



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 25 Octobre 2021
Par **Melle Hélène GOMEZ**

Intérêt des patientes pour un test HPV par auto-écouvillonnage
à la place du frottis cervico-utérin

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeur KARAYAN – TAPON Lucie

Membres :

Madame la Professeur MIGNOT Stéphanie

Madame la Docteur GARCIA Magali

Madame la Docteur BADI-DEBAUCHE Marielle

Directrice de thèse : Madame la Professeur MIGNOT Stéphanie

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNIER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A *Stéphanie MIGNOT*, merci pour votre disponibilité, votre implication et votre aide précieuse pour la réalisation et l'écriture de cette thèse.

A *Madame la Professeur Lucie KARAYAN – TAPON*, merci d'avoir accepté de présider ce jury.

A *Madame la Docteur Magali GARCIA*, merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de participer à ce jury.

A *Marielle BADI-DEBAUCHE*, merci pour votre confiance et votre accompagnement. Merci également d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A *Cynthia RIEUTORD* sans qui la réflexion initiale de cette thèse n'aurait jamais eu lieu. Merci pour ton écoute et ton partage de la Médecine Générale qui m'a confirmé que j'étais sur la bonne voie.

A tous mes maîtres de stages, mes enseignants des facultés de Médecine et de Pharmacie de Tours et Poitiers ; généralistes, spécialistes ; merci pour vos enseignements durant ces années d'externat et d'internat. Je vous dois ce que je suis professionnellement aujourd'hui.

A *mes co-internes*, et *ami(e)s* rencontré(e)s au cours de ce long chemin, je n'oublierais jamais tous ces moments passés ensemble.

A *toutes les patientes* qui ont participé à cette étude.

A *ma grand-mère, Rolande*, à qui je dédie ce travail. Je sais que tu es fière de moi de là où tu es, c'est ma plus belle récompense.

A *mes parents*, merci de m'avoir toujours encouragée. Vous m'avez appris le respect, la créativité et la justesse, je ne vous en remercierais jamais assez.

A *ma sœur Cécile* et sa petite famille ; merci pour votre soutien de chaque instant.

A *Juliette*, la Médecine nous aura réunis, et maintenant ce lien est indéfectible. Merci pour ta présence, ton écoute, tes appels réconfortants à toute épreuve. L'internat n'aurait pas eu la même saveur sans toi ! Merci d'être comme tu es.

A *Quentin*, merci pour ton amour et ton soutien permanent, sans toi je n'en serais pas là aujourd'hui. Je suis si fière de t'avoir à mes côtés. Mille mercis également pour ton aide quant à la réalisation et à la relecture de cette thèse.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
Les modalités du dépistage aujourd’hui en France	7
Les inégalités face au dépistage	7
Les freins à la réalisation de l’examen gynécologique	8
Un nouveau mode de prélèvement	8
La question de recherche	8
LE CANCER DU COL DE L’UTERUS ET SON ORIGINE	9
<i>Human papillomavirus</i> : quelles conséquences ?	9
Le dépistage de l’HPV par un test	9
MATERIEL ET METHODE	10
Population	10
Recueil des données.....	10
A. Le questionnaire (voir annexes)	10
B. Mode d’envoi et dates de recueil	10
C. Choix des professionnels de santé	11
RESULTATS.....	12
Caractéristiques de la population étudiée	12
Intérêt pour un nouveau mode de dépistage	14
A. Dans l’échantillon sélectionné	14
B. Fonction des différentes variables d’analyse.....	14
C. Le lieu de prélèvement plébiscité par les patientes intéressées	15
D. L’auto-prélèvement : confortable ?	15
E. La systématisation de ce mode de dépistage chez les intéressées, en relai du FCU	15
Qu’en pensent les patientes qui ne sont pas intéressées ?	16
DISCUSSION	17
Synthèse des résultats	17
Quels biais ?	17
Que dit la littérature de ce nouveau mode de dépistage ?	18
CONCLUSION	20
BIBLIOGRAPHIE.....	21
ANNEXES.....	25
SERMENT	28
RESUME ET MOTS CLEFS	29

LISTE DES ABBREVIATIONS

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

COVID 19 : *Coronavirus Disease 2019*

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

INCa : Institut National Du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

INTRODUCTION

Les modalités du dépistage aujourd'hui en France

Le rapport annuel de l'Institut National du Cancer (INCa) estime en 2018 le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus à 2920 et le nombre de décès à 1117. Le taux de mortalité a diminué entre 2005 et 2012 de 2,0 % par an en moyenne (1,2). Chez la femme, le cancer du col représente à lui seul 1,5 % des cancers incidents (1).

Depuis le début des années 2000, il existe un ralentissement de la baisse de l'incidence, qui pourrait être en lien avec la modification des comportements à risque (apparition de la contraception, abaissement de l'âge du premier rapport sexuel, changements de pratiques) entraînant une contamination par le papillomavirus humain (HPV) plus facile (2). Cette baisse se retrouve notamment chez les femmes de plus de 50 ans.

En septembre 2020, un programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est lancé en France (3). Il avait été prévu par les autorités de santé publique en 2018, dans le cadre du plan cancer 2014-2019 (4). Il consiste à proposer à chaque femme de 30 à 64 ans inclus, toujours dans le cadre d'un frottis cervico-utérin (FCU), une recherche du papillomavirus ou « test HPV », à la place de l'analyse cytologique. Celui-ci est à réaliser tous les cinq ans. Concernant les femmes de 25 à 30 ans, elles bénéficient toujours d'un examen cytologique tous les trois ans après deux FCU sans anomalie, comme selon les anciennes recommandations (5).

Le FCU permet de détecter d'éventuelles anomalies cellulaires pré-cancéreuses. La prise en charge précoce de celles-ci permet de diminuer la mortalité en évitant la progression vers des lésions de haut grade, puis des carcinomes (6). Sa sensibilité et sa spécificité proches de 70 % ne permettent donc pas d'assurer l'absence totale de lésion pré-cancéreuse à une patiente qui présente un FCU négatif (5,7).

Malgré la relative efficacité de cette méthode de dépistage, près de 50 % des femmes restent peu ou pas dépistées, alors que 40 % des femmes le sont trop fréquemment (1,8).

Au final, seules 8 % des femmes âgées de 25 à 64 ans inclus ont un suivi adéquat selon l'ancienne recommandation (intervalle de 3 ans entre deux frottis cervico-utérins de dépistage) (9). Santé Publique France estime à 58,2 % le taux de dépistage des femmes concernées, sur la période 2017 – 2019 (10).

Le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de Juillet 2019 (11) cite la pratique de l'auto-prélèvement vaginal comme alternative au FCU, pour certaines femmes, sans préciser les conditions de réalisation, ni les caractéristiques des patientes éligibles. Des critères de précarité sont avancés sans réelle explication des conditions d'application.

Les inégalités face au dépistage

L'âge est un des facteurs de cette inégalité. Les patientes de plus de 50 ans participent moins au dépistage (12,13).

Il existe également une variation du taux de participation en fonction de la catégorie socio-professionnelle (CSP). Les patientes avec des professions plus précaires, où les revenus sont moindres, sont plus rarement dépistées (5,14–16). Les femmes bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU, nouvellement complémentaire santé solidaire ou C2S) n'ont pas les mêmes offres de soins que

les femmes ayant une autre mutuelle (17). Certains médecins n'acceptent pas les patientes avec la CMU, d'autres ont des dépassements d'honoraires ; cela participe à renforcer cette inégalité (9). Lorsque les patientes doivent faire l'avance des frais, il faut compter la consultation (25 euros), la réalisation du FCU (12,46 euros) et le prix de l'analyse du prélèvement par le laboratoire (15,40 euros). Même si le remboursement survient ultérieurement, l'avance des frais peut être difficile pour certaines personnes. La mise en place du dépistage organisé sur le territoire devrait permettre de réduire cette inégalité, encore faut-il que l'acte du frottis soit intégralement remboursé, ce qui n'est pas encore le cas. En effet, l'analyse du prélèvement est actuellement pris en charge à 100 %, mais l'acte en lui-même ne l'est qu'à 70 % par l'assurance maladie (3).

La localisation est aussi un frein au dépistage pour certaines patientes dans la mesure où il dépend de la disponibilité des professionnels à réaliser l'examen gynécologique (5,18). On note en effet que les départements ayant les taux de dépistage les plus bas correspondent à ceux où la densité médicale est la plus faible, et où les bénéficiaires de la CMU sont les plus nombreuses (9).

Les freins à la réalisation de l'examen gynécologique

L'examen gynécologique constitue une véritable barrière à la participation au dépistage (12).

Concernant les patientes, on retrouve fréquemment la peur de se déshabiller devant leur médecin, la crainte de l'examen ou encore de la douleur (19). On peut aussi noter la méconnaissance et l'accès parfois difficile à l'information sur le cancer du col (20). Ceci peut être en partie lié à l'origine sociale, le milieu familial ou encore la religion (21). Le sexe du médecin a également une influence ; certaines patientes ont des difficultés à accepter la réalisation de cet examen si le praticien est un homme (20).

Il existe aussi des freins concernant les professionnels de santé comme le manque de formation, d'intérêt, de temps ou parfois l'oubli d'aborder cette question en consultation (20,22,23). Certains praticiens présentent des difficultés pour proposer la réalisation de cet examen à leurs patientes (20).

Un nouveau mode de prélèvement

L'auto-prélèvement faciliterait sans doute les choses pour certaines femmes qui ne se font pas dépister actuellement car cela éviterait l'acte gynécologique. Une étude sur le ressenti des patientes vis-à-vis de cet autotest signale que 56 % des patientes interrogées envisageraient d'utiliser ce procédé pour leurs futurs dépistages, qu'elles décrivent facile d'utilisation (19). Des kits d'auto-prélèvement peuvent permettre aux femmes qui ne veulent pas aller chez leur médecin, de participer quand même au dépistage. Elles préfèrent réaliser ce prélèvement elles-mêmes que devoir aller chez un praticien (19).

La question de recherche

Je me suis donc posée la question de l'intérêt que pourraient avoir les patientes de 30 à 64 ans, habitantes du Poitou-Charentes, vis-à-vis de ce nouveau mode de prélèvement afin de rechercher le virus HPV. L'hypothèse est qu'elles soient intéressées par cet auto-prélèvement et favorables à l'utiliser pour leurs futurs dépistages.

J'ai également cherché à savoir si l'âge, la catégorie socio-professionnelle ou encore le mode de vie urbain ou rural, avaient un impact sur leur intérêt. Aussi, j'ai souhaité analyser leurs remarques vis-à-vis d'un possible relai de leur dépistage actuel sur FCU, par un auto-prélèvement pour recherche de l'HPV à l'avenir.

LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ET SON ORIGINE

Human papillomavirus : quelles conséquences ?

Le cancer du col est attribuable dans près de 100 % des cas à l'infection par le *Human Papillomavirus* (24), transmis sexuellement (25). Environ 75 % des hommes et des femmes seront concernés au cours de leur vie sexuelle par ce virus (26). Les types de HPV sont nombreux et la plupart ne seront pas à l'origine de cancer. Ils sont souvent éliminés de l'organisme au bout de quelques mois (27). La réalisation du test HPV avant 30 ans est pourvoyeur de beaucoup de résultats positifs entraînant des prises en charge qui ne sont sans doute pas nécessaires (23).

Les HPV dits oncogènes sont les génotypes 16 et 18 principalement (28). Ils sont impliqués dans le cancer du col de l'utérus mais également dans les cancers du vagin, de la vulve, du canal anal et certains cancers de la sphère oto-rhino-laryngologique. Le délai entre la contamination et l'évolution vers un cancer est de plusieurs années (29), d'où l'importance de dépister régulièrement les patientes pour prendre en charge des lésions minimales de bas grade, et ainsi éviter des lésions cancéreuses nécessitant des prises en charge beaucoup plus lourdes. Un cancer du col met environ 15 à 20 ans avant de se développer suite à une infection par un HPV oncogène (30,31).

Le dépistage de l'HPV par un test

Le dépistage par test HPV permet de détecter plus tôt la présence du virus et donc sa potentielle évolution vers des lésions de bas grade ou de haut grade. Ce test peut être effectué sur des prélèvements au niveau du col ou au niveau vaginal. Les deux méthodes ne changent pas la possibilité de recherche du virus et sont tout aussi efficaces (23,32). Le test HPV a une sensibilité de l'ordre de 90%, ce qui est significativement plus que celle du FCU, mais sa spécificité est moindre (33,34).

Ce test de recherche du HPV a montré deux avantages par rapport à la cytologie : une bonne reproductibilité et une sensibilité indépendante de l'âge. Le FCU doit concerner les femmes de 25 à 30/35 ans puis le dépistage par le test HPV prend le relai par la suite jusqu'à 64 ans inclus (35). Les nouvelles recommandations du dépistage proposent de réaliser un test HPV tous les cinq ans (11), contrairement à la cytologie qui devait être effectuée tous les trois ans (35).

Qu'en est-il de l'auto-prélèvement pour réalisation d'un test HPV ? Il a été montré que l'envoi du kit d'auto-prélèvement au domicile est un bon moyen de dépister les femmes qui ne consultent jamais et donc ne participent pas au dépistage. Celles qui vivent dans un contexte de précarité étaient concernées par cet envoi et participaient ainsi plus activement (36). L'analyse coût-efficacité a mis en évidence que l'auto-prélèvement entraîne un surcoût, mais que celui-ci est acceptable compte tenu de l'augmentation significative du taux de participation (37). On y suggère que la réalisation du test HPV sur un auto-écouvillonnage, moins spécifique et moins sensible qu'un prélèvement réalisé par un professionnel (38,39), est tout de même intéressant à proposer. Il serait en effet plus accessible à certaines femmes, notamment celles qui ne se font pas dépistées (40), ce qui permettrait ainsi d'accroître le taux de participation au dépistage.

MATERIEL ET METHODE

Population

Cette étude concerne les femmes âgées de 30 à 64 ans inclus qui représentent les cibles du programme actuel de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les femmes de moins de 30 ans sont exclues. Le HPV est très fréquent dans les premières années de vie sexuelle (41) et le dépistage avant 30 ans risquerait de conduire à des tests HPV très souvent positifs, entraînant alors une surmédicalisation pour un virus qui serait éliminé spontanément quelques années plus tard (42).

Les femmes ayant eu recours à une chirurgie d'hystérectomie avec non conservation du col de l'utérus sont également exclues.

L'étude est menée sur les quatre départements de l'ancienne région administrative du Poitou-Charentes, c'est-à-dire les Deux-Sèvres, la Charente, la Charente-Maritime et la Vienne. Cela permet d'obtenir un nombre plus important de patientes, et un brassage géographique pour répondre à l'un des objectifs secondaires, à savoir le taux de patientes intéressées en fonction du mode de vie (urbain ou rural).

Recueil des données

L'étude a été réalisée sous forme de questionnaires à destination des patientes.

A. Le questionnaire (voir annexes)

Le questionnaire porte sur les antécédents de dépistage de la patiente, sur son intérêt vis-à-vis de l'auto-prélèvement (craintes, confort, etc.), et recueille également des informations nécessaires à la classification des patientes (âge, métier, commune de résidence). Toutes les données sont anonymes et la seule indication personnelle est le lieu d'habitation de la patiente qui détermine son environnement (urbain ou rural). Le caractère urbain / rural est défini selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), à l'aide du dénombrement de la population énoncée sur Wikipédia en juin 2021.

B. Mode d'envoi et dates de recueil

Pour plus de flexibilité et compte tenu du contexte sanitaire de la Coronavirus Disease 2019 (COVID 19) lors du recrutement des participantes, deux méthodes ont été employées.

Une partie des questionnaires a été envoyée sous format papier aux médecins généralistes, dans le but de les remettre à leurs patientes, habituellement suivies par eux ou non. Le mode de remise du questionnaire a été laissé à l'appréciation des praticiens. Il convenait juste de cibler les patientes correspondant aux critères d'inclusion. Les questionnaires étaient ensuite à renvoyer à l'aide d'une enveloppe préaffranchie.

La seconde partie a été envoyée à différents praticiens (généralistes, gynécologues, sages-femmes) sous la forme d'une affiche papier à exposer dans leur salle d'attente. Celle-ci contenait un lien QR

code à flasher par les patientes avec leur téléphone portable, renvoyant vers ce même questionnaire sous format numérique (Via *Google Forms*).

L'envoi a eu lieu en décembre 2020. Le nombre de réponses reçues étant insuffisant en février 2021, notamment sous format papier, un second envoi a eu lieu à ce moment-là, exclusivement composé d'affiches pour les questionnaires numériques. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'en août 2021.

Les médecins faisant partie du groupe « questionnaires papiers » et n'ayant pas fait de retour ont été relancés par téléphone en février 2021 afin de les inviter à me retourner leurs questionnaires s'ils souhaitaient participer.

C. Choix des professionnels de santé

Les médecins généralistes et les gynécologues ont été sélectionnés aléatoirement dans la liste disponible sur le site internet de l'Ordre National des Médecins. Au total, quarante médecins généralistes et cinq gynécologues par département ont été contactés. Sept généralistes par département ont reçu douze questionnaires papiers ainsi que l'affiche contenant le QR code. Tous les autres praticiens n'ont reçu que l'affiche.

Pour les sages-femmes, la sélection s'est faite à partir de l'annuaire se trouvant sur le site internet de l'Ordre des Sages-Femmes. Au total, quinze sages-femmes par département ont été sélectionnées.

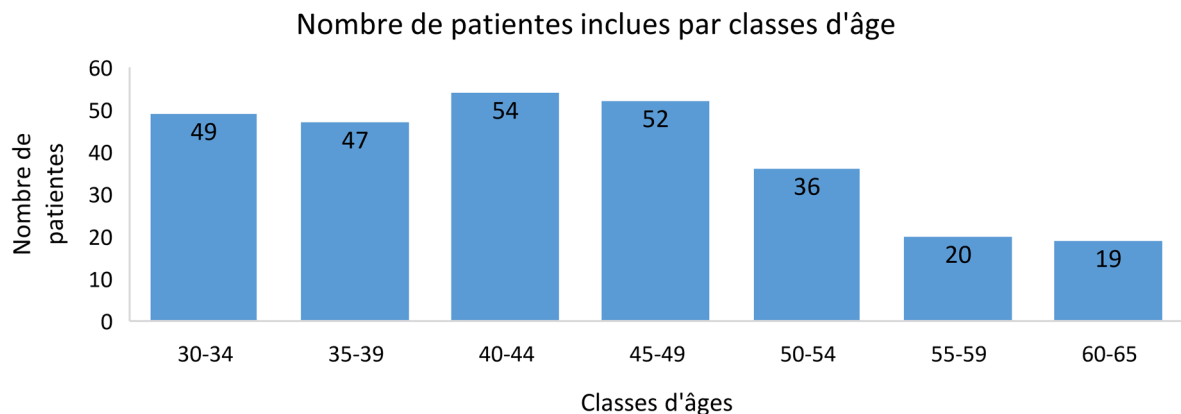
Au final, 240 professionnels de santé ont été contactés au cours de cette étude.

RESULTATS

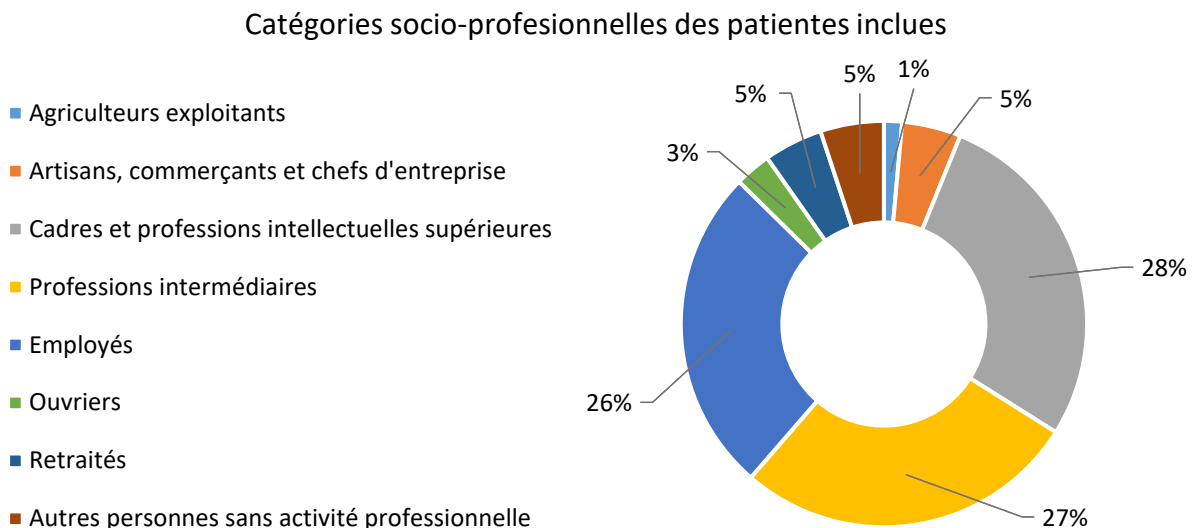
Caractéristiques de la population étudiée

Sur 336 questionnaires papiers envoyés, 73 réponses ont été obtenues. Concernant le questionnaire par voie électronique, 206 patientes ont répondu. Au total, 279 réponses ont été recueillies.

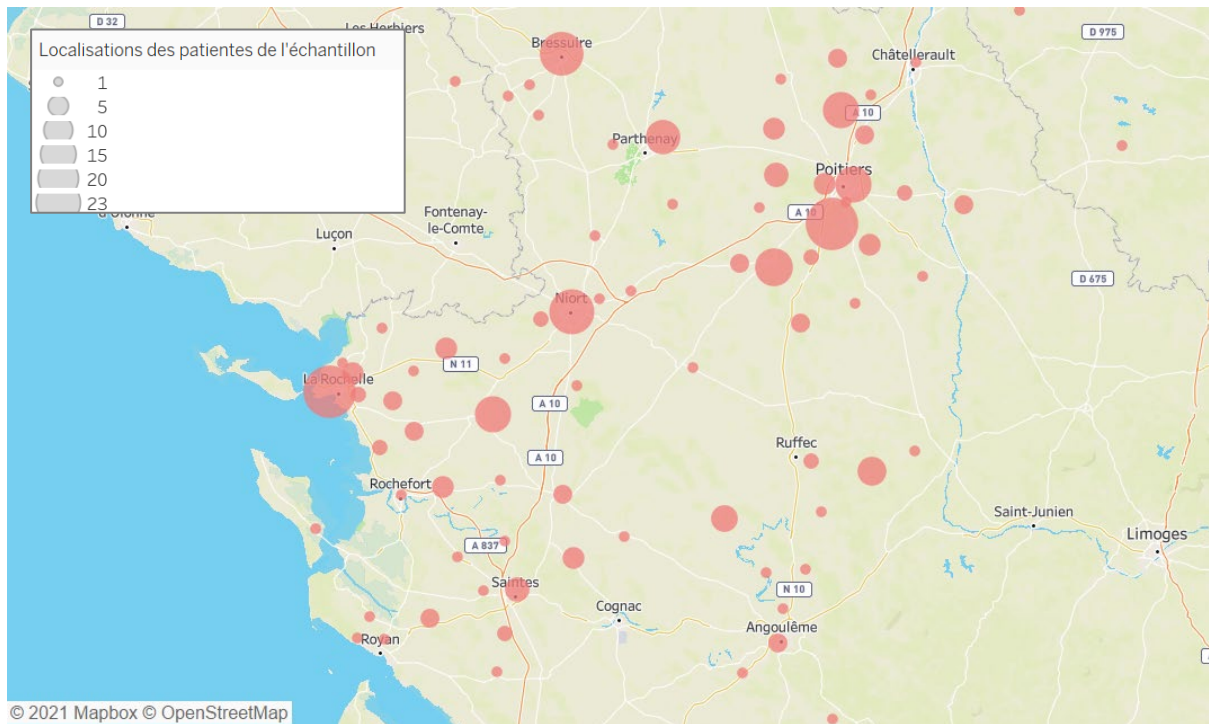
Sur ces 279 patientes, 277 avaient l'âge requis pour participer à l'enquête. Une patiente avait 27 ans, l'autre 29 ans. Elles ont donc été exclues de l'analyse des résultats.



Les différentes professions ont été regroupées en catégories socio-professionnelles selon la nomenclature des Professions et Catégories Socio-professionnelles de 2003, disponible sur le site internet de l'INSEE (43).



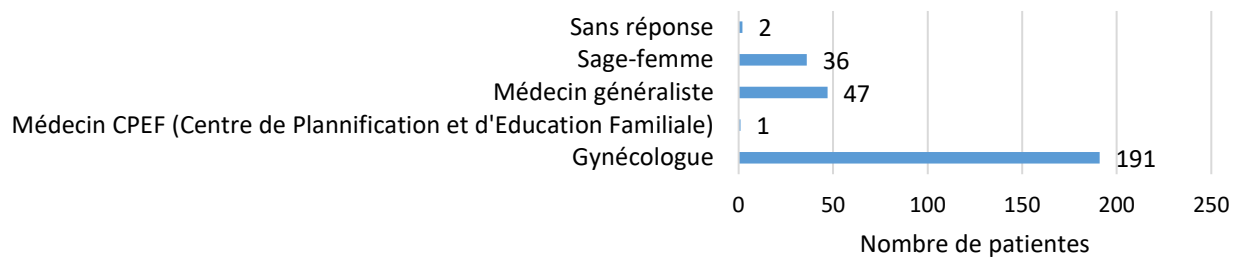
Parmi les 277 patientes incluses, 52 travaillent dans le domaine de la santé. Il s'agit d'infirmières, de pharmaciennes, de sages-femmes, d'auxiliaires de puériculture, de manipulatrices en radiologie, de secrétaires médicales, de diététiciennes, de médecins généralistes ou spécialistes et d'aides-soignantes. Les professionnels de santé représentent donc un peu plus de 18 % de l'échantillon de la population.



Dans cet échantillon, 74 % des patientes vivent dans un milieu urbain et 26 % dans un milieu plutôt rural. Concernant la disparité entre les quatre départements, nous retrouvons 9 % de l'échantillon en Charente, 32% en Charente-Maritime, 20 % en Deux-Sèvres, 36% en Vienne et 3 % d'autres départements.

Une des questions permettait également de connaître le praticien ayant réalisé le dernier FCU des patientes.

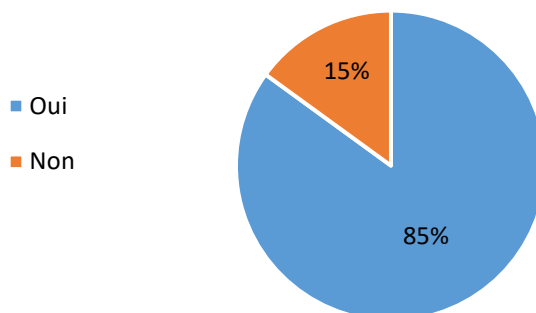
Praticien lors du précédent FCU



Intérêt pour un nouveau mode de dépistage

A. Dans l'échantillon sélectionné

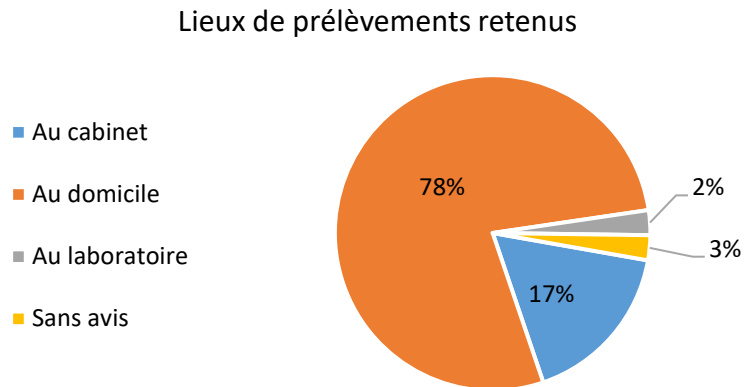
Intéressées par ce nouveau mode de dépistage ?



B. Fonction des différentes variables d'analyse

	Intéressées par l'auto-prélèvement N= 235	Non intéressées par l'auto-prélèvement N= 42	P-value
Ages			0,345
30-34	42	7	
35-39	38	9	
40-44	51	3	
45-49	42	10	
50-54	30	6	
55-59	17	3	
60-65	15	4	
CSP			0,425
1 : agriculteurs exploitants	2	2	
2 : artisans, commerçants, chefs d'entreprise	13	0	
3 : cadres et professions intellectuelles supérieures	66	11	
4 : professions intermédiaires	64	12	
5 : employés	59	13	
6 : ouvriers	7	1	
7 : retraités	11	2	
8 : autres personnes sans activité professionnelle	13	1	
Professionnels de santé			0,181
Oui	41	11	
Non	194	31	
Environnement			0,498
Urbain	173	33	
Rural	62	9	

C. Le lieu de prélèvement plébiscité par les patientes intéressées



D. L'auto-prélèvement : confortable ?

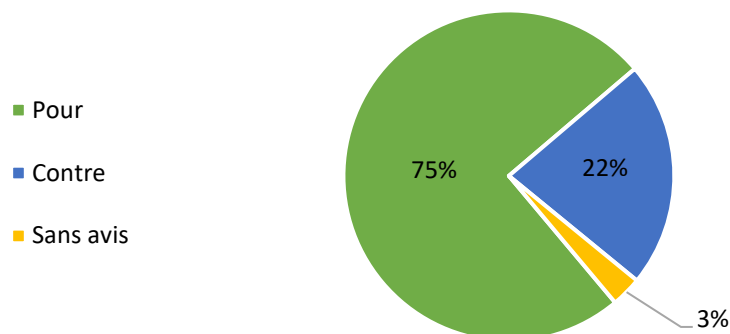
Parmi les patientes intéressées, 88,1% estiment qu'il s'agit d'une technique de dépistage confortable.

Celles qui répondent que l'auto-prélèvement ne leur paraît pas confortable mettent en avant plusieurs arguments comme la crainte de la douleur ou de ne pas faire correctement le prélèvement. Certaines préfèrent « que cela soit fait par un professionnel ».

Une patiente a expliqué son problème de surpoids et son impossibilité physique à pouvoir effectuer le prélèvement toute seule. D'autres patientes ont soulevé la question de l'absence de visibilité pour effectuer le prélèvement et la peur de faire une erreur amenant à un prélèvement « inexploitable ». Des patientes préfèrent consulter pour « voir un médecin en même temps ». Une patiente a également dit qu'elle n'était « pas à l'aise avec l'idée de se faire elle-même un prélèvement vaginal ».

E. La systématisation de ce mode de dépistage chez les intéressées, en relai du FCU

Le remplacement du FCU par ce nouveau mode de dépistage



Concernant la systématisation de ce nouveau mode de dépistage en remplacement du FCU, les patientes mettent en avant plusieurs arguments. Le « confort » de pouvoir faire le prélèvement quand elles le souhaitent, avec une certaine « flexibilité » sur les conditions de prélèvement, est un atout selon la population interrogée. La « praticité » et la « simplicité » de l'auto-prélèvement sont mentionnées chez respectivement 14 et 16 % des patientes intéressées, favorables à la généralisation de ce test par auto-prélèvement.

Elles sont environ 14 % à parler de leur intimité, en disant qu'elles se sentiraient « plus à l'aise » de procéder elles-mêmes au prélèvement, et que cela entraînerait « moins de stress ». D'autres soulignent qu'elles y sont favorables car le frottis « est désagréable et parfois douloureux », l'auto-prélèvement semble « moins intimidant », « moins intrusif » dans leur intimité.

L'absence de nécessité « d'avoir à prendre un rendez-vous qui n'est pas toujours facile à obtenir » ou « se rendre disponible pour un rendez-vous » est également mise en avant pour un peu plus d'un quart des patientes intéressées, favorables à l'élargissement de ce test. Certaines évoquent également la pénurie de médecins et de gynécologues. Faire les prélèvements elles-mêmes leur permettraient « d'alléger les professionnels » selon certaines patientes interrogées.

L'une d'entre elles a même trouvé que cet auto-prélèvement participerait à « l'émancipation des femmes ».

Malgré leur volonté de passer à un mode de dépistage différent, les patientes sont en demande d'une meilleure organisation du dépistage, avec pourquoi pas, un courrier qui leur serait envoyé pour leur rappeler de faire le test. Egalement, elles soulignent la volonté en retour, d'une prise en charge immédiate en cas d'anomalie au test et la rapidité d'avoir un rendez-vous chez leur médecin ou spécialiste. Elles nuancent donc leur intérêt avec la volonté « d'avoir un bon suivi après les résultats ».

Parmi les patientes qui sont intéressées mais qui sont contre la systématisation de ce test, elles sont un peu plus de 69 % à mettre en avant leur volonté de voir leur professionnel de santé qui réalisera l'examen et/ou le prélèvement. Elles sont 25 % à dire qu'elles souhaiteraient avoir le choix entre les deux méthodes de prélèvement : par un praticien au cours d'un examen gynécologique ou par auto-prélèvement.

Qu'en pensent les patientes qui ne sont pas intéressées ?

Les patientes ont principalement mis en avant la crainte d'une douleur et leur préférence d'être prélevées « par un professionnel avec de l'expérience ». Egalement, pour 30 % de celles-ci, on retrouve la crainte d'un prélèvement mal fait, aboutissant à un résultat non fiable.

Elles sont 50 % à souhaiter une consultation afin de pouvoir échanger sur leur santé gynécologique avec leur médecin ou un autre professionnel, et elles soulignent pour certaines que c'est aussi un moment où il y a un examen global avec notamment la palpation mammaire. L'une d'elles a mis en évidence qu'il s'agissait « de son seul suivi médical », et que l'auto-prélèvement « l'éloignerait d'avantage du monde médical ». Egalement, l'une d'elle souligne sa volonté « d'être obligé d'y aller » pour être actrice de sa santé.

Certaines patientes n'ont, quant à elles, pas manifesté d'intérêt au sujet de cette méthode de dépistage, et ont tout simplement répondu qu'elles « n'en avaient pas envie ».

DISCUSSION

Synthèse des résultats

Cette étude met en valeur un intérêt non négligeable des patientes pour ce nouveau mode de prélèvement.

On peut noter dans les commentaires retrouvés que les patientes, pour la plupart, ont envie d'être actrices de leur dépistage et participer pleinement à leur prise en charge, notamment dans ce domaine intimiste qu'est la gynécologie.

Sur la population étudiée, 85 % des patientes sont intéressées par ce nouveau mode de dépistage qu'est l'auto-prélèvement. Elles sont, pour les trois quarts, en faveur d'un prélèvement à réaliser à domicile. Elles mettent en avant la praticité et la facilité d'un tel prélèvement tout en souhaitant un test qui ne leur fasse prendre aucun risque et qui soit donc fiable.

La peur de la douleur ou encore de l'erreur reste importante dans cette population, ce qui modère l'engouement pour cette nouvelle pratique.

Les patientes qui ne sont pas intéressées par ce mode de prélèvement soulignent principalement le souhait d'être suivies par un médecin.

Quels biais ?

Cette étude a notamment été menée lors de la crise sanitaire de la COVID 19, ce qui a entraîné un recrutement plus long. La taille de l'échantillon avoisine les 300 patientes, ce qui était la cible mais cela reste modeste entraînant un manque de puissance à cette étude.

Les médecins généralistes n'ayant pas participé, contactés par téléphone, ont principalement mis en avant leur manque d'intérêt pour ce sujet et le manque de temps. À noter que la plupart n'ont pas répondu aux différentes sollicitations, ni par voie postale ni par téléphone.

Nous retrouvons des sous-groupes particulièrement petits avec des catégories de patientes très peu représentées par rapport à d'autres, ce qui peut en partie expliquer l'absence de résultat significatif concernant l'analyse de l'intérêt des patientes pour ce nouveau mode de dépistage, en fonction des différentes variables d'analyse. Ce résultat permet tout de même de mettre en lumière qu'une partie de la population, dans certaines catégories d'âges, socio-professionnelles, sont peut-être peu en lien avec le système médical, consultent peu et n'ont donc pas été questionnées sur cette enquête. La question du dépistage est difficile chez ces patientes qui sont en rupture avec le système de santé actuel.

Egalement, on peut voir que les patientes qui ont participé sont principalement issues de milieux urbains, ce qui limite leur diversité. Les femmes, fonction de leur environnement (urbain ou rural) n'ont pas la même accessibilité aux soins et ainsi, pas forcément le même regard sur le dépistage et ses modalités pratiques. La grande majorité des patientes interrogées sont en faveur de cette nouvelle méthode de dépistage, mais est-ce que les patientes, qui n'ont pas de suivi régulier, qui ne consultent pas de médecin généraliste ou autre praticien en gynécologie seraient, elles aussi, en faveur d'un dépistage sous cette forme ? On peut se poser la question d'un biais de sélection sous-jacent. Afin de diminuer son influence, une étude en population générale, sans passer par un recueil d'informations

via une consultation pourrait être pertinente. Par exemple, on pourrait imaginer un sondage de la population concernée via une campagne publicitaire avec des affiches dans les lieux publics. Cela pourrait permettre de ne pas sélectionner uniquement les patientes qui sont suivies médicalement, et qui sont alors plus informées sur le dépistage des cancers que les patientes qui ne consultent jamais.

Il serait également intéressant de proposer une mise en pratique de cette analyse par auto-écouvillonnage afin de recueillir l'intérêt réellement suscité. Cela permettrait notamment de vérifier sur le terrain la participation que pourrait entraîner une telle démarche de dépistage. Une demande de financement auprès de la caisse d'assurance maladie avait été proposée en 2019 afin de mettre en place une étude auprès de la même population, mais avec le kit d'auto-écouvillonnage et le traitement des résultats, à la place du FCU actuel. A ce moment-là, cette proposition n'avait pas été retenue par l'assurance maladie, mais il serait peut-être intéressant de la representer à plus large échelle afin de cibler un maximum de patientes et avoir de nouveaux résultats à exploiter.

Que dit la littérature de ce nouveau mode de dépistage ?

L'auto-prélèvement a été démontré, dans certaines études, comme le moyen pour dépister les patientes réticentes au dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment à cause de l'examen gynécologique (23). Il apparaît comme une méthode intéressante, et plus efficace que la simple relance par voie postale à se rendre chez son médecin pour y réaliser le FCU.

Les patientes en forte précarité sont d'avantage touchées par le manque de participation et s'exposent donc à des cancers du col de l'utérus pris en charge plus tardivement (44). Selon une étude récente, l'auto-dépistage permet dans cette population d'atteindre plus de patientes. La principale limite réside dans le fait que ces patientes, particulièrement en manque de suivi et de repères, sont souvent perdues de vue après un test HPV positif (45).

Les femmes peu ou pas dépistées (46) semblent plutôt intéressées par cette proposition d'auto-prélèvement, notamment si celui-ci est envoyé au domicile, malgré la crainte d'un prélèvement mal fait qui persiste (47). Elles sont globalement plus enclines à participer au dépistage si celui-ci peut avoir lieu à leur domicile et est réalisé par leurs soins.

Certaines études posent la question du coût de ce nouveau mode de dépistage. L'auto-prélèvement au domicile coûte plus cher que la réalisation du FCU par un praticien ; mais lorsque l'on prend en considération les patientes qui ne participent pas au dépistage, la proposition d'auto-prélèvement au domicile devient tout à fait envisageable financièrement pour la société. En effet, ces patientes vont être diagnostiquées plus tardivement avec des formes de cancer du col de l'utérus plus sévères et vont donc nécessiter une prise en charge plus spécialisée et coûteuse. Si cet auto-prélèvement permet de cibler plus tôt les patientes, la prise en charge sera alors beaucoup moins conséquente et donc moins coûteuse pour la société également (48).

D'autres études se sont intéressées au couplage de différentes recherches d'infections sexuellement transmissibles (IST), associées au dépistage HPV, dans les populations défavorisées et peu consultantes. On leur propose de participer au dépistage avec un auto-écouvillonnage et test HPV et on profite de cet auto-prélèvement pour vérifier également l'absence d'IST (chlamydia, gonocoque, etc.) (49). La compréhension de la méthode de prélèvement n'a pas posé de soucis aux patientes. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les prélèvements faits par les cliniciens et les auto-prélèvements.

La mise en place du programme national de dépistage du cancer du col dans 13 régions test en 2017, a permis une augmentation de la réalisation des FCU. Dans les départements où a été testé le dépistage organisé, le taux de couverture concernant le FCU est passé de 51,5 % à 53,6 % (17). Cette augmentation pourrait être plus importante si l'auto-prélèvement était proposé comme alternative, comme une possibilité de participer au dépistage, même si les patientes ne souhaitent pas avoir recours au FCU lors d'un examen gynécologique.

CONCLUSION

Afin de mettre en avant des résultats plus probants et ainsi potentiellement initier un changement de pratiques, il serait intéressant d'élargir la population cible de cette étude, sur une durée peut être plus importante, et avec un ciblage, pourquoi pas, en dehors du domaine médical afin d'englober également les patientes qui échappent au suivi médical.

Il est nécessaire, en 2021, de trouver des solutions ou, en tout cas, proposer des alternatives à ces femmes qui sont en âge de se faire dépister et qui, pourtant, n'y participent pas et présentent donc un risque de développer un cancer du col de l'utérus sous une forme grave. Nous devons être acteurs de ce changement, nous, médecins généralistes, au plus près des patientes, compte tenu de notre relation privilégiée avec elles, afin de leur garantir un dépistage plus acceptable sans perdre en performance diagnostique.

BIBLIOGRAPHIE

1. D.Lefeuve, P-J. Bousquet, L.Lafay. Les cancers en France, édition 2017 [Internet]. France: Institut national du Cancer; 2018 avr. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
2. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 [Internet]. Santé publique France; 2019 mars [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018>
3. Bouvet de la Maisonneuve P, Plaine J, Quintin C, Hamers F. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Définition des indicateurs de performance et format de données pour l'évaluation du programme national. [Internet]. Santé publique France; 2020 sept [cité 24 oct 2020] p. 104. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/guide/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-definition-des-indicateurs-de-performance-et-format-des-donnees-pour-l-evaluation-du-programme-nat#:~:text=L'objectif%20du%20d%C3%A9pistage%20du,elles%20n'%C3%A9voluent%20en%20cancer.>
4. Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : quel cadre éthique ? [Internet]. Institut national du Cancer; 2017 mars. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus-quel-cadre-ethique-Preconisations-du-Groupe-de-reflexion-sur-l-ethique-du-depistage-GRED>
5. S.Barré, O.Scemama, C.Rumeau-Pichon, B.Detournay, M.Doiz, O.Kusnik-Joinville, S.Despeyroux, R.Cardoso. Etats des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010 juill. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
6. El Gnaoui N, Saile R, Benomar H. Le frottis cervicovaginal un test incontournable dans le dépistage des lésions du col de l'utérus. J Afr Cancer Afr J Cancer. févr 2010;2(1):9-13.
7. Monsonogo J. Prévention du cancer du col utérin (I): apport du dépistage, récents progrès et perspectives. Presse Médicale. janv 2007;36(1):92-111.
8. Hill C. Cancer prevention and screening. Bull Cancer (Paris). juin 2013;(6):547-54.
9. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 juin. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
10. Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2017-2019 [Internet]. Santé Publique France. 2021 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>

11. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2019 juill [cité 24 oct 2020] p. 4. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf
12. S.Barré, M.Masseti, H.Leleu, N.Catajar, F.de Bels. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bull Épidémiologique Hebd. 24 janv 2017;2017(2-3):39-47.
13. Baay MFD, Smits E, Tjalma WAA, Lardon F, Weyler J, Van Royen P, et al. Can cervical cancer screening be stopped at 50? The prevalence of HPV in elderly women. Int J Cancer. 10 janv 2004;108(2):258-61.
14. P.Chauvin, M.Traoré, J.Vallée. Mobilité quotidienne et déterminants territoriaux du recours au frottis du col de l'utérus dans le grand Paris. Bull Épidémiologique Hebd. 7 juin 2016;(16-17):282-8.
15. Rigal L, Ringa V, Panjo H. Les inégalités sociales relatives au dépistage du cancer du col utérin se construisent à chacune des étapes menant au dépistage. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. avr 2016;64:S99.
16. Chan Chee C, Begassat M, Kovess V. Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. févr 2005;53(1):69-75.
17. A.Rousseau, P.Bohet, J.Merlière, H.Treppoz, B.Heules-Bernin, R.Ancelle-Park. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. Bull Épidémiologique Hebd. 7 mai 2002;2002(19):81-3.
18. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus?: connaissances et participation des femmes. Santé Publique. 2013;25(3):255.
19. Huynh J, Howard M, Lytwyn A. Self-collection for vaginal human papillomavirus testing: systematic review of studies asking women their perceptions. J Low Genit Tract Dis. oct 2010;14(4):356-62.
20. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitaine F, Schott-Pethelaz A, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Prat Organ Soins. 2012;43(4):261.
21. Frappé P, Dahan D. Traditions et cultures religieuses en médecine générale. Mayenne: Global Media Santé; 2018. 98 p.
22. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;17(1):109.
23. Piana L, Leandri F-X, Retraite LL, Heid P, Tamalet C, Sancho-Garnier H. HPV-Hr detection by home self sampling in women not compliant with pap test for cervical cancer screening. Results of a pilot programme in Bouches-du-Rhône. Bull Cancer (Paris). juill 2011;(7):723-31.
24. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet. sept 2007;370(9590):890-907.
25. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol. avr 2002;55(4):244-65.

26. Boulanger J-C, Sevestre H, Bauville E, Ghighi C, Harlicot J-P, Gondry J. Épidémiologie de l'infection à HPV. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mars 2004;32(3):218-23.
27. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol.* mars 2005;32:16-24.
28. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 6 févr 2003;348(6):518-27.
29. Melnikow J, Nuovo J, Willan AR, Chan BK, Howell LP. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* oct 1998;92(4 Pt 2):727-35.
30. Monsonego J. Infections à papillomavirus. Etat des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Springer; 2006. 250 p.
31. Monsonego J. Prévention du cancer du col utérin : enjeux et perspectives de la vaccination antipapillomavirus. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mars 2006;34(3):189-201.
32. Finan RR, Irani-Hakime N, Tamim H, Almawi WY. Molecular Diagnosis of Human Papillomavirus: Comparison Between Cervical and Vaginal Sampling. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2001;9(2):119-22.
33. Cuzick J, Szaewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *The Lancet.* déc 2003;362(9399):1871-6.
34. Mayrand M-H, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 18 oct 2007;357(16):1579-88.
35. 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.
36. Sancho-Garnier H, Tamalet C, Halfon P, Leandri FX, Retraite LL, Djoufelkit K, et al. HPV self-sampling or the Pap-smear: A randomized study among cervical screening nonattenders from lower socioeconomic groups in France: HPV self-sampling or the Pap-smear for screening among nonattenders women? *Int J Cancer.* mai 2013;n/a-n/a.
37. K. Haguenoer, J. Boyard, S. Sengchanh, C. Gaudy-Graffin, R. Fontenay, H. Marret, A. Goudeau, N. Pigneaux de Laroche, E. Rusch, B. Giraudeau. L'auto prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-Et-Loire. *Bull Épidémiologique Hebd.* 24 janv 2017;2017(2-3):59-65.
38. Ogilvie GS, Patrick DM, Schulzer M, Sellors JW, Petric M, Chambers K, et al. Diagnostic accuracy of self collected vaginal specimens for human papillomavirus compared to clinician collected human papillomavirus specimens: a meta-analysis. *Sex Transm Infect.* juin 2005;81(3):207-12.
39. 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.

40. Gok M, Heideman DAM, van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JWM, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ*. 11 mars 2010;340(mar11 1):c1040-c1040.
41. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):813.
42. Émile C. Infection à papillomavirus (HPV), cancer de l'utérus et vaccination. *Option/Bio*. avr 2009;20(417):10-1.
43. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles [Internet]. INSEE. 2003 [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>
44. Chappuis M, Antonielli AB, Laurence S, Rochefort J, Giboin C, Corty JF. Prévention des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes en situation de grande précarité : étude épidémiologique. *Bull Cancer (Paris)*. juill 2014;101(7-8):663-8.
45. Bottero J, Reques L, Rolland C, Lallemand A, Lahmidi N, Hamers F, et al. Apport de l'Auto-Prélèvement Vaginal (APV) détectant les Papillomavirus (HPV) pour promouvoir le dépistage du Cancer du Col de l'Utérus (CCU) de femmes en situation de précarité en France. *Médecine Mal Infect*. sept 2020;50(6):S7.
46. Gök M, van Kemenade FJ, Heideman DAM, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JWM, et al. Experience with high-risk human papillomavirus testing on vaginal brush-based self-samples of non-attendees of the cervical screening program. *Int J Cancer*. 1 mars 2012;130(5):1128-35.
47. Anderson C, Breithaupt L, Des Marais A, Rastas C, Richman A, Barclay L, et al. Acceptability and ease of use of mailed HPV self-collection among infrequently screened women in North Carolina. *Sex Transm Infect*. mars 2018;94(2):131-7.
48. Bais AG, van Kemenade FJ, Berkhof J, Verheijen RHM, Snijders PJF, Voorhorst F, et al. Human papillomavirus testing on self-sampled cervicovaginal brushes: An effective alternative to protect nonresponders in cervical screening programs. *Int J Cancer*. 1 avr 2007;120(7):1505-10.
49. Des Marais AC, Zhao Y, Hobbs MM, Sivaraman V, Barclay L, Brewer NT, et al. Home Self-Collection by Mail to Test for Human Papillomavirus and Sexually Transmitted Infections. *Obstet Gynecol*. déc 2018;132(6):1412-20.

ANNEXES

Questionnaire d'enquête auprès des femmes de 30 à 64 ans inclus au sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus

Avez-vous déjà réalisé un frottis cervico utérin ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, qui a procédé à l'examen ? ☐ Votre médecin généraliste ☐ Votre gynécologue ☐ Autre : _____

Si oui, il y a combien de temps ? ☐ 1 ans ☐ 2 ans ☐ 3 ans ☐ Plus de 3 ans

Si non, pourquoi ? _____

Il existe un test qui peut être réalisé sur un prélèvement vaginal pour rechercher le virus responsable du cancer du col. Dans ce test, un kit est remis à la patiente et c'est elle-même qui procède au prélèvement vaginal. L'écouvillon utilisé est semblable à un coton tige. Celui-ci est à introduire dans le vagin quelques secondes avant d'être mis dans un tube à envoyer / déposer à un laboratoire d'analyse. Ce test n'est pas difficile à effectuer, il n'est pas douloureux et ne prend que quelques secondes.

Seriez-vous intéressée pour participer à ce mode de dépistage en remplacement de la réalisation du frottis cervico utérin actuel ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? _____

Si oui, préféreriez-vous le faire : ☐ Au cabinet ☐ A votre domicile

Trouvez-vous confortable de pouvoir réaliser le prélèvement vous-même ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? _____

Auriez-vous peur de vous tromper ? ☐ Oui ☐ Non

Auriez-vous peur de vous faire mal ? ☐ Oui ☐ Non

Seriez-vous pour ou contre que votre dépistage du cancer du col se déroule désormais de cette manière systématiquement ? Pour quelle(s) raison(s) ? ☐ Pour ☐ Contre

Raisons : _____

Questions d'ordre générale :

Quel est votre âge ? _____

Quelle est votre profession ? (Si vous êtes retraitée, de quelle fonction ?) _____

Quel est votre commune de résidence ? _____

En remplissant ce questionnaire, vous participez à une étude, de façon anonyme, pour améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus. Merci de votre participation.



Questionnaire d'enquête pour l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus

Concerne les femmes de 30 à 64 ans inclus, sans antécédent de chirurgie du col de l'utérus.



<https://cutt.ly/enquete-depistage-cancer-col>

(Rapide, facile et anonyme)

Merci de votre participation. Les résultats de cette enquête seront analysés dans le cadre de la rédaction d'une thèse de fin d'études de médecine générale.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME ET MOTS CLEFS

INTRODUCTION : Le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en France est faible. Il existe différents paramètres entrant en jeu et notamment la crainte de l'examen gynécologique. On note une large disparité parmi les femmes, fonction de leurs catégories socio-professionnelles, leurs revenus ou encore leur lieu d'habitation. Les nouvelles modalités de dépistage recommandent de réaliser un test HPV sur prélèvement endocervical à partir de 30 ans, mais l'examen gynécologique est toujours indispensable à cette pratique. Quelle place pour un test HPV sur auto-prélèvement en relai du FCU chez les patientes du Poitou-Charentes concernées par le dépistage actuel ? Analyse de leur intérêt, fonction de différents paramètres comme l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le mode de vie.

MATERIEL ET METHODE : 240 professionnels de santé ont été contactés, afin de transmettre un questionnaire à leur patientèle, sous format papier ou numérique. Les questionnaires étaient à destination des patientes de 30 à 64 ans inclus, n'ayant jamais subi d'intervention chirurgicale du col. L'étude a été menée sur les quatre départements de l'ancienne région du Poitou-Charentes de décembre 2020 à août 2021.

RESULTATS : 277 patientes ont été incluses dans l'analyse des résultats. 85 % d'entre elles se disent intéressées par ce nouveau mode de prélèvement. 88% des intéressées trouveraient confortable de pouvoir avoir accès à l'auto-prélèvement. De nombreux arguments valorisants ont été mis en avant par les patientes, notamment la praticité et la simplicité de ce nouveau mode de prélèvement. Pour autant, une certaine peur de la douleur ou de mal faire le prélèvement existe.

DISCUSSION : Le brassage des patientes n'a malheureusement pas été suffisamment important pour mettre en évidence une différence significative sur les caractéristiques de la population. Les patientes ont tout de même montré un intérêt vis-à-vis de cet auto-prélèvement, et semblent vouloir être actrices de leur santé gynécologique et voir évoluer les modalités de ce dépistage. Des biais de sélection sont probablement à l'origine de l'absence de différence significative, sans oublier l'impact non négligeable de la période sanitaire actuelle qui a peut-être minoré l'intérêt vis-à-vis du dépistage en général.

CONCLUSION : Il serait intéressant de poursuivre ce travail, en proposant une mise en pratique du test HPV sur auto-prélèvement dans le cadre du dépistage du cancer du col en lieu et place de l'examen gynécologique actuel, afin de mesurer l'intérêt des patientes sur le terrain. Il est en tout cas essentiel de faire évoluer les pratiques actuelles de ce dépistage afin de cibler plus de patientes et réduire ainsi l'incidence de ce cancer.

MOTS CLEFS : Dépistage, cancer, papillomavirus, col de l'utérus, auto-prélèvement, intérêt.