur vie. Parmi elles, 278 femmes avaient bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années.

Ainsi, le taux de participation effective au dépistage dans notre échantillon était de 79,8% (IC 95 % = [75,6 – 84,0]).

Pour 263 d'entre elles (soit 94,6%), le dernier frottis avait été réalisé par un gynécologue.

Il avait été pratiqué par un médecin traitant dans 12 cas (soit 4%), et par un laboratoire dans 3 cas (soit 1%). Aucune n'avait été pratiqué par une sage-femme.

Figure 23 : Répartition des professionnels de santé ayant pratiqué un FCU chez les patientes interrogées



2) Suivi médical

91,1% des participantes déclaraient être suivies par un gynécologue.

Parmi elles, 62,6% (n = 218) avaient consulté leur gynécologue dans l'année et 22,1% (n = 77) avaient bénéficié d'un suivi gynécologique dans un délai de 1 à 3 ans.

6,03% n'avaient pas vu leur gynécologue depuis plus de 3 ans (n = 21).

Une des participantes n'a pas répondu à la question concernant la date de sa dernière consultation gynécologique.

Parmi les 70 participantes n'ayant pas de FCU à jour, 48 déclaraient bénéficier d'une consultation chez leur généraliste au moins une fois par an.

Pour seulement 14% (n = 10) de ces femmes échappant au dépistage malgré un suivi médical par leur médecin traitant, ce dernier leur avait déjà demandé si elles avaient bénéficié d'un FCU datant de moins de 3 ans.

Il apparaissait donc que 14,3% des patientes échappant au dépistage ne réalisent pas de frottis cervico-utérin malgré les recommandations fournies par leurs médecins.

Or, chez les patientes à jour, 38% (n = 107) avaient déjà été interrogées par leur médecin traitant quant à la date de leur dernier frottis.

Cette différence était statistiquement significative au seuil de 5% avec $p < 0,0001$.

IV/ Vaccination anti-HPV

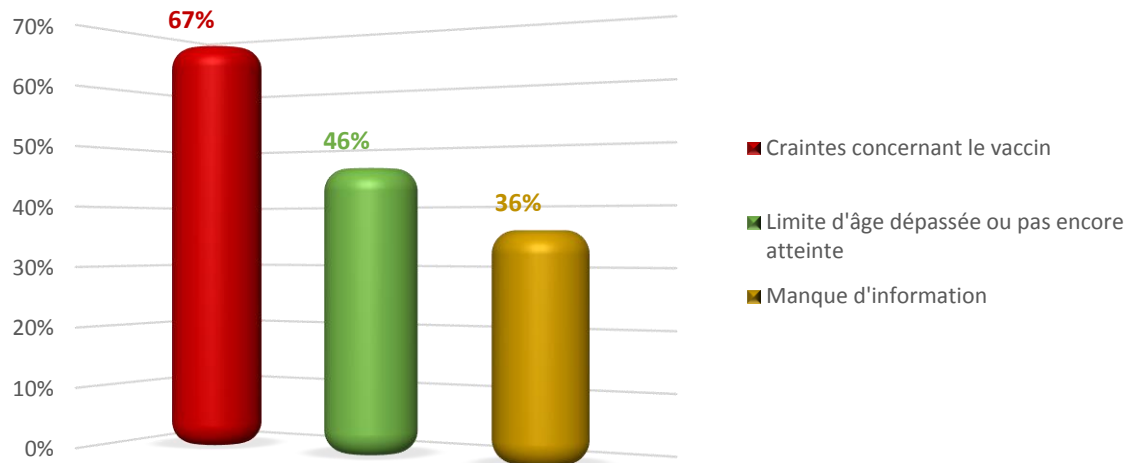
Parmi les répondantes, 80% (n = 280) connaissaient l'existence d'un vaccin anti-HPV mais seulement 39,6% (n = 138) estimaient avoir reçu une information le concernant.

Cette information avait été délivrées dans 39,1% des cas par le médecin généraliste, dans 36,9% des cas par le gynécologue, puis par les médias et l'entourage dans respectivement 35,5% et 15,9% des cas.

Sur 187 participantes étants mères d'au moins une fille, seulement 53 (soit 28,3%) les avaient faites vacciner. Une seule participante n'a pas répondu à la question concernant la vaccination anti-HPV de sa ou ses fille(s).

Sur les 133 patientes (soit 71,1%) n'ayant pas fait vacciner leur(s) fille(s), la majorité (67%) déclaraient ne pas l'avoir fait par crainte concernant le vaccin et 36% évoquaient le manque d'information. Enfin dans 46% des cas, les jeunes filles n'étaient pas vaccinées car elles étaient encore trop jeunes (moins de 11 ans) ou avaient déjà dépassé l'âge limite prévu pour la vaccination (soit 19 ans).

Figure 24 : Raisons évoquées de la non-vaccination anti-HPV



Toujours dans le but de mettre en évidence l'importance d'une information claire dans la stratégie de vaccination des jeunes filles contre le virus HPV, nous avons comparé la couverture vaccinale des jeunes filles selon que leurs mères considéraient avoir été informées ou pas des objectifs et modalités de la vaccination anti-HPV.

Sur 138 participantes qui considéraient être informées quant au vaccin anti-HPV, 85 avaient une ou des fille(s) et 36 les avaient faites vacciner (soit 42,3%).

Or, parmi les 210 répondantes qui estimaient ne pas avoir reçu d'information concernant le vaccin, 102 avaient au moins une fille et seulement 17 déclaraient l'avoir faite vaccinée (soit 16,6%).

Cette différence était significative à 5% avec un $p < 0,05$.

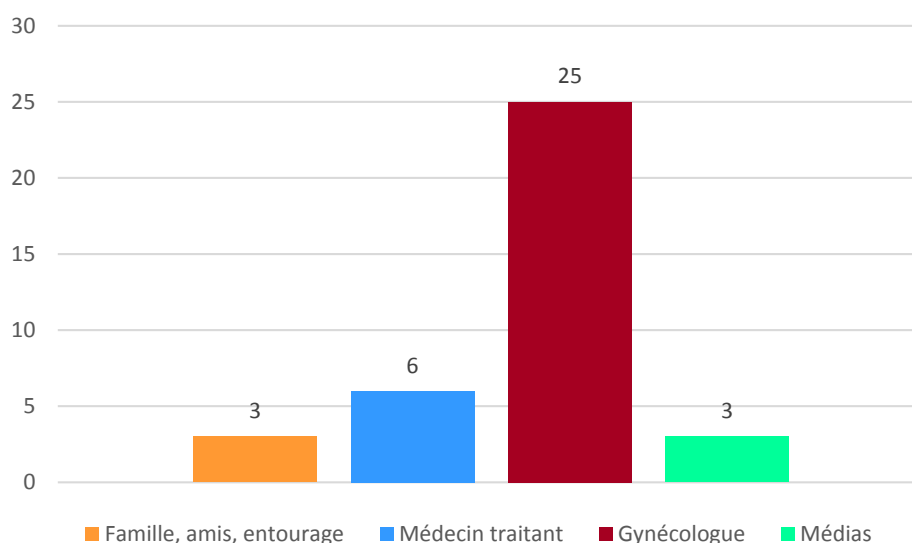
VI/ Raisons de la non-participation au programme de dépistage du CCU

Parmi les patientes non à jour de leur dépistage du CCU, 37,1% ($n = 26$) savaient que ce dépistage par FCU était recommandé tous les 3 ans, 52,8% ($n = 37$) déclaraient ne pas le savoir.

Enfin, 10% ($n=7$) n'ont pas répondu à cette question.

Les patientes informées du délai recommandé entre chaque FCU l'avaient majoritairement été par leur gynécologue (96,15% ; $n = 25$).

Figure 25 : Répartition des sources d'information des patientes quant à la fréquence recommandée des FCU

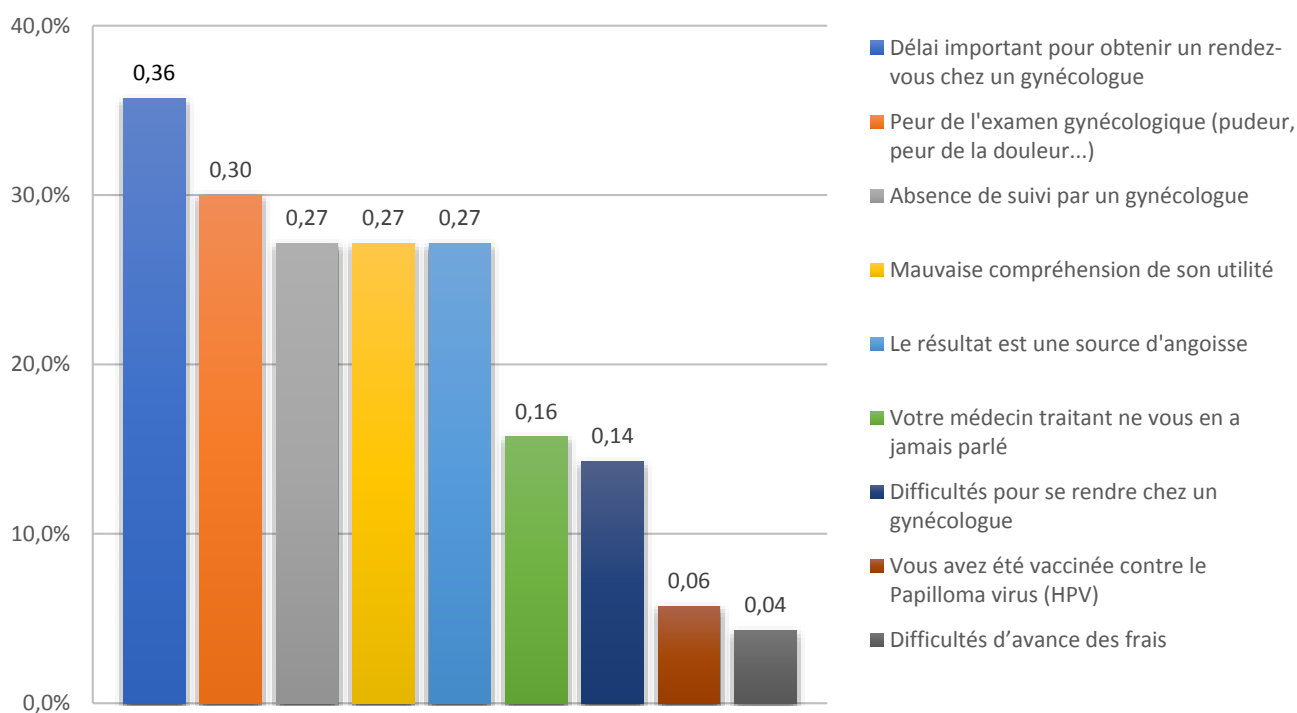


La raison la plus fréquemment avancée par les patientes était le délai important pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue (n = 25 ; 35,7%).

En deuxième position venait la peur de l'examen gynécologique (n = 21 ; 30%).

L'absence de suivi par un gynécologue, la mauvaise compréhension de l'utilité du FCU et le fait que le résultat soit une source d'angoisse ont été cités par 27% des patientes échappant au dépistage.

Figure 26 : Raisons évoquées par les patientes NAJ de leur dépistage, par ordre décroissant de fréquence



A la fin du questionnaire, il était demandé aux patientes si elles étaient maintenant prêtes à aborder le sujet du dépistage du cancer du col avec leur médecin généraliste.

A cette question, 75,7% (soit $n = 53$) des patientes n'étant pas à jour de leur FCU ont répondu favorablement. Il est à noter que 12,8% ($n = 9$) n'ont pas répondu.

Huit des patientes NAJ admettaient donc ne pas vouloir discuter du sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus avec leur médecin. Cette catégorie de femmes volontairement réticentes au dépistage représente 11,4% de celles échappant au suivi.

DISCUSSION

I/ PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude a permis de mettre en évidence un défaut d'information des patientes ciblées par la prévention et le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, les réponses des participantes ont montré une différence significative des connaissances après comparaison des patientes à jour de leur frottis et celles échappant au dépistage.

En effet, il apparaît que les patientes participantes au programme de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus étaient mieux informées que celles qui y échappent.

Parmi les erreurs les plus fréquemment rencontrées figuraient l'âge recommandé du premier frottis cervico-utérin et la fréquence de réalisation recommandée.

La majorité des répondantes (64%) considéraient que le premier frottis de dépistage devait avoir lieu après les premiers rapports sexuels et qu'il devait être renouvelé tous les ans.

Ces erreurs ne sont pourtant pas sans conséquences. Le dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin avant 25 ans (8) ou à un rythme supérieur à la fréquence triennale recommandée, expose à un surdépistage et parfois à un surtraitement.

Le surdépistage est la mise en évidence et la prise en charge de lésions précancéreuses qui auraient spontanément régressé.

Ce surdépistage concerne environ 41% des femmes ciblées par le dépistage (9).

Le surtraitement entraîne des gestes invasifs ou de la chirurgie « inutiles », sur des lésions parfois spontanément régressives. (10)

Chez les moins de 25 ans, près de 70 % des lésions de CIN 2 régressent dans les 2 ans suivant leur mise en évidence.

Ainsi Rieck (11) dans une analyse médico-économique, à partir de 22 000 femmes de 20-24 ans dépistées chaque année au pays de Galles, a noté que pour un cancer évité et 2 micro-invasifs découverts, 450 conisations auront été réalisées pour un coût total de 825 000 livres sterling. Les données épidémiologiques anglaises montrent qu'il faut traiter 100 CIN 3 pour éviter un cancer entre 20 et 24 ans.

Un dépistage trop fréquent ne représente aucun bénéfice sur l'incidence des cancers du col de l'utérus et génère un surcoût pour l'Assurance Maladie.

L'étude a également révélé que seule 36,2% des répondantes connaissaient la compétence du médecin généraliste à réaliser un frottis de dépistage du cancer du col l'utérus.

La pratique du dernier frottis avait été, pour la quasi-totalité de l'échantillon (94,6%), pratiqué par un gynécologue.

Les patientes qui avaient déjà été interrogées par leur médecin généraliste quant à la date de leur dernier frottis cervico-utérin avaient un taux de participation au dépistage significativement supérieur.

Chez les patientes qui n'avaient pas eu de frottis depuis plus de 3 ans, la raison la plus fréquemment citée était le délai d'obtention d'un rendez-vous de suivi gynécologique.

Après lecture du dépliant d'information concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 75,7% des patientes non à jour étaient prêtes à aborder le sujet avec leur médecin généraliste.

Alors qu'une grande majorité des répondantes (80%) connaissaient l'existence du vaccin anti-HPV, seulement 39,6% estimaient en avoir reçu une explication éclairée.

Les participantes informées de la vaccination anti-HPV avaient plus souvent fait vacciner leur(s) fille(s).

II/ CONSEQUENCES DU SURDEPISTAGE

Il a été démontré que le dépistage plus précoce, non seulement était inutile mais probablement délétère par des actes invasifs potentiellement morbides dans des situations qui ne le nécessitent pas (12).

La majorité des lésions retrouvées avant 25 ans seront des lésions d'origine indéterminée et des LIEBG dont le traitement a clairement montré une augmentation de la morbidité et du coût sans impact sur la diminution de la survenue du cancer du col. (13)

Par ailleurs, un résultat de cytologie pathologique entraîne un stress émotionnel avec de l'anxiété, de l'inquiétude par la projection d'un diagnostic de cancer ou de problèmes de fertilité. (14)

L'image de soi est habituellement altérée avec des sentiments de honte ou de culpabilité.

De plus, par son caractère sexuellement transmissible HPV a une connotation négative dans la population et stigmatisante pour la femme atteinte. Ce vécu entraîne des séquelles psycho-sociales importantes (colère, dépression, isolement, honte et culpabilité exprimés par la patiente) comme le rappellent Linnehan et al. dans un case report publié en 2000. (15)

Finalement, il est démontré que la qualité de vie globale est souvent également altérée. (16)

Les indications de la colposcopie sont justifiées par la découverte d'un FCU anormal, mais indiquer une colposcopie n'est pas anodin ; indiquer cet examen équivaut à mettre en route une démarche diagnostique stressante pour les patientes.

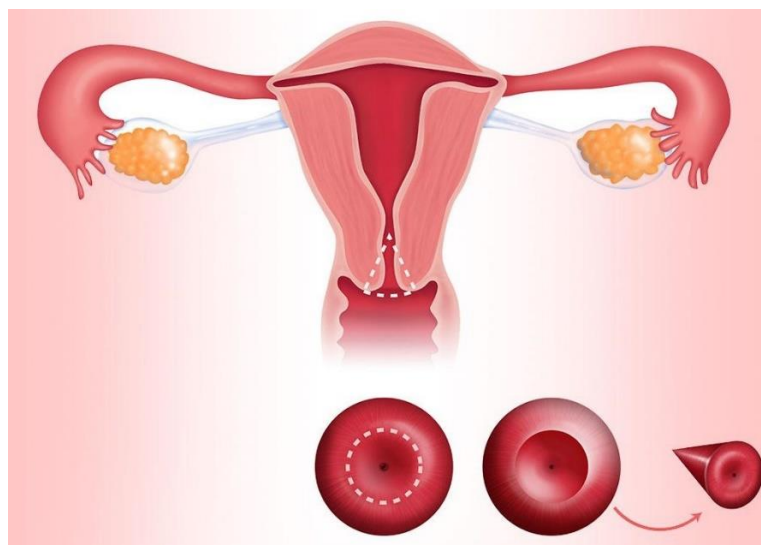
La colposcopie est aussi un examen inconfortable au cours duquel sont inspectés la vulve, le vagin et le col avec mise en place prolongée d'un spéculum et, dans certains cas, des prélèvements de tissus. Ces manipulations peuvent exercer un stress avec un impact sur la qualité de vie et sur la sexualité. Malgré le peu d'études publiées sur le sujet, la réalisation d'une colposcopie semble avoir un impact psychologique et psychosexuel sur les patientes. (17)(18)

Enfin, si la biopsie confirme la lésion de haut grade ou dans certaines situations de discordance laissant suspecter une lésion de haut grade (non-visualisation de la jonction, biopsies restant négatives avec des anomalies cytologiques franches persistantes...), une conisation sera pratiquée.

III/ RISQUES ET COMPLICATIONS DE LA CONISATION

La conisation consiste à enlever une petite partie du col utérin, emportant la zone de jonction entre l'endocol et l'exocol, endroit d'infection par le virus HPV et donc du développement des lésions.

Figure 27 : Conisation du col utérin

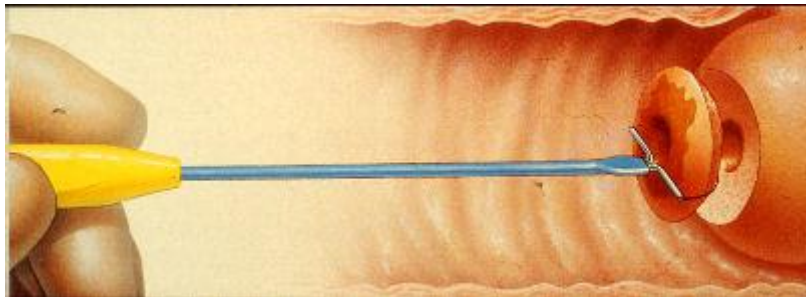


Toutes ces conisations, outre leur coût, ont des répercussions obstétricales et sur la fertilité, à ne pas négliger, ce d'autant qu'elles touchent une population jeune ayant encore, le plus souvent, un projet de grossesse.

Plusieurs méta-analyses (19)(20)(21) ont montré une augmentation du risque d'accouchements prématurés, de retard de croissance intra-utérin, de mort in utero ou de césariennes dans les populations ayant eu une conisation et ce, quelle que soit la technique de conisation utilisée. Les conisations sont également responsables parfois d'hémorragies postopératoires, et de douleurs. Elles peuvent engendrer des difficultés au suivi colposcopique du fait d'une sténose orificielle rendant la jonction inaccessible. Ces sténoses peuvent également être source d'infertilité.

À ce jour, la pratique de la résection à l'anse diathermique est préférée à la conisation chirurgicale ou au laser. Bien que d'efficacité équivalente aux autres méthodes (22)(23), la RAD est effectivement la seule technique d'exérèse qui soit à la fois simple, nécessitant un matériel peu coûteux, réalisable en ambulatoire, possible sous anesthésie locale, et idéalement sous contrôle colposcopique direct permettant une résection de volume parfaitement adapté, généralement inférieur à celui obtenu par conisation.

Figure 28 : Conisation à l'anse diathermique (LEEP)



Si elle augmente le risque de complications obstétricales (accouchement prématuré, petit poids de naissance et rupture prématurée des membranes), elle est le seul traitement d'exérèse qui n'augmente pas significativement la morbidité et la mortalité néonatales (21).

Enfin, en l'absence d'une cautérisation trop marquée de la tranche cervicale, elle permet souvent de conserver la possibilité d'un suivi colposcopique ultérieur en limitant le risque de colposcopie insatisfaisante par sténose de l'orifice cervical ou par une jonction pavimento-cylindrique endocervicale non entièrement visible.

IV/ FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

La tranche d'âge la plus représentée dans cette étude était celle des 50-65 ans, soit la catégorie chez qui les dernières études ont observé un déclin de la participation au dépistage par frottis cervico-utérin.

Or, le taux de participation effective dans notre échantillon (79,8%) est nettement plus élevé que celui avancé par les dernières études, à savoir 61,2%.

Cette différence peut s'expliquer par un biais de recrutement.

En effet, les données ayant été recueillies au décours d'une consultation médicale, les patientes composant notre échantillon ne représentent pas les femmes échappant à tout suivi médical. Or, cette catégorie correspond à une grande partie des femmes cibles identifiées comme « sous-participantes » au programme de dépistage individuel du CCU.

Par ailleurs, l'étude a été menée dans les villes de Pertuis et Marseille, dans lesquelles la démographie médicale n'est pas tout à fait représentative de la difficulté d'accès aux soins rencontrées dans certaines régions françaises.

En effet, d'après les données relatives à la démographie des professionnels de santé libéraux, il apparaît que les départements du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône affichent une densité médicale supérieure à celle de la France métropolitaine. (24)

Tableau 2 : Densités des professionnels de santé en 2017

	Médecine générale ¹	Gynécologie ^{1,2}
Bouches-du-Rhône	104	11,4
Vaucluse	81,8	8,7
France entière	78,9	7,4

(1) Densité exprimée /100 000 habitants

(2) Gynécologie médicale et obstétrique

Enfin, dans le cadre d'une enquête déclarative, des oublis, des erreurs d'appréciation ou de mémorisation (ancienneté du dernier frottis, notamment) ou une sur-déclaration des conduites de dépistage sont d'autres biais possibles qui pourraient expliquer l'écart observé.

V/ PERSPECTIVES

1) Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Troisième programme national de dépistage organisé, le dépistage du cancer du col de l'utérus s'adresse aux 17 millions de femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans.

Une étude médico-économique menée entre 2014 et 2016 par l'Institut national du cancer (25) a montré l'intérêt du déploiement d'un dépistage organisé et son impact sur la diminution de l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus. Cette diminution pourrait atteindre les 30 % à l'horizon 2028 dans l'hypothèse d'un taux de participation de 80 %.

Le programme national vise à toucher les 40 % de femmes ne réalisant pas ou pas régulièrement l'examen.

Ce programme vise également à améliorer les pratiques de ce dépistage et à optimiser les pratiques professionnelles (intervalles entre deux tests, suivi des femmes présentant un résultat anormal/positif...).

Les professionnels de santé en charge du suivi gynécologique des femmes, au premier rang desquels figurent les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes, constituent le principal mode d'entrée dans ce dépistage. Le dialogue qu'ils initieront avec leurs patientes favorisera une meilleure compréhension de ses enjeux et la participation à ce programme.

Cependant les patientes pourront aussi réaliser leur dépistage directement dans certains laboratoires d'analyses médicales.

Le professionnel de santé est invité à engager plus systématiquement la question du dépistage du cancer du col de l'utérus avec ses patientes pour vérifier la date de son dernier dépistage et, le cas échéant, lui proposer de réaliser l'examen ou lui prescrire.

Les récentes modifications des recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus impose une adaptation des modalités du dépistage organisé.

En effet, un avis de la Haute Autorité de Santé (HAS), rendu le 10 juillet 2019, recommande la mise en place du test HPV, réalisé tous les 5 ans, en première intention dans le dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes de plus de 30 ans.

Le prélèvement cervico-utérin, tous les 3 ans, reste l'examen de référence pour les femmes de 25 à 29 ans.

La détection des HPV à haut risque au niveau cervico-utérin est un test sensible pour dépister les lésions cervicales de haut grade et a été proposé comme outil de dépistage primaire au niveau européen (26).

Chez les femmes de plus de 30 ans, il s'avère nettement plus efficace pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. De plus, en cas de test négatif, le recours au test HPV permet d'allonger l'intervalle entre deux dépistages – passant de tous les 3 ans à tous les 5 ans après 30 ans.

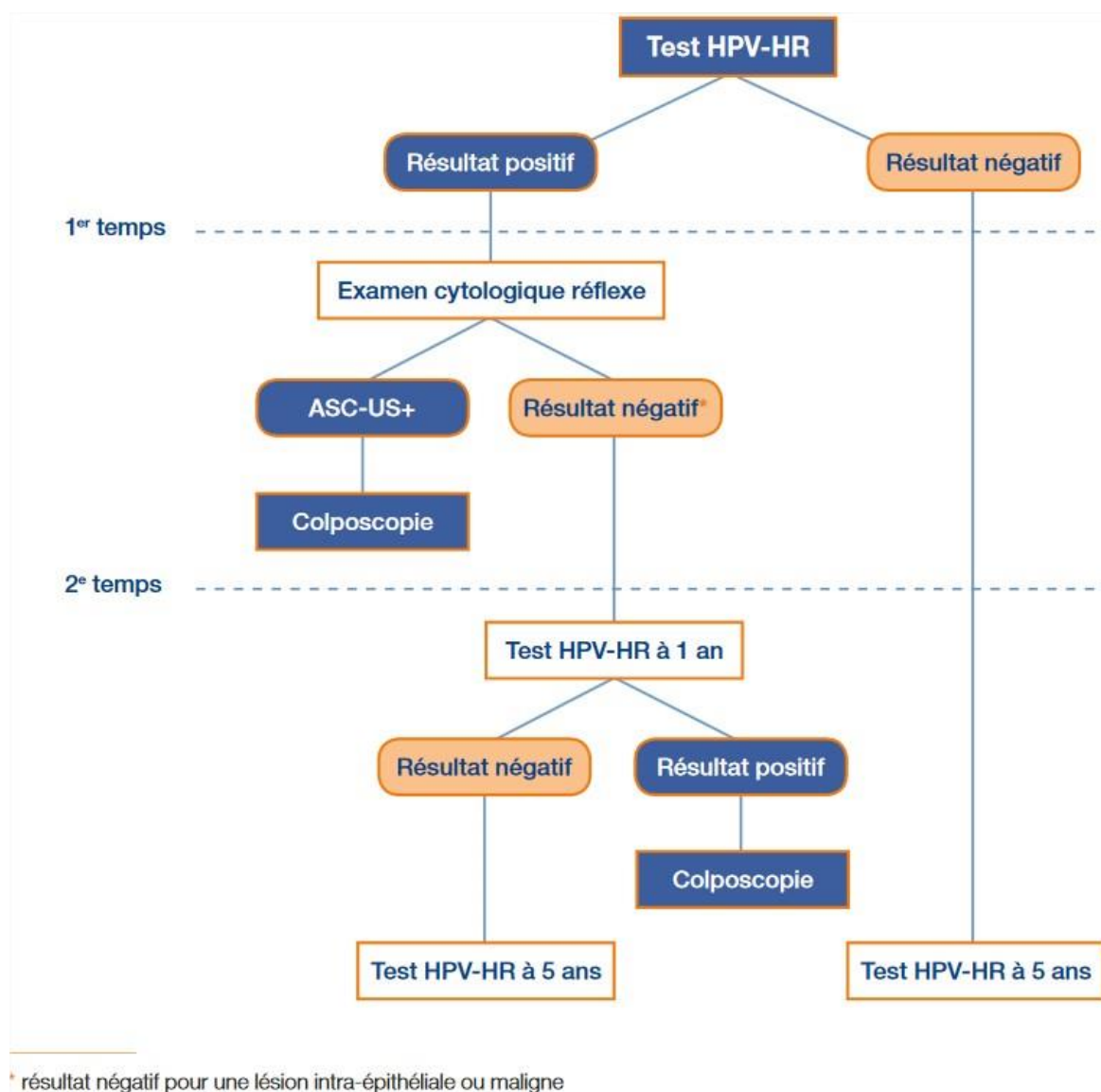
Le test HPV peut aussi se faire à partir d'un auto-prélèvement vaginal. Les femmes pourraient avoir accès à des kits pour réaliser elles-mêmes le prélèvement.

La HAS recommande cette modalité pour les femmes de plus de 30 ans qui ne se font pas dépister régulièrement ou qui sont éloignées du système de soins. (27).

Des expérimentations d'utilisation de ces tests d'auto-prélèvement devront être menées en population générale afin d'en évaluer l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience dans le contexte français.

L'auto-prélèvement vaginal représente donc une alternative au prélèvement cervical par un professionnel de santé pour la réalisation d'un test HPV pour certaines femmes.

Figure 29 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU



2) L'évolution du rôle du médecin généraliste

Au regard de la raréfaction des gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes seront de plus en plus souvent impliqués dans le parcours de soins de ces femmes. Il est donc essentiel que le programme de dépistage organisé s'accompagne d'une diffusion de recommandations actualisées sur la conduite à tenir devant une cytologie anormale pour garantir des attitudes thérapeutiques adaptées.

L'Institut national du cancer (INCa), par ses missions d'information des professionnels, met à disposition des professionnels des recommandations actualisées sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale en précisant les indications d'utilisation des différentes options thérapeutiques, pour éviter les conisations en excès et minimiser le surtraitement.

Figure 30 : Campagne de sensibilisation destinée aux professionnels de santé

**Voici le premier acte pour réduire
de 30 % le nombre de décès
par cancer du col de l'utérus :**



**Parlez à vos patientes du programme
de Dépistage Organisé du Cancer
du Col de l'Utérus pour lutter contre ce cancer.**

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence un manque d'information des participantes vis-à-vis du programme de dépistage.

Cependant, les patientes les mieux informées affichaient un taux de participation plus important aux programmes de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les participantes interrogées par leur médecin traitant quant à la date de leur dernier frottis étaient également plus souvent à jour de leur dépistage.

Parmi les répondantes n'ayant pas réalisé de frottis depuis plus de 3 ans, 75,7% se disaient prêtes à aborder le sujet du dépistage avec leur médecin traitant.

Enfin, une partie des femmes échappant au programme de dépistage semblent réticentes à réaliser un frottis cervico-utérin malgré les recommandations délivrées par leurs médecins.

Concernant la vaccination anti-HPV, les mères qui se considéraient informées des objectifs de la vaccination avaient significativement plus souvent fait vacciner leur(s) fille(s).

Les mesures visant l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus sont marquées par l'introduction d'un programme national de dépistage organisé.

Par ailleurs, depuis juillet 2019, la HAS recommande à partir de 30 ans que le test HPV remplace l'examen cytologique en dépistage primaire du CCU.

Le test HPV sera réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. Le rythme entre deux dépistages par test HPV est de 5 ans, dès lors que le résultat du test est négatif. Le prélèvement cervico-utérin, tous les 3 ans, reste l'examen de référence pour les femmes de 25 à 29 ans.

Dans ce contexte d'actualisation des pratiques, cette étude rappelle l'importance de l'implication de tous les professionnels de santé concernés (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, laboratoires) et d'une information claire et accessible.

REFERENCES

1. Beltzer N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. :6.
2. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*. sept 2007;370(9590):890- 907.
3. Ostör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol*. avr 1993;12(2):186- 92.
4. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, Block SL, Brown DR, DiNubile MJ, et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 2016;63(4):519- 27.
5. Barré S. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. :9.
6. Barré S. Évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. :11.
7. Ben Hadj Yahia, Béchir & Blachier, Martin & Leleu, Henri & Massetti, Marc & Jacques Baldauf, Jean & Sophie Banaszuk, Anne & Barré, Stéphanie & Beltzer, Nathalie & Bonastre, Julia & de Bels, Frédéric & Dalstein, Véronique & Duport, Nicolas & Ertel-Pau, Valérie & Flori, Marie & Gaillot, Julie & Gastaldi-Ménager, Chrystelle & Haguenoer, Ken & Jordan, Philippe & Launoy, Guy & Laura, Zanetti. (2016). Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus - étude médico-économique - Phase 1.
8. Maura G, Chaignot C, Weill A, Alla F, Heard I. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(2-3):32-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_2.html.
9. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
10. Dépistage organisé du cancer du col utérin : une nécessité d'information éthique pour les femmes - Septembre 2017 [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_organise_du_cancer_du_col_uterin_une_nec/
11. Rieck GC, Tristram A, Hauke A, Fielder H, Fiander AN. Cervical screening in 20-24-year olds. *J Med Screen*. 2006;13(2):64- 71; discussion 62-63.

12. Al-Kalbani M, Price J, Thompson G, Ahmad S, Nagar H. Does Cervical Screening in Young Women Aged 20-25 Years Lead to Unnecessary and Harmful Interventions? *Asian Pac J Cancer Prev*. 6 oct 2015;16(15):6557- 9.
13. Raffle AE, Alden B, Mackenzie EFD. Detection rates for abnormal cervical smears: what are we screening for? *The Lancet*. juin 1995;345(8963):1469- 73.
14. Rogstad KE. The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. avr 2002;109(4):364- 8.
15. Linnehan MJ, Groce NE. Counseling and Educational Interventions for Women with Genital Human Papillomavirus Infection. *AIDS Patient Care STDs*. août 2000;14(8):439- 45.
16. Drolet M, Brisson M, Maunsell E, Franco EL, Coutlée F, Ferenczy A, et al. The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result: The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result. *Psychooncology*. oct 2012;21(10):1071- 81.
17. Hellsten C, Lindqvist P, Sjöström K. A longitudinal study of sexual functioning in women referred for colposcopy: a 2-year follow up. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 28 sept 2007;115(2):205- 11.
18. Flanagan SM, Wilson S, Luesley D, Damery SL, Greenfield SM. Adverse outcomes after colposcopy. *BMC Womens Health* [Internet]. déc 2011 [cité 10 sept 2019];11(1). Disponible sur: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-2>
19. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. févr 2006;367(9509):489- 98.
20. Crane J. Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure: a systematic review. *Obstet Gynecol*. nov 2003;102(5):1058- 62.
21. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, Raifu AO, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ*. 18 sept 2008;337(sep18 1):a1284- a1284.
22. Martin-Hirsch PP, Paraskevidis E, Kitchener HC. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. In: *The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1999 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001318>
23. Soutter W, de Barros Lopes A, Fletcher A, Monaghan J, Duncan I, Paraskevidis E, et al. Invasive cervical cancer after conservative therapy for cervical intraepithelial neoplasia. *The Lancet*. avr 1997;349(9057):978- 80.

24. BORIES MASKULOVA VERONIQUE. Effectif et densité par départements en 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/effectifs-et-densite.php>
25. Synthèse - Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / Étude médico-économique / Phase 2 - Ref : APDEPCCUSYN16 [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Etude-medico-economique-Phase-2>
26. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *The Lancet*. févr 2014;383(9916):524- 32.
27. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. févr 2014;15(2):172- 83.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Nombre estimé de nouveaux cas de cancers liés aux HPV (France, 2015).....	3
Figure 2 : Histoire naturelle de l'infection à HPV.....	5
Figure 3 : Couverture vaccinale (%) par le vaccin HPV chez les jeunes filles pour une dose et le schéma complet (source : SNIRAM-DCIR, Santé publique France, mise à jour au 31/12/18).....	6
Figure 4 : Couverture vaccinale en Europe (2015 - Données InVS).....	7
Figure 5 : Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage.	7
Figure 6 : Incidence du cancer du col de l'utérus comparant les données observées, les projections dans le scénario actuel et le scénario sans programme de dépistage. Taux normalisé selon l'âge (population européenne) chez les femmes âgées de 20 à 84 ans.....	8
Figure 7 : Incidence et mortalité en 2012 par classe d'âge.....	9
Figure 8 : Participation des femmes au dépistage par frottis cervico-utérin selon leur tranche d'âge.....	10
Figure 9 : Fréquence de réalisation du FCU (d'après les données de l'échantillon général des bénéficiaires, HAS, 2010).....	10
Figure 10 : Première partie du questionnaire (profil socio-démographique).....	12
Figure 11 : Deuxième partie du questionnaire (connaissances vis-à-vis du FCU).....	13
Figure 12 : Troisième partie du questionnaire (parcours de santé).....	13
Figure 13 : Quatrième partie du questionnaire (vaccination anti-HPV).....	14
Figure 14 : Cinquième partie du questionnaire (raisons de la non-participation).....	15
Figure 15 : Répartitions des participantes selon leur tranche d'âge.....	17
Figure 16 : Statut marital.....	18
Figure 17 : Niveau d'étude des participantes.....	19
Figure 18 : Catégorie socio-professionnelle.....	19
Figure 19 : Milieu de vie.....	20
Tableau 1 : Comparaison des notes moyennes obtenues par les patientes en fonction de leur statut vis-à-vis du dépistage du CCU.....	20
Figure 20 : Age recommandé du premier FCU selon les participantes.....	21
Figure 21 : Fréquence de réalisation du FCU selon les participantes.....	22
Figure 22 : Professionnels habilités à réaliser un FCU selon les participantes.....	23
Figure 23 : Répartition des professionnels de santé ayant pratiqué un FCU chez les patientes interrogées.....	24
Figure 24 : Raisons évoquées de la non-vaccination anti-HPV.....	25
Figure 25 : Répartition des sources d'information des patientes quant à la fréquence recommandée des FCU ..	26
Figure 26 : Raisons évoquées par les patientes NAI de leur dépistage, par ordre décroissant de fréquence.....	26
Figure 27 : Conisation du col utérin.....	29
Figure 28 : Conisation à l'anse diathermique (LEEP).....	30
Tableau 2 : Densités des professionnels de santé en 2017.....	31
Figure 29 : Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU.....	33
Figure 30 : Campagne de sensibilisation destinée aux professionnels de santé.....	34

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire remis aux patientes

1. Quel âge avez-vous ?

- ☐ < 25 ☐ 25 – 35 ☐ 35 – 50 ☐ 50 - 65 ☐ > 65

2. Quel est votre statut marital ?

- ☐ Célibataire ☐ En Concubinage / Mariée / Pacsée ☐ Veuve

3. Avez-vous des enfants ?

- ☐ Non ☐ Oui, 1 ☐ Oui, plusieurs

4. Quel est votre niveau de scolarisation ?

- ☐ Primaire
☐ Collège
☐ Lycée
☐ Etudes supérieures
☐ Autre :

5. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- ☐ Employée
☐ Ouvrière
☐ Artisan, commerçante, chef d'entreprise
☐ Agricultrice
☐ Cadre, profession libérale
☐ Sans emploi
☐ Retraitée

6. De quelle couverture sociale bénéficiez-vous ?

- ☐ Régime général
☐ CMU (couverture maladie universelle)
☐ CMUc (couverture maladie universelle complémentaire)
☐ AME (aide médicale d'état)
☐ ALD (affection de longue durée)

7. Dans quel milieu habitez-vous ?

- ☐ Urbain ☐ Rural ☐ Semi-rural

8. Selon vous, à quoi sert un frottis ?

- ☐ Dépister les lésions liées au HPV (Human Papilloma Virus)
☐ Dépister les infections génitales (mycose, vaginose, Chlamydiae...)
☐ Ne sait pas

9. Quel doit-être l'âge du premier frottis ?

- ☐ Age du premier rapport sexuel
- ☐ 20 ans
- ☐ 25 ans
- ☐ 30 ans

10. A quelle fréquence doivent-être réalisés les frottis ?

- ☐ Tous les 6 mois
- ☐ Tous les ans
- ☐ Tous les 3 ans
- ☐ Tous les 5 ans

11. Quels sont les professionnels de santé habilités à réaliser un frottis ?
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Gynécologue
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Laboratoire

Merci d'avoir répondu à la première partie de ce questionnaire.
Afin de pouvoir répondre à la deuxième partie, voici quelques informations qui vous seront nécessaires :
- Le dépistage du cancer du col utérin par frottis cervico-vaginal sert à dépister les lésions liées à une infection par Papilloma Virus (HPV)
- Le frottis ne dépiste pas les infections génitales (mycose, Chlamydiae, Gonocoque...)

A propos de votre parcours de santé :

12. Avez-vous un suivi gynécologique ?

- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, de quand date votre dernière consultation gynécologique ?
 - ☐ Moins d'un an
 - ☐ Entre 1 et 3 ans
 - ☐ Plus de 3 ans

13. Avez-vous un médecin traitant ?

- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, quelle est la fréquence de vos consultations chez votre médecin traitant ?
 - ☐ Plus d'une fois par mois
 - ☐ Plus d'une fois tous les 6 mois
 - ☐ Plus d'une fois par an
 - ☐ Moins d'une fois par an
- Vous-a-t-il déjà demandé si vous aviez réalisé un frottis dans les 3 ans ?
 - ☐ Oui ☐ Non

14. Avez-vous déjà réalisé un frottis ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, avez-vous réalisé un frottis dans les 3 dernières années ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, par qui a été réalisé votre dernier frottis ?

- ☐ Gynécologue
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Laboratoire

A propos de la vaccination anti-HPV

15. Savez-vous qu'il existe un vaccin contre le Papilloma virus (HPV) ?

☐ Oui ☐ Non

16. Si vous êtes née **après 1992**, avez-vous été vaccinée contre le Papilloma virus (HPV) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

17. Avez-vous reçu une information le concernant ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, par qui ?

- ☐ Médecin traitant
- ☐ Gynécologue
- ☐ Entourage
- ☐ Médias

18. Avez-vous une ou des fille(s) ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, est-elle ou sont-elles vaccinée(s) ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si elles ne le sont pas, pouvez-vous m'en donner la raison ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Manque d'information
- ☐ Craintes concernant le vaccin
- ☐ Limite d'âge dépassée

La partie suivante est réservée aux patientes n'ayant pas réalisé de frottis depuis plus de 3 ans :

19. Saviez-vous qu'il était recommandé de réaliser un frottis tous les 3 ans ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Si oui, par quel biais l'avez-vous su ?

- ☐ Famille, amis, entourage
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Gynécologue
- ☐ Médias

20. Parmi les raisons suivantes, cochez celles qui vous correspondent :

- ☐ Absence de suivi par un gynécologue
- ☐ Votre médecin traitant ne vous en a jamais parlé
- ☐ Mauvaise compréhension de son utilité
- ☐ Vous avez été vaccinée contre le Papilloma virus (HPV)
- ☐ Peur de l'examen gynécologique (pudeur, peur de la douleur...)
- ☐ Difficultés d'avance des frais
- ☐ Délai important pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue
- ☐ Difficultés pour se rendre chez un gynécologue
- ☐ Le résultat est une source d'angoisse

21. Après explication concernant le frottis (voir brochure d'information remise avec le questionnaire), seriez-vous prête à en parler à votre médecin généraliste ?

- ☐ Oui ☐ Non

Annexe 2 : Dépliant d'information remis aux patientes

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à toutes les femmes de 25 à 65 ans, ayant ou ayant eu des rapports sexuels, et après la ménopause. Il s'adresse également aux femmes qui sont vaccinées contre les HPV. Le test de dépistage doit être réalisé tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.

Parlez-en avec un médecin ou une sage-femme.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur

e-cancer.fr

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

DÈS 25 ANS, UN TEST À RÉALISER TOUS LES 3 ANS



POURQUOI CE DÉPISTAGE EST IMPORTANT ?

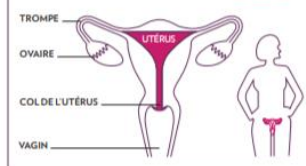
Le cancer du col de l'utérus est causé par des virus appelés « **papillomavirus humains** » (HPV). Très fréquents, ces virus se transmettent le plus souvent **lors de rapports sexuels**, avec ou sans pénétration. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due aux HPV entraîne des **lésions au niveau du col de l'utérus**, qui peuvent évoluer vers un cancer.

① Détecter tôt d'éventuelles lésions ou un cancer

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur l'**analyse de cellules** (examen cytologique) **prélevées au niveau du col de l'utérus** (prélèvement cervico-utérin/frottis). Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus, de les surveiller ou de les soigner et ainsi, de prévenir l'apparition d'un cancer. Si un cancer est détecté, en général, les soins seront plus légers et permettront de préserver davantage la fertilité.

90% des cancers du col de l'utérus peuvent être évités

➤ Où se situe le col de l'utérus ?



EN PRATIQUE

① Le rendez-vous

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, un centre mutualiste, un centre de planification et d'éducation familiale ou un hôpital ;
- de certains laboratoires de biologie médicale.

② Le test de dépistage

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

③ Les résultats

Le prélèvement est envoyé à un cabinet ou laboratoire spécialisé pour analyse par un médecin anatomo-cytopathologiste. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats.

Dans 96 % des cas, le résultat est normal

Cela signifie qu'aucune anomalie pouvant correspondre à des lésions précancéreuses ou à un cancer n'a été détectée au moment du dépistage. N'oubliez pas de refaire le test de dépistage tous les 3 ans ou 1 an après si c'est votre premier dépistage.

Dans 4 % des cas, le résultat est anormal

Cela ne signifie pas que vous avez un cancer mais qu'une anomalie a été détectée. Votre médecin ou votre sage-femme vous indiquera les examens complémentaires nécessaires et vous orientera, si besoin, vers un professionnel de santé spécialisé.

La consultation chez le professionnel de santé est prise en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'assurance maladie et votre complémentaire santé.

LA PRISE EN CHARGE

- Si vous avez reçu un courrier d'invitation, le test de dépistage est pris en charge à 100% sans avance de frais.
- Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la prise en charge de la consultation et du test est à 100% sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires.

POUR TOUTES LES FEMMES DÈS 25 ANS

Le dépistage s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé. Il a pour objectifs de réduire le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer, d'améliorer l'information ainsi que la qualité du suivi ou des soins. Il garantit à chaque femme un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et un niveau de qualité élevé.

④ Face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir

Se faire vacciner contre les HPV entre 11 ans et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus.

Réaliser un test de dépistage tous les 3 ans, entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

Information relative au traitement de vos données personnelles et à vos droits

Au titre de leur mission de service public, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers constituent des fichiers d'invitation à partir d'un traitement de données automatisé et assurent le suivi des personnes concernées par le dépistage. À ces fins, ils recueillent des données concernant votre identité et votre santé auprès des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé concernés. Le centre de votre région conservera l'ensemble de vos données jusqu'à la fin de votre suivi. Les données nécessaires à votre suivi médical seront transmises aux professionnels de santé concernés. Les données nécessaires aux évaluations et travaux statistiques seront communiquées aux structures publiques en charge de ces missions, dont l'Institut national du cancer et Santé publique France. Conformément au Règlement général sur la protection des données 2016/679 et à la loi informatique et libertés n°78-17 modifiée, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, d'un droit à la portabilité de vos données et d'un droit à la limitation de leur traitement que vous pouvez exercer en écrivant au centre régional de coordination des dépistages des cancers de votre région. Vous trouverez ses coordonnées auprès de votre médecin ou de votre sage-femme. Un recours peut être introduit auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ASCUS : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

CCU : Cancer du col de l'utérus

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS ; Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

INCa : Institut National du Cancer

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LSIL : Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion

RAD : Résection à l'anse diathermique

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

