



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie



ANNÉE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 21 janvier 2021 à Poitiers
par **Madame Marielle PENET**

**Suivi gynécologique des patientes atteintes de troubles
psychiatriques :**
Analyse de la couverture par frottis cervico-utérin des patientes
hospitalisées au Centre Henri Laborit de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Membres : Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT
Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laure POUPIN





Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie



ANNÉE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 21 janvier 2021 à Poitiers
par **Madame Marielle PENET**

**Suivi gynécologique des patientes atteintes de troubles
psychiatriques :**
Analyse de la couverture par frottis cervico-utérin des patientes
hospitalisées au Centre Henri Laborit de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Membres : Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT
Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laure POUPIN



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
- DAHOTY-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 et 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
- ORIOU 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
- CREMNITER 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
- VANDERMARCOQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Virginie MIGEOT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

A Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT,

Vous avez accepté de juger mon travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assurée de mon profond respect.

A ma directrice, **Madame le Docteur Laure POUPIN,**

Je te remercie de m'avoir confié ce travail et du temps que tu y as consacré. Merci pour m'avoir fait passer un excellent dernier semestre d'internat, pour la confiance que tu m'as accordée, pour ta bonne humeur constante et surtout un immense merci pour la patience dont tu as fait preuve pour cette thèse qui aura pris bien plus de temps que prévu.

Aux Docteurs Nadia BARON, Laurence BRUNET, Yves FOURÉ, Marc PERROTIN et Éric ROMEN, pour m'avoir ouvert la porte de leurs cabinets durant mon internat et m'avoir fait aimer encore plus la médecine générale.

Aux équipes des services du Court Séjour Gériatrique, des Urgences et de Gynécologie-Obstétrique de La Rochelle pour m'avoir si bien accueillie durant mes stages.

Au Centre Hospitalier Laborit, pour mon dernier semestre au pavillon Toulouse et pour m'avoir autorisée à réaliser cette étude au sein de l'établissement.

A tous les médecins qui m'ont fait confiance depuis le début de ma vie de remplaçante.

A **mes parents**, merci pour votre amour et votre soutien indéfectible. Vous avez toujours su me dire combien vous étiez fiers de moi, dans toutes les facettes de ma vie, et je sais que me voir devenir officiellement Docteur vous remplit de bonheur. J'avais imaginé qu'après plus de 15 ans, ma soutenance de thèse serait la première occasion de vous réunir en un même lieu. La crise sanitaire en aura décidé autrement, peut-être un jour pour mon mariage ?

A mon frère, **Rémi**, tu m'as répété tant de fois en me voyant travailler la nuit dans ma chambre qu'il fallait vraiment être malade pour faire des études de médecine, et bien tu vois, elles se terminent un jour ! Merci d'être le frère que tu es.

A ma sœur, **Alice**, tu es née lors de ma première année de médecine et te voici déjà au collège ! Je me rends compte à travers toi combien ces études auront été longues. Merci à ta maman de m'avoir apporté le bonheur d'être grande-sœur une seconde fois.

A **mes grands-parents, mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines**, ici ou là haut, loins des yeux mais près du cœur. La Covid nous aura empêché de nous réunir à Noël pour la première fois depuis 30 ans, j'ai hâte de pouvoir tous vous retrouver.

A **ma famille d'un autre continent**, que je suis encore loin de toute connaître, j'espère pouvoir venir tous vous reconstruire un jour.

A **ma belle-famille**, pour m'avoir accueillie à bras ouverts parmi vous.

A **mes amis tourangeaux**, désormais plus ou moins dispersés, pour tous les bons moments que nous partageons depuis plus de la moitié de notre vie. C'est un immense bonheur de voir la tribu s'agrandir petit à petit et de célébrer les moments les plus forts de nos vies tous ensemble. Rien ne change au fil des années. Merci d'être là, merci pour votre amour.

A **mes copines de fac**, mes biches, mes acolytes des années folles. Du Cap d'Agde à Ibiza, on aura fait les 400 coups ensemble. Je suis fière des femmes et des médecins que vous êtes devenues. Vivement nos prochaines retrouvailles !

A **mes anciens co-internes**, pour avoir fait de mon internat une période joyeuse. A ceux qui sont devenus depuis de vrais amis, pour toutes ces réunions aux 4 coins de la région.

A **Emmanuel**, qui n'aime pas que je l'appelle comme ça. Mon Manu, quelques lignes ne suffiraient pas pour te remercier suffisamment. Ensemble on a traversé l'externat, l'internat puis le début des remplacements, en ayant eu la chance de ne jamais être séparés. Merci d'être, toi aussi, tombé amoureux des voyages et de m'avoir suivie toutes ces fois dans ma plus grande passion, jusqu'au bout du monde. Merci pour tous tes mots d'amour quotidiens et pour tout ce que tu m'apportes depuis bientôt 9 ans. Le plus beau reste à venir.

A **ma fille**, tu n'es pas encore là et pourtant tu m'as accompagnée dans une grande partie de cette thèse. Te rencontrer dans quelques semaines sera probablement le plus beau moment de ma vie ...

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	8
INDEX DES ABREVIATIONS	10
INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX	11
PREAMBULE	12
I- Aspects gynécologiques	12
1) Suivi gynécologique en population générale	12
a. En France	12
b. Démographie médicale en Vienne	12
2) Cancer du col de l'utérus	13
a. Prévention primaire	13
b. Prévention secondaire	14
c. Apport du test HPV	14
d. Le dépistage, en pratique	15
II- Aspects psychiatriques	17
1) Organisation de la psychiatrie adulte dans la Vienne	17
2) Principales pathologies rencontrées en hospitalisation au CHL	18
a. Troubles psychotiques	18
b. Troubles de l'humeur	19
c. Addictions	20
3) Soins somatiques en psychiatrie	20
a. Pathologies somatiques, espérance de vie et mortalité	20
b. Freins à l'accès aux soins somatiques	21
c. Avancées	22
INTRODUCTION	23
I- Données actuelles	23
II- Objectifs de l'étude	24
MATERIELS ET METHODES	25
I- Type d'étude	25
II- Population étudiée	25
1) Critères d'inclusion	25
2) Critères d'exclusion	25
3) Calcul du nombre de sujets nécessaires	26
III- Critères de jugement	26
IV- Questionnaire	27
1) Élaboration du questionnaire	27
2) Détermination des items	27
V-Recrutement et recueil de données	30
VI- Analyses statistiques	30
VII- Aspects réglementaires	31

RESULTATS	32
I- Population de l'étude	32
1) Diagramme de flux	32
2) Caractéristiques de l'échantillon	32
II- Critère de jugement principal : réalisation du FCU	34
III- Critères de jugement secondaires	35
1) Facteurs de risques médico-socio-démographiques	35
2) État des lieux du suivi gynécologique global	36
a. Dernière consultation gynécologique	36
b. Mammographie	37
c. Vaccination anti-HPV	37
3) Acteurs du suivi gynécologique	38
4) Freins déclarés à la réalisation du FCU	38
DISCUSSION	40
I- Forces de l'étude	40
II- Limites et biais	41
1) Limites de l'étude	41
2) Biais de l'étude	41
III- Discussion de la méthode	43
1) Schéma d'étude	43
2) Recrutement	43
3) Questionnaire	43
IV- Analyse des résultats. Comparaison avec la littérature	44
1) Caractéristique de la population étudiée	44
2) Objectif principal	46
3) Objectifs secondaires	47
a. Facteurs de risque médico-sociaux-démographiques	47
b. Suivi gynécologique global	47
c. Acteurs du suivi gynécologique	49
d. Freins déclarés à la réalisation du FCU	50
V- Perspectives	52
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXE	60
RESUME	62
SERMENT	64

INDEX DES ABREVIATIONS

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ALD	Affection Longue Durée
APV	Auto-Prélèvement Vaginal
ARS	Agence Régionale de Santé
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
CHL	Centre Henri Laborit
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^e révision
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRCDC-NA	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers de Nouvelle-Aquitaine
DOCCU	Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder</i>
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
INCa	Institut National du Cancer
INVS	Institut de Veille Sanitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QCM	Question à Choix Multiple
QCS	Question à Choix Simple

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

- Figure 1 : Carte de sectorisation psychiatrique de la Vienne
- Figure 2 : Calcul du nombre de sujets nécessaires
- Figure 3 : Diagramme de flux
- Figure 4 : Date de réalisation du dernier FCU
- Figure 5 : Date du dernier examen physique gynécologique
- Figure 6 : Date de la dernière mammographie chez les patientes de 50 à 65 ans

TABLEAUX

- Tableau I : Description générale de l'échantillon
- Tableau II : Facteurs de risque de non réalisation du FCU
- Tableau III : Risque de non réalisation du FCU selon la pathologie psychiatrique
- Tableau IV : Vaccination anti-HPV chez les patientes de 25 à 35 ans
- Tableau V : Acteurs du suivi gynécologique
- Tableau VI : Freins déclarés à la réalisation du FCU

PRÉAMBULE

I- ASPECTS GYNÉCOLOGIQUES

1) Suivi gynécologique en population générale :

a. En France :

En France, le suivi gynécologique des femmes peut être réalisé par un gynécologue libéral ou hospitalier, un médecin généraliste ou une sage-femme. Une consultation gynécologique annuelle est recommandée, dès la puberté.

Actuellement, les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous spécialisé tendent à réorienter les consultations et actes gynécologiques primaires (palpation mammaire, frottis cervico-utérin, contraception, ménopause, infections...) vers le médecin généraliste.

Selon une étude de la DREES, en France en 2018, le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous chez son médecin généraliste est de 2 jours, contre 44 jours pour un rendez-vous avec un gynécologue [1].

b. Démographie médicale en Vienne :

Au 1^{er} janvier 2018, le Conseil National de l'Ordre des Médecins recensait 614 médecins généralistes inscrits au Conseil Départemental de la Vienne, dont 54% pratiquant une activité libérale et 10% une activité mixte.

Aussi, on dénombrait 34 gynécologues (gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens confondus).

Selon la HAS, pour assurer une couverture suffisante il faut théoriquement plus de 3 gynécologues pour 10 000 femmes âgées de 25 à 65 ans [2]. C'est le cas pour la Vienne, où le ratio est de 3.14 gynécologues pour 10 000 habitantes dans la cible d'âge.

Cependant, la répartition des médecins, généralistes comme spécialistes, est très inégale au sein de notre département. Selon le zonage démographique réalisé par l'ARS en juillet 2018, la majorité des bassins de vie de la Vienne se trouvent en Zone d'Action Complémentaire.

Cette catégorie correspond aux zones impactées par le manque de médecin où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore : hormis Poitiers et les bassins de vie frontaliers, l'ensemble du département est dans une situation d'offre de soin insuffisante [3].

2) Cancer du col de l'utérus :

En France, le cancer du col de l'utérus (CCU) touche près de 3000 femmes par an. En 2018, on l'estime responsable de 1117 décès sur le territoire [4].

Le CCU est l'un des seuls cancers dont le pronostic se dégrade : le taux de survie à 5 ans est passé de 68% dans les années 1990 à 60% dans les années 2010. Pourtant, il s'agit d'un cancer évitable : des moyens de prévention existent afin de réduire son incidence [5].

a. Prévention primaire : vaccin anti-HPV

Dans la quasi-totalité des cas, le CCU est causé par une infection sexuellement transmissible au « *Human papillomavirus* » ou « *Papillomavirus* » (HPV), dont 70% par les génotypes oncogènes HPV 16 et 18. On estime que 80% des femmes seront infectées par un HPV au cours de leur vie, dont 30% dans les 2 ans suivant le début de leur vie sexuelle. Si l'infection est le plus souvent transitoire et disparaît totalement dans les 2 ans, environ 10% des infections persistent et aboutissent à des lésions cancéreuses après 10 à 15 ans d'évolution [6].

Effective depuis 2007, la vaccination préventive contre le papillomavirus est à ce jour recommandée (Gardasil 9®) :

- pour les filles de 11 à 14 ans révolus : schéma en 2 doses espacées de 6 à 13 mois, avec rattrapage possible jusqu'aux 19 ans révolus par un schéma en 3 doses (M0, M2, M6)
- pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes jusqu'aux 26 ans révolus : schéma en 3 doses

Depuis le 4 décembre 2020, le vaccin est également recommandé pour les garçons de 11 à 14 ans quelle que soit leur orientation sexuelle, avec rattrapage possible jusqu'aux 19 ans révolus, sur les mêmes schémas que chez la jeune fille. Ces recommandations entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2021 [7].

Cette vaccination chez les hommes a pour objectif de protéger ces derniers (25% des cancers à HPV touchent les hommes) et indirectement de renforcer la protection des femmes par limitation de la transmission.

b. Prévention secondaire : dépistage par frottis cervico-utérin (FCU)

Dans les années 50, le Pr Sicard est le premier en France à utiliser le frottis cervical et son analyse cytologique pour dépister précocement des lésions cancéreuses chez des patientes asymptomatiques. Le dépistage individuel des femmes, alors opportuniste, entre difficilement mais progressivement dans les mœurs et les françaises sont de plus en plus nombreuses à bénéficier d'un FCU [8].

La réalisation d'un FCU en milieu liquide nécessite dans un premier temps la pose d'un spéculum gynécologique. Puis, à l'aide d'un Cervex Brush®, le praticien effectue un recueil de cellules au niveau de la zone de jonction entre l'exocol et l'endocol, où les dysplasies sont les plus fréquentes. Le prélèvement est alors mis en suspension dans un liquide de conservation qui sera envoyé au laboratoire pour analyse cytologique [9].

Jusqu'en 2019, la HAS recommandait la réalisation d'un FCU tous les 3 ans pour les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle [10].

La vaccination anti-HPV ne protégeant pas de tous les génotypes oncogènes, la réalisation du FCU reste recommandée chez les patientes vaccinées.

c. Apport du test HPV :

En juillet 2019, la HAS a revu ses recommandations quant à l'analyse du FCU selon l'âge des patientes [6] :

- pour les femmes de 25 à 29 ans : analyse cytologique tous les 3 ans
- pour les femmes de 30 à 65 ans : test HPV tous les 5 ans

Comme démontré en 2017 dans une méta-analyse mondiale de 40 études comprenant plus de 140 000 femmes, le test HPV présente une sensibilité plus élevée que l'analyse cytologique : il expose donc à un risque moindre de faux négatifs, limitant ainsi le retard de prise en charge. Aussi, sa valeur prédictive négative est presque parfaite, permettant de conclure à l'absence d'infection avec une quasi-certitude.

Cependant, il présente une valeur prédictive positive faible : les tests positifs détectent potentiellement des femmes sans lésion cancéreuse, conduisant à des actes médicaux voire chirurgicaux inutiles. Il n'est ainsi pas recommandé chez les femmes de moins de 30 ans, chez qui les infections à HPV transitoires sont très fréquentes [11].

Si l'analyse change, le recueil reste le même : le FCU recueilli en milieu liquide permet de réaliser aussi bien l'analyse cytologique que le test HPV.

Un des atouts du test HPV mentionnés par la HAS serait la possibilité d'auto-prélèvement vaginal (APV) pour les patientes non ou insuffisamment dépistées, en alternative au prélèvement réalisé par un professionnel de santé.

Une étude pilote réalisée en 2012 en Indre-et-Loire chez 6 000 femmes de 30 à 65 ans non à jour pour le FCU, a montré une participation significativement plus élevée dans le groupe « auto-prélèvement » (qui a reçu un kit d'APV à domicile à renvoyer au laboratoire) que dans le groupe « relance » (qui a reçu un courrier les invitant à réaliser un FCU) et le groupe « sans intervention » [12].

d. Le dépistage, en pratique :

Malgré toutes ces recommandations, la participation au dépistage du CCU reste encore trop faible : en France, sur la période 2015-2017, seule 58.7% de la population cible avait un FCU à jour [13].

Afin d'accroître ce taux de participation et suite aux résultats positifs obtenus dans 13 départements pilotes, le Plan Cancer 2014-2019 a mis en place un dépistage organisé pour le CCU (DOCCU) : toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans n'ayant pas effectué de FCU dans les 3 dernières années seront relancées par courrier et l'analyse (cytologie ou test HPV) sera prise en charge à 100%.

L'objectif annoncé est un taux de participation de 80% au sein de la population cible, afin de réduire l'incidence et le nombre de décès par CCU de 30% à 10 ans [14].

En Vienne, le taux de participation au dépistage du CCU par FCU était de 61.4% en 2017, sur une population cible d'environ 35.600 femmes [15]. Ce taux, bien que légèrement supérieur à celui de la population française sur 2015-2017, n'atteint pas non plus l'objectif du Plan Cancer.

Ainsi, le Plan Santé Vienne 2018-2023 compte parmi ses objectifs l'amélioration du dépistage des cancers [16].

En 2019, a été créé le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers de Nouvelle-Aquitaine (CRCDC-NA), remplaçant les anciens centres de dépistages organisés départementaux (DocVie pour la Vienne). Initialement centrées sur le dépistage des cancers du sein et colorectal, ses missions ont été élargies à la mise en place du DOCCU :

- information des professionnels de santé sur les enjeux et l'organisation de ce dépistage
- invitation par courrier des femmes de 25 à 65 ans qui n'ont pas fait de FCU depuis plus de 3 ans à en réaliser un
- suivi des résultats des FCU, qu'ils fassent suite à l'invitation par courrier ou aient été réalisés spontanément
- lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès au dépistage

Ce dernier point, présent dans le cahier des charges du Plan Cancer pour le dispositif organisé, apparaît comme l'un des piliers du système, notamment pour les populations vulnérables : porter une attention particulière aux femmes à risque d'être sous-dépistées devrait en effet permettre d'augmenter le taux de participation.

Dans son étude préalable à la généralisation du dépistage organisé, l'INCa a décrit les caractéristiques des femmes ne réalisant pas de FCU [17]. Les facteurs de risque étaient :

- liés à l'âge : patientes de plus de 50 ans
- liés à une situation sociale défavorable : zones géographiques défavorisées, milieu carcéral, catégories socio-économiques les moins favorisées (patientes migrantes, bénéficiaires de la CMU)
- liés à une situation de santé défavorable : situation de handicap / invalidité, certaines ALD (cancer, obésité, diabète, pathologie psychiatrique, VIH, hépatite)
- cas particuliers : rareté des consultations chez un médecin généraliste, addictions (alcool, opioïdes), femmes homosexuelles

Depuis avril 2020, le test HPV est recommandé pour toutes les femmes de 30 à 65 ans [18] :

- en l'absence de FCU préalable
- ou 3 ans après un FCU normal
- puis tous les 5 ans si HPV négatif

L'analyse biologique est prise en charge à 100% sous réserve de réception du courrier d'invitation.

II- ASPECTS PSYCHIATRIQUES

1) Organisation de la psychiatrie adulte dans la Vienne :

En France, les services de soins psychiatriques sont sectorisés : c'est la zone géographique de résidence du patient qui détermine son secteur de soin au sein des établissements de santé. Cette sectorisation avait pour objectif, lors de sa mise en place dans les années 60, d'offrir des structures de soins accessibles plus facilement pour les patients afin de limiter les hospitalisations longues et de permettre un suivi ambulatoire rapproché, point essentiel de la continuité des soins.

Dans la Vienne, la sectorisation découpe le département en 4 secteurs : (figure 1)

- le secteur 1 correspond au secteur Poitiers-Loudun
- le secteur 2 correspond au secteur Poitiers-Civray
- le secteur 3 correspond au secteur Poitiers-Montmorillon
- le secteur 4 correspond au secteur Châtellerauld

Il existe également un 5^{ème} secteur, le SMPR (Service Médico-Psychologique Régional), destiné aux patients incarcérés au centre pénitentiaire de Vivonne.

Chaque secteur dispose d'un centre de soins ambulatoire dédié (CMP) et d'un pavillon d'hospitalisation distinct au sein du Centre Hospitalier Laborit (CHL).

Trois structures sont intersectorielles :

- le pavillon Amadeus (au sein du CHL) : patients dépendants institutionnalisés
- l'unité Jean-Baptiste Pussin (Nieul-l'Espoir) : patients en projet de réhabilitation psycho-sociale
- la maison de la réhabilitation psychosociale (Saint-Benoît) : patients schizophrènes en voie de réinsertion socio-professionnelle et de reprise d'autonomie

Le CHL prodigue des soins à environ 20 000 patients par an, dont 2 500 en hospitalisation [19].

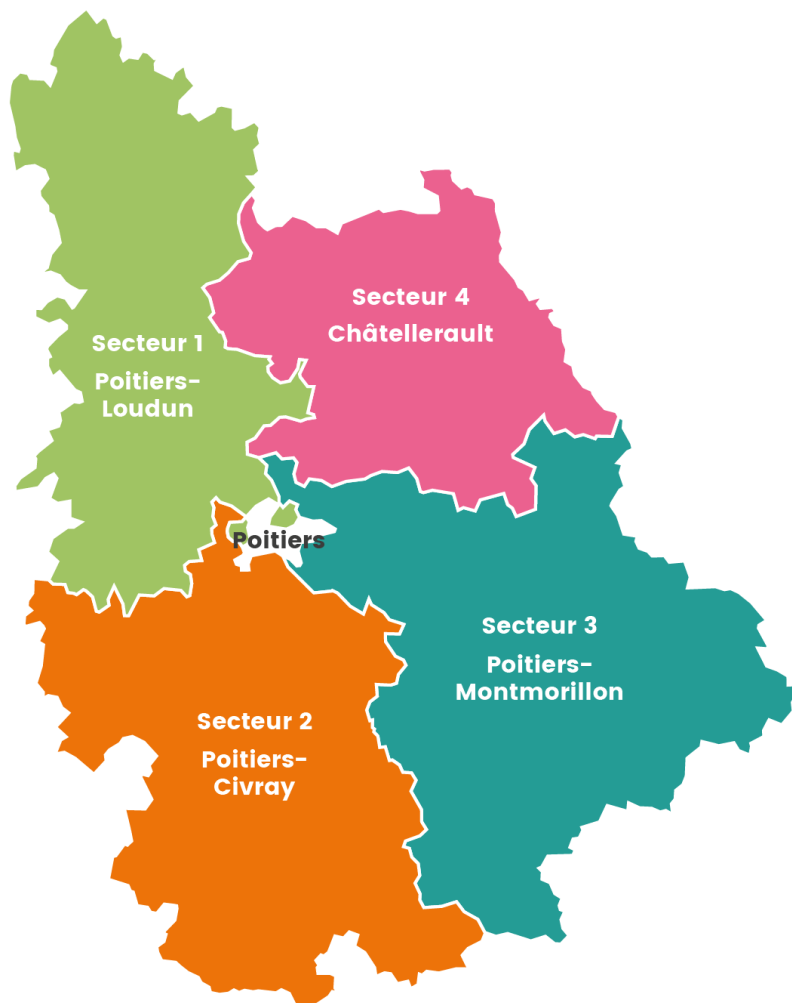


Figure 1 : carte de sectorisation psychiatrique de la Vienne

2) **Principales pathologies rencontrées en hospitalisation au CHL :**

Bien que de multiples pathologies psychiatriques puissent aboutir à des décompensations nécessitant une hospitalisation, la plupart des patients hospitalisés sur les secteurs d'entrée du CHL sont admis dans le cadre d'une des pathologies suivantes (selon la classification du DSM-IV) :

a. **Troubles psychotiques :**

Trouble schizophrénique :

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique complexe qui touche environ 600 000 personnes en France. Les symptômes apparaissent surtout chez l'adulte jeune (15-25 ans), mais la maladie débute souvent plus tôt, sous forme plus légère [20].

Cliniquement, trois types de symptômes peuvent s'exprimer :

- symptômes dits « positifs » ou « productifs » : idées délirantes, hallucinations sensorielles (souvent auditives)
- symptômes dits « négatifs » ou « déficitaires » : émoussement affectif (amimie, voix monocorde), pauvreté cognitive (discours pauvre, phrases brèves), retrait social, apragmatisme (clinophilie, incurie)
- symptômes dissociatifs : désorganisation de la pensée (propos décousus avec barrages), du langage (débit variable, bégaiement, néologismes), des émotions (sentiments contradictoires, rires immotivés) et du comportement (maniérisme gestuel, catatonie)

b. Troubles de l'humeur :

Trouble dépressif :

Le syndrome dépressif touche environ 5% de la population française chaque année. L'OMS estime que 11% des hommes et 22% des femmes seront atteints de trouble dépressif au cours de leur vie.

Selon le DSM-5, « l'épisode dépressif caractérisé » présente au moins 5 des symptômes suivants : humeur dépressive / perte d'intérêt / troubles du poids ou de l'appétit / troubles du sommeil / ralentissement ou agitation psychomotrice / asthénie / dévalorisation ou culpabilité / troubles de la concentration / idées noires ou suicidaires.

Ces symptômes entraînent une souffrance clinique significative ou une altération du fonctionnement social et/ou professionnel.

Trouble bipolaire :

Il se caractérise par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie, ces dernières pouvant être soit augmentées (phase maniaque) soit diminuées (phase dépressive), et accompagnées ou non de symptômes psychotiques.

➤ Épisode maniaque : c'est une urgence médicale, nécessitant une hospitalisation

- perturbation des affects : exaltation de l'humeur, désinhibition, augmentation de l'estime de soi, hyperesthésie, hypersyntonie
- accélération psychomotrice : tachypsychie, fuite des idées, coqs à l'âne, logorrhée, agitation motrice, distractibilité
- troubles du sommeil : insomnie, absence de sensation de sommeil

- troubles des conduites alimentaires : anorexie ou hyperphagie, amaigrissement, déshydratation
- comportements à risque : achats pathologiques, conduites sexuelles à risque, prise de toxiques, excès de vitesse

➤ Épisode hypomaniaque : symptômes évocateurs du syndrome maniaque mais moins francs, sans altération marquée du fonctionnement professionnel ou social et une durée des symptômes inférieure à 7 jours.

c. Addictions :

La prise en charge des addictions peut être effectuée en ambulatoire via le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou au cours d'une hospitalisation sur le CHL, précédant parfois une entrée en centre de cure. La prise en charge du sevrage répond nécessairement à une demande du patient, qui doit être volontaire et motivé.

Parmi les addictions les plus fréquentes : alcool, médicaments (benzodiazépines, morphiniques), stupéfiants (cannabis, cocaïne, amphétamine, opiacés, drogues de synthèse), addictions comportementales (jeu pathologique, addiction sexuelle, achats compulsifs).

3) Soins somatiques en psychiatrie :

a. Pathologies somatiques, espérance de vie et mortalité :

En 2015, la Fédération Française de Psychiatrie indiquait que l'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères était inférieure de 20% par rapport à celle de la population générale [21]. Les troubles mentaux sévères entraînent un taux de mortalité 2 à 3 fois plus élevé qu'en population générale [22].

Cette surmortalité est liée :

- à la présence de facteurs de risques cumulés : conduites addictives (tabac, alcool, drogues), effets indésirables des traitements psychotropes, régime alimentaire déséquilibré, sédentarité, niveau socio-économique bas

- à une forte prévalence d'affections cardiovasculaires et métaboliques (HTA, diabète, dyslipidémie)
- à un taux de suicide important
- à la difficulté d'accès aux soins somatiques [23]

b. Freins à l'accès aux soins somatiques :

Les motifs des difficultés d'accès aux soins somatiques pour les patients atteints de pathologies psychiatriques sont multifactoriels.

○ Liés à la pathologie psychiatrique :

Une étude de 2014 réalisée auprès de patients hospitalisés en psychiatrie au CH Paul Guiraud de Villejuif [24] analysait les freins déclarés par les patients concernant l'absence de médecin traitant : la pathologie psychiatrique elle-même et les symptômes qu'elle engendre étaient les principales causes retrouvées. La maladie entraîne une altération de la perception de leur propre corps, les patients considèrent souvent leurs problèmes somatiques comme secondaires, présentent parfois des troubles de la communication limitant la verbalisation de leurs maux ou à l'inverse peuvent somatiser leurs troubles mentaux et gêner la prise en charge des problèmes somatiques.

○ Liés au corps médical :

Les patients souffrant de pathologies psychiatriques peuvent être stigmatisés, leur prise en charge est souvent considérée comme chronophage et leur suivi plus difficile avec des rendez-vous non honorés et une compliance moindre.

L'intrication des pathologies psychiatriques et somatiques reste insuffisamment connue par les médecins généralistes et les autres spécialistes.

○ Liés à l'organisation du système de soins :

L'accès au système de santé est limité par la précarité sociale et la méconnaissance des dispositifs par les patients.

Aussi, la coordination entre médecine générale et psychiatrie présente des failles : on observe souvent une rupture dans la continuité des soins.

c. Avancées :

En 2002, la création de l'**Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale** marquait le début de l'intérêt porté à la nécessité de soins somatiques en psychiatrie.

La **loi Hôpital Patient Santé Territoire 2009** est la première à intégrer légalement la médecine somatique dans la prise en charge des patients psychiatriques.

La **loi du 05 juillet 2011** rend obligatoire l'examen somatique dans les 24h suivant l'admission en cas d'hospitalisation sous contrainte.

Les **recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie 2015** (labélisées HAS) ont pour objectifs de prévenir et dépister précocement les pathologies somatiques, d'améliorer leur prise en charge en ambulatoire et en hospitalier, ainsi que d'améliorer le suivi des patients [21] :

- bilan somatique global en début d'hospitalisation : élaboration d'un guide concernant les examens cliniques, paracliniques et biologiques à réaliser systématiquement
- amélioration des relations médecine libérale – psychiatrie
- identification d'un médecin traitant (rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004)

Le **décret n°2016-995** a instauré la rédaction d'une lettre de liaison destinée au médecin traitant à la sortie d'hospitalisation, facilitant ainsi la coordination des soins.

Plusieurs mesures socio-économiques ont également été mises en place afin d'aider les patients souffrant de pathologies psychiatriques : prise en charge des soins médicaux (au titre des ALD), aides financières (AAH en cas d'incapacité professionnelle), protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) ...

INTRODUCTION

I- DONNEES ACTUELLES :

Comme inscrit dans le Plan Cancer, identifier les populations à risque d'être sous-dépistées pour le CCU est primordial pour atteindre les objectifs espérés en termes de dépistage et de réduction de la mortalité.

Si le suivi gynécologique des femmes a souvent été étudié, très peu de travaux ont été réalisés à ce jour sur le dépistage du CCU chez une sous-population de patientes atteintes de pathologies psychiatriques : seules 6 études françaises ont analysé le suivi gynécologique global de ces patientes, dont 5 évoquaient le dépistage par FCU.

Les études ayant analysé le taux de FCU chez les patientes atteintes de troubles psychiatriques suivies en ambulatoire (CMP) ont retrouvé une participation moins élevée chez ces dernières qu'en population générale :

- Paris, 2004 [25] : FCU à jour chez 52% des patientes. Cependant, le FCU était considéré à jour si réalisé dans les 2 dernières années (et non 3).
- La Réunion, 2016 [26] : FCU à jour chez 72.8% des patientes versus 94.3% dans le groupe témoin. Cependant, l'étude n'incluait que les patientes souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire.
- Yvelines, 2016 [27] : FCU à jour chez 35.5% des patientes. Cependant, l'étude n'incluait que des patientes atteintes de schizophrénie.

Les études ayant analysé le taux de FCU chez les patientes hospitalisées en secteur psychiatrique ont, elles, retrouvé une participation plus élevée chez ces dernières qu'en population générale :

- Lille/Roubaix, 2014 [28] : FCU à jour chez 61% des patientes. Cependant, les patientes appartenaient à un réseau de soin et bénéficiaient d'un suivi médical renforcé.
- Bordeaux, 2015 [29] : FCU à jour chez 67.8% des patientes. Cependant, l'étude n'incluait que les patientes en âge de procréer (18 à 49 ans), or le taux de réalisation du FCU diminue après 50 ans au sein de la population générale [17] ; et il existait une consultation gynécologique au sein de l'établissement.

Une étude qualitative de 2017 [30] analysait les obstacles à la réalisation du dépistage du CCU par FCU chez 16 patientes hospitalisées en psychiatrie dans les Hauts-de-Seine.

Les principaux obstacles déclarés par les patientes étaient :

- leur méconnaissance du FCU : but, fréquence de réalisation, professionnels de santé pouvant le réaliser
- le manque d'information sur le CCU par les médias et les professionnels de santé
- la difficulté d'accès aux soins gynécologiques : délais de rendez-vous jugés trop longs, dépassements d'honoraires, manque de proximité
- les raisons psychologiques : pudeur, appréhension des résultats, le fait de ne pas se sentir malade
- le manque de temps et de motivation pour ce dépistage, vécu comme une contrainte supplémentaire

II- OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Les études précédentes montrent donc des résultats discordants concernant le suivi gynécologique des patientes souffrant de pathologies psychiatriques. Les études chez les patientes hospitalisées en psychiatrie ont montré des résultats opposés aux hypothèses d'un manque de suivi gynécologique et d'un sous-dépistage pour le CCU.

Toutefois, comme nous l'avons vu, plusieurs limites peuvent expliquer les meilleurs résultats retrouvés au sein de ces population versus la population générale.

Nous avons donc décidé de réaliser une étude portant sur le suivi gynécologique des patientes atteintes de trouble psychiatrique hospitalisées dans un établissement ne disposant pas d'offre de soin en gynécologie et correspondant à l'ensemble de la population cible en termes d'âge.

Les patientes de 25 à 65 ans hospitalisées en psychiatrie en Vienne sont-elles autant dépistées pour le cancer du col de l'utérus que la population générale ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le dépistage du CCU par FCU, selon les recommandations de la HAS, chez les patientes hospitalisées au CHL.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher des facteurs de risque médico-socio-démographiques à l'absence de dépistage, de réaliser un état des lieux du suivi gynécologique global, d'identifier les acteurs de santé y participant et de caractériser les freins déclarés à la réalisation du FCU.

MATERIELS ET METHODES

I- TYPE D'ÉTUDE

Nous avons mené une étude observationnelle, quantitative, descriptive, à recrutement prospectif.

Les données étaient déclaratives, recueillies par entretiens individuels structurés en face à face, à l'aide d'un hétéro-questionnaire.

L'étude était monocentrique, réalisée au sein des quatre secteurs d'hospitalisation complète du Centre Hospitalier Laborit de Poitiers. Les unités d'accueil ont été privilégiées pour l'étude, constituant un meilleur reflet du lien hôpital-ville que les unités d'hospitalisations longues.

II- POPULATION ÉTUDIÉE

1) Critères d'inclusion :

- Femmes
- Âgées de 25 à 65 ans
- Hospitalisées au sein d'un des quatre secteurs d'entrée en hospitalisation complète du CHL

2) Critères d'exclusion :

- Hospitalisation en unité d'addictologie
- Patiente réfutée par l'équipe soignante pour état psychique incompatible avec l'entretien
- Troubles cognitifs sévères
- Hospitalisation sous contrainte
- Absence de consentement oral

3) Calcul du nombre de sujets nécessaires :

Aucune donnée validée n'existait quant au taux de participation au dépistage du CCU chez les patientes souffrant de trouble psychiatrique en France, ni dans la Vienne. Ainsi, pour réaliser les calculs utiles à la détermination du nombre de sujets nécessaires à notre étude, nous nous sommes basés sur les données bibliographiques, notamment l'étude qui présentait des résultats similaires à ceux que nous supposons obtenir, conformément à notre hypothèse principale, soit un manque de dépistage au sein de la population psychiatrique.

Nous avons donc retenu l'étude des Yvelines [27], qui avait retrouvé un taux de FCU à jour chez 35.5% des patientes schizophrènes suivies en CMP. Nous avons opposé cette proportion « observée » à la proportion théorique fournie par le CRCDC-NA, à savoir un taux de participation de 61.4% pour les habitantes de la Vienne.

The image shows a web-based calculator titled "Nombre de sujets nécessaires : 2 proportions". It includes input fields for the type of comparison (radio buttons), theoretical proportion (π_0), observed proportion (π_1), risk of first type error (α), power ($1 - \beta$), and test nature (radio buttons). Below the inputs are "Réinitialiser" and "Calculez" buttons. The results section, titled "Résultats : Nombre de sujets nécessaires", shows two methods: "Proportion théorique" and "epiR package 0.9-96", both resulting in a total number of subjects of 30.

Nombre de sujets nécessaires : 2 proportions	
Type de comparaison	☒ d'une proportion observée à une proportion théorique ☐ de 2 proportions observées
π_0 Proportion théorique	0.614 valeur entre 0 et 1
π_1 Proportion observé	0.355 Valeur entre 0 et 1
Risque de première espèce α	0.05 valeur entre 0 et 1
Puissance $1 - \beta$	0.9 valeur entre 0 et 1
Nature du test	☐ Bilatéral ☒ Unilatéral
Réinitialiser Calculez	
Résultats : Nombre de sujets nécessaires	
Des résultats selon plusieurs méthodes sont disponibles	
Proportion théorique	epiR package 0.9-96
• Nombre total de sujet 30	• Nombre total de sujet 30

Figure 2 : calcul du nombre de sujets nécessaires [31]

III- CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était la réalisation d'un FCU dans les trois dernières années chez les patientes hospitalisées en psychiatrie, comme recommandé par la HAS.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- pour les facteurs médico-socio-démographiques : la pathologie psychiatrique, l'âge, le niveau d'études, les ressources financières, la situation sociale, la fréquence de consultation du médecin traitant
- pour le suivi gynécologique : la date du dernier examen physique gynécologique, les taux de réalisation de la mammographie et de la vaccination anti-HPV
- les professionnels de santé consultés pour un motif gynécologique
- les freins déclarés par les patientes à la réalisation du FCU

IV- **QUESTIONNAIRE** (Annexe)

1) **Élaboration du questionnaire :**

Nous avons fait le choix d'un questionnaire oral hétéro-administré, rempli par l'enquêtrice lors d'entretiens en face à face. Ce choix semblait adapté pour obtenir un taux de participation plus élevé et expliciter les questions aux patientes si nécessaire.

L'enquêtrice est restée la même durant toute l'étude, garantissant une homogénéisation des entretiens, et elle remplissait elle-même les questionnaires. Elle ne faisait pas partie de l'établissement de santé et n'avait donc pas de relation médecin-patient avec les femmes interrogées.

2) **Détermination des items :**

Nous avons utilisé les résultats de notre revue de littérature pour mettre au point le questionnaire, en ciblant les questions qui nous semblaient pertinentes pour répondre aux objectifs de notre étude.

Il s'agissait d'un questionnaire en 18 items : 1 item reprenant une donnée médicale fournie par l'équipe soignante et 17 questions adressées aux patientes, avec réponses fermées sous forme de QCS ou QCM.

Certaines questions étaient mixtes, disposant de propositions préformées et d'une possibilité de réponse ouverte (« autre »).

Un questionnaire préliminaire a été testé sur 3 patientes afin d'en vérifier sa fluidité, son intelligibilité et d'en améliorer la qualité avant le début de l'étude. Ceci a permis de modifier ou préciser l'intitulé de certaines questions, de définir la durée réelle de l'entretien et d'observer les premières réactions des patientes.

Nous avons fait le choix d'un questionnaire assez court, pour maximiser les chances de passation complète. L'entretien total (présentation de l'enquêtrice, explication du travail de recherche, recueil du consentement oral et passation du questionnaire) durait moins de 10 minutes.

Première partie

Elle mentionnait le diagnostic psychiatrique ayant conduit à l'hospitalisation de la patiente, communiqué par l'équipe soignante.

Deuxième partie

Les premières questions étaient assez générales et permettaient de définir les caractéristiques socio-démographiques des patientes interrogées :

- *l'âge*
- l'existence d'un *médecin traitant*, qui plus est généraliste, nécessaire au bon suivi des soins somatiques extra-hospitaliers
- *le niveau scolaire* et les *ressources financières*
- *la situation sociale*

Troisième partie

Les questions concernaient le suivi gynécologique.

Les intitulés abordant le FCU étaient précédés d'une brève définition de ce dernier, afin d'éviter son assimilation au prélèvement vaginal.

La question 11 amenait un QCM. : la réponse attendue était « une lésion cancéreuse » uniquement.

11. « *Le frottis cervico-utérin, souvent appelé 'frottis', est un prélèvement réalisé au niveau du col de l'utérus* ». Selon vous, que cherche-t-il à dépister ?

- *une infection*
- *une lésion cancéreuse*
- *une mycose*
- *ne sait pas*
- *autre*

La question 13 permettait de répondre à l'objectif principal de notre étude : savoir si un FCU avait été réalisé dans les trois dernières années. Il s'agissait d'une question fermée :

13. *Date du dernier FCU*

- *3 ans ou moins*
- *plus de 3 ans*
- *jamais*

La question 14 a été créée dans le cadre de la mise en route du DOCCU : l'objectif était de recenser les femmes échappant au dépistage qui avaient déjà reçu un courrier d'invitation.

14. *Pour les femmes dont le FCU n'est pas à jour : avez-vous reçu un courrier vous invitant à réaliser un FCU ?*

Le QCM de la question 15 a été créé suite à nos recherches bibliographiques : nous avons repris les freins à la réalisation du FCU qui nous semblaient les plus pertinents dans de précédentes études et avons laissé une possibilité de réponse ouverte au besoin.

15. *Pourquoi n'avez-vous pas effectué de FCU au cours des 3 dernières années ?*

- *on ne vous a jamais parlé du FCU*
- *vous ne saviez pas la fréquence de réalisation recommandée*
- *vous n'avez pas pris le temps*
- *vous avez peur d'avoir mal*
- *vous trouvez que cela ne sert à rien*
- *vous craignez que cela coûte cher*
- *vous n'arrivez pas à avoir de rendez-vous*
- *vous avez peur du résultat*
- *autre*

Enfin, deux questions sur le *vaccin anti-HPV* concernaient uniquement les femmes de moins de 35 ans, puisque la vaccination a débuté en 2007 et était indiquée selon les recommandations de l'époque pour les femmes de 14 à 23 ans, soit des femmes âgées de 35 ans au maximum en 2020.

La dernière question interrogeait uniquement les femmes de plus de 50 ans sur la réalisation de leur *mammographie* dans le cadre du dépistage organisé pour le cancer du sein.

V- RECRUTEMENT ET RECUEIL DE DONNEES

L'enquêtrice se présentait ponctuellement dans les différentes unités du CHL après accord des chefs de service respectifs. Elle y effectuait, avec l'aide de l'équipe soignante, un listing des patientes hospitalisées présentant les critères d'inclusion et de non-exclusion.

Les entretiens avaient lieu dans un bureau médical ou directement dans la chambre de la patiente, selon les préférences de celle-ci. Les patientes étaient libres d'être accompagnées d'un soignant si elles le désiraient.

Le recueil des données a été effectué sur 4 mois, entre le 03 juin et le 02 octobre 2020.

Une phase pré-test a été réalisée le 03 juin 2020 auprès de 3 patientes, permettant d'adapter le questionnaire avant le début de l'étude.

Les données recueillies sur les questionnaires papier ont été retranscrites sur le logiciel Microsoft Excel® et transmises au Dr J. Pasco, médecin de Santé Publique et statisticien, pour la réalisation des analyses.

VI-ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses ont été réalisées sous le logiciel R version 4.0.1 avec un risque alpha fixé à 5%.

Les résultats ont été exprimés sous la forme de moyenne +/- écart-type pour les variables quantitatives et par effectif (proportion) pour les variables qualitatives.

La réalisation d'un frottis était définie comme sa réalisation dans les 3 dernières années. La comparaison de la prévalence de réalisation du frottis dans l'échantillon d'étude a été comparée à la prévalence de la Vienne à l'aide d'un Z-test bilatéral.

Les facteurs associés à la réalisation du FCU ont été analysés selon des tests exacts de Fisher.

VII- ASPECTS REGLEMENTAIRES

Une déclaration de conformité au Règlement Général sur la Protection des Données a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Le protocole de recherche a été soumis à l'approbation du Comité d'Éthique pour les Recherches impliquant la personne humaine de Tours-Poitiers. Ce dernier a rendu un avis favorable quant à la réalisation de l'étude.

Le consentement oral, après information orale, a été recueilli pour chacune des participantes.

Une anonymisation des données a été réalisée au moment de la passation du questionnaire.

RESULTATS

I- POPULATION DE L'ETUDE :

1) Diagramme de flux :

Sur 65 patientes sélectionnées avec l'aide des équipes soignantes, nous avons pu recueillir 48 questionnaires. (Figure 2)

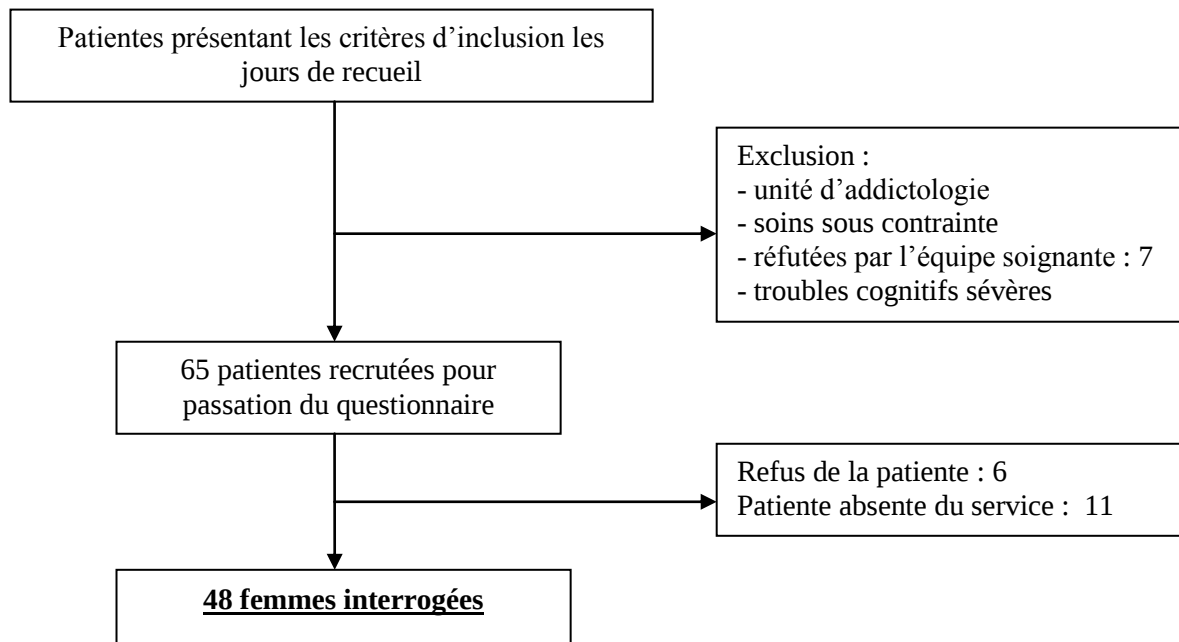


Figure 2 : diagramme de flux

2) Caractéristiques de l'échantillon :

Les caractéristiques socio-démographiques des patientes étudiées sont regroupées dans le tableau I.

Tableau I – Description générale de l'échantillon

	Effectif (N=48)
Pathologie	
Trouble bipolaire	8 (16,7%)
Trouble dépressif	27 (56,2%)
Trouble schizophrénique	4 (8,3%)
Trouble anxieux généralisé	3 (6,2%)
Trouble des Conduites Alimentaires	2 (4,2%)
Trouble Obsessionnel Compulsif	3 (6,2%)
Syndrome de Stress Post Traumatique	1 (2,1%)
Age (années)	49,3 +/- 11,4
Médecin traitant (oui)	43 (89,6%)
Spécialité	
Médecin Généraliste	43 (89,6%)
N/A	5 (10,4%)
Fréquence de consultation	
Moins d'une fois par an	2 (4,2%)
1 à 2 fois par an	7 (14,6%)
Tous les 3 mois	11 (22,9%)
Plus souvent	23 (47,9%)
N/A	5 (10,4%)
Niveau scolaire	
Aucun diplôme	8 (16,7%)
BEPC / brevet des collèges	4 (8,3%)
Baccalauréat / CAP / BEP	28 (58,3%)
Études supérieures	8 (16,7%)
Revenus	
Salaire	11 (22,9%)
Chômage	3 (6,2%)
Aides sociales	24 (50,0%)
Retraite	8 (16,7%)
Autres revenus	5 (10,4%)
Mode de vie	
Seule	22 (45,8%)
Seule avec enfants	3 (6,2%)
En couple avec ou sans enfants	14 (29,2%)
A plusieurs (parents, famille d'accueil, foyer, institution)	9 (18,8%)

Résultats exprimés sous la forme « moyenne +/- écart type » ou « effectif (%) ».

L'âge moyen des patientes était de 49,3 ans ($\pm 11,4$) : 22 patientes avaient entre 25 et 49 ans (45,8%) et 26 patientes avaient entre 50 et 65 ans (54,2%).

Le diagnostic psychiatrique de l'hospitalisation était un trouble dépressif ou un trouble bipolaire pour 72,9% des patientes interrogées (n=35).

43 patientes (89,6%) ont déclaré avoir un médecin traitant et que ce dernier était médecin généraliste. Il était consulté au moins une fois par trimestre par 70,8% des patientes (n=34).

Sur le plan scolaire, 40 patientes (83,3%) n'avaient pas fait d'études supérieures, dont 8 (16,7%) qui n'avaient aucun diplôme.

La moitié des patientes (50%) percevait des aides sociales (Revenu de Solidarité Active, AAH, pension d'invalidité, allocations familiales...). Les « autres revenus » correspondaient à des pensions de réversion, pension alimentaire ou revenus exclusifs du conjoint. Une patiente de 28 ans a déclaré n'avoir aucune source de revenus.

II- CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL : Réalisation du FCU :

La prévalence de réalisation du frottis dans la Vienne était de 61,4% et celle observée dans l'échantillon d'étude était de 43,8 % (n = 21), soit une différence significative de 17,7% [0,0258 ; 44,0] IC95 (p = 0,0168).

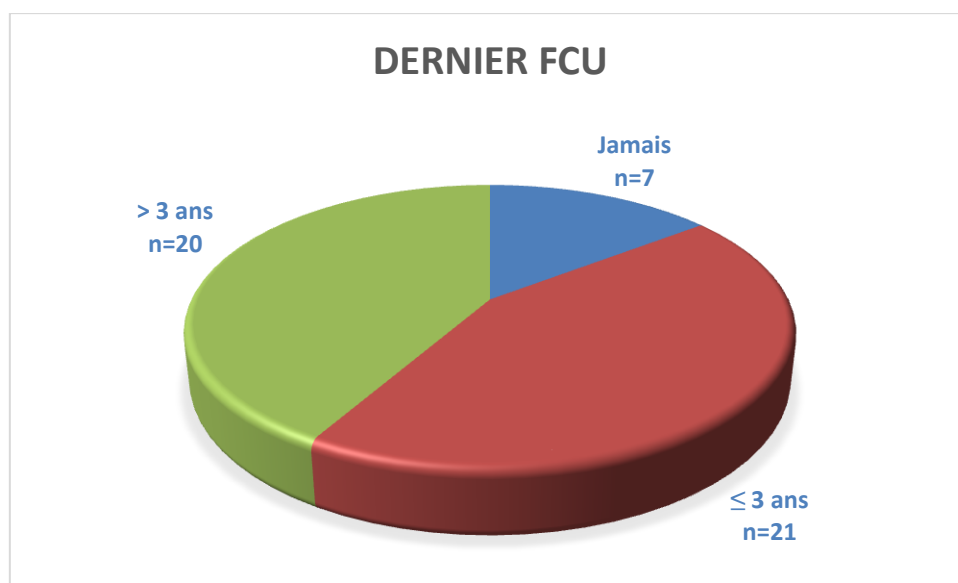


Figure 4 : date de réalisation du dernier FCU

Parmi les patientes âgées de 25 à 49 ans, 11 femmes (50%) avaient un FCU datant de moins de 3 ans et 5 femmes (22,7%) n'avaient jamais réalisé de FCU.

Parmi les patientes âgées de 50 à 65 ans, 10 femmes (38,4%) avaient réalisé un FCU dans les 3 dernières années et 2 femmes (7,7%) n'avaient jamais réalisé de FCU.

III- CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES :

1) Facteurs de risque médico-socio-démographiques :

Tableau II – Facteurs de risque de non réalisation du FCU

	FCU réalisé	FCU non réalisé	RR	P-value
Age supérieur à 50 ans	10 (47,6%)	16 (59,3%)	1,23 [0,734 ; 2,06]	0,561
Mode de vie				
Seule (référence)	10 (47,6%)	12 (44,4%)	1,00	1,00
Seule avec enfant	2 (9,52%)	1 (3,7%)	0,611 [0,118 ; 3,17]	0,593
En couple avec ou sans enfant	7 (33,3%)	7 (25,9%)	0,917 [0,480 ; 1,75]	1,00
A plusieurs	2 (9,52%)	7 (25,9%)	1,43 [0,850 ; 2,39]	0,418
Niveau d'études				
Aucun diplôme (référence)	0 (0%)	8 (29,6%)	1,00	1,00
BEPC/Brevet des collèges	3 (14,3%)	1 (3,7%)	0,250 [0,0458 ; 1,36]	0,0182
Baccalauréat/CAP/BEP	16 (76,2%)	12 (44,4%)	0,429 [0,279 ; 0,657]	0,00459
Etudes supérieures	2 (9,52%)	6 (22,2%)	0,750 [0,503 ; 1,12]	0,467

Par rapport à l'absence de diplôme, l'obtention d'un BEPC/Brevet des collèges (RR=0,250, p=0,0182) ou d'un Baccalauréat/CAP/BEP (RR=0,429, p=0,00459) était significativement associée à une moins grande probabilité de non réalisation du FCU : l'absence de diplôme est donc significativement associée à une plus grande probabilité de non réalisation du FCU que l'obtention d'un BEPC/brevet des collèges ou d'un Baccalauréat/CAP/BEP.

L'âge supérieur à 50 ans et le fait de vivre seule ou à plusieurs étaient également des facteurs de risque de non réalisation du FCU (non significatifs).

L'absence de médecin traitant ne permettait pas de conclure concernant la réalisation ou non du FCU (OR= 1,18 IC95%[0,122 ; 15,51] p=1,00).

Tableau III – Risque de non réalisation du FCU selon la pathologie psychiatrique

	FCU réalisé	FCU non réalisé	RR	P-value
Pathologie psychiatrique				
Trouble schizophrénique (référence)	1 (4,76%)	3 (11,1%)	1,00	1,00
Trouble anxieux / TCA	4 (19%)	5 (18,5%)	0,741 [0,328 ; 1,67]	1,00
Trouble bipolaire	4 (19%)	4 (14,8%)	0,667 [0,273 ; 1,63]	0,576
Trouble dépressif	12 (57,1%)	15 (55,6%)	0,741 [0,383 ; 1,43]	0,621

Le risque relatif de non réalisation du FCU est moindre pour toutes les classes de pathologies par rapport au trouble schizophrénique (non significatif).

2) Etat des lieux du suivi gynécologique global :

a. Dernier examen gynécologique :

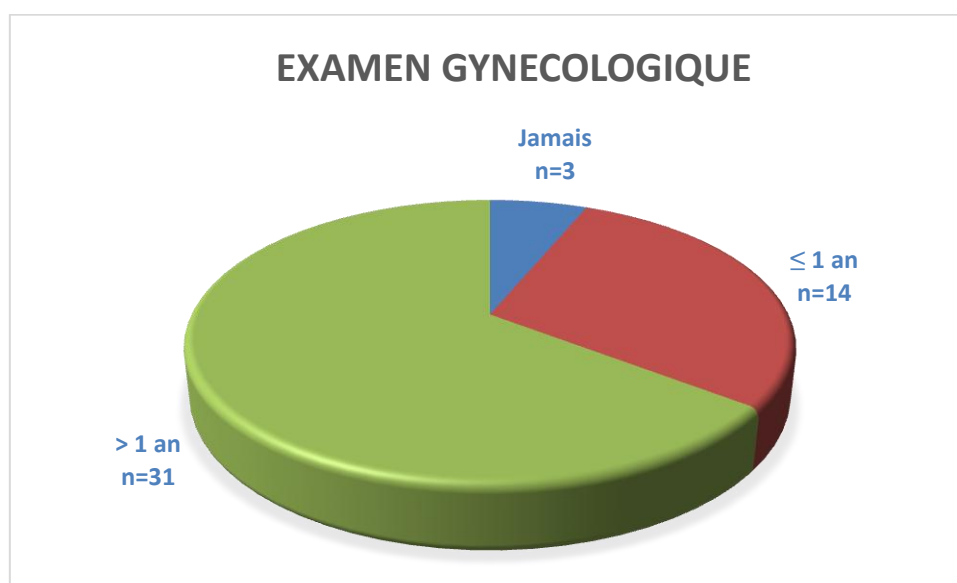


Figure 5 : date du dernier examen physique gynécologique

29,2% des femmes avait bénéficié d'une consultation avec examen physique gynécologique dans l'année.

3 patientes n'avaient jamais été examinées au niveau gynécologique.

b. Mammographie :

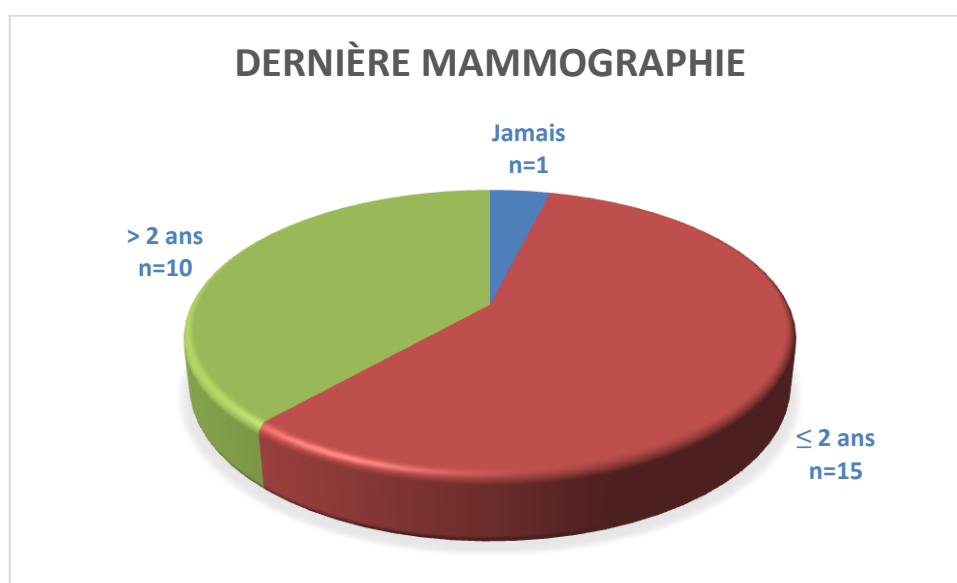


Figure 6 : date de la dernière mammographie chez les patientes de 50 à 65 ans

Parmi les patientes âgées de 50 à 65 ans, 15 femmes (57,7%) avaient réalisé une mammographie dans les 2 dernières années.

Une patiente âgée de 61 ans a déclaré n'avoir jamais réalisé de mammographie. Son dernier FCU datait de plus de 3 ans.

c. Vaccination anti-HPV :

Tableau IV – Vaccination anti-HPV chez les patientes de 25 à 35 ans

	Effectif (N=7)
Un médecin vous a-t-il déjà parlé du vaccin contre le papillomavirus ?	
Non	4 (57,1%)
Oui	3 (42,9%)
Vaccinée	
Non	5 (71,4%)
Oui	-
Ne sait pas	2 (28,6%)

Résultats exprimés sous la forme effectif (%).

3) Acteurs du suivi gynécologique :

Tableau V – Acteurs du suivi gynécologique

	Effectif (N=48)
Qui avez-vous déjà consulté pour un problème gynécologique ?	
Gynécologue libéral	17 (35,4%)
Gynécologue hospitalier	32 (66,7%)
Médecin Généraliste	26 (54,2%)
Sage-Femme	3 (6,2%)
Personne	3 (6,2%)
Autre	1 (2,1%)
Professionnel ayant réalisé le dernier FCU	
Gynécologue libéral	11 (22,9%)
Gynécologue hospitalier	20 (41,7%)
Médecin Généraliste	8 (16,7%)
Sage-Femme	1 (2,1%)
Autre	1 (2,1%)
N/A	7 (14,6%)

Résultats exprimés sous la forme effectif (%).

Le dernier FCU a été réalisé par un gynécologue (libéral ou hospitalier) pour 64,6% (n=31) des patientes et par un médecin généraliste pour 16,7% (n=8) des patientes.

Une patiente a déclaré avoir bénéficié d'une consultation de gynécologie avec un médecin somaticien du CHL pour la réalisation de son dernier FCU.

4) Freins déclarés à la réalisation du FCU :

27 femmes (56,3%) ont affirmé que le FCU cherchait uniquement à dépister une lésion cancéreuse et 7 patientes (14,6%) l'ont également associé à la recherche d'une infection ou d'une mycose. 14 patientes (29,2%) ignoraient son rôle dans la recherche du CCU.

Tableau VI – Freins déclarés à la réalisation du FCU

	Effectif (N=27)
Vous n'avez pas pris le temps	13 (48,1%)
Vous ne saviez pas la fréquence recommandée	9 (33,3%)
Vous avez peur du résultat	5 (18,5%)
Vous avez peur d'avoir mal	3 (11,1%)
Vous trouvez que cela ne sert à rien	3 (11,1%)
On ne vous a jamais parlé du FCU	3 (11,1%)
Vous trouvez que cela coûte cher	1 (3,7%)
Vous n'arrivez pas à avoir de rendez-vous	-
Autre raison	6 (22,2%)

Résultats exprimés sous la forme effectif (%).

Parmi les femmes dont le FCU n'était pas à jour, 88.9% trouvaient un intérêt à l'examen.

Les « autres raisons » évoquées concernant l'absence de réalisation d'un FCU dans les 3 dernières années étaient : un antécédent d'hystérectomie totale (n=2), le fait d'être vierge (n=2), la pudeur (n=1) et des préoccupations actuelles autres (n=1).

Chez ces 27 patientes non à jour, 12.5% (n=6) ont déclaré avoir reçu un courrier les invitant à effectuer ce FCU.

DISCUSSION

I- FORCES DE L'ETUDE :

Peu d'études ont été réalisées en France sur le dépistage du CCU chez des patientes hospitalisées en psychiatrie. De plus, aucune donnée n'existait à ce sujet dans le département de la Vienne.

Le CCU est un problème de santé public actuel. Notre étude, réalisée au lancement du DOCCU, peut s'apparenter à un travail préalable qu'il serait intéressant de reproduire dans quelques années afin d'analyser l'impact du dépistage organisé et des nouvelles recommandations (fréquence du FCU, test HPV).

La présence de l'enquêtrice et le choix d'un hétéro-questionnaire ont probablement limité la perte de données (biais de non réponse). Le choix d'une enquêtrice unique durant la totalité de l'étude permet d'imaginer que tous les entretiens ont été réalisés de la même manière, assurant ainsi une reproductibilité. Aussi, l'étude portant sur une thématique sans rapport avec leur hospitalisation et l'enquêtrice n'étant pas un des soignants du CHL, les patientes ont pu se confier plus librement.

Le choix d'une enquête par questionnaire plutôt que par entretiens libres, en se basant sur une revue de la littérature pour définir les items, a renforcé la validité interne de l'étude (questions standardisées) et permis une analyse plus simple des données. La durée de passation était courte (moins de 10 minutes), évitant un abandon des patientes en cours d'entretien.

L'objectif principal de notre étude était de d'analyser le dépistage du CCU chez les patientes hospitalisées au CHL. Le critère de jugement principal était la réalisation d'un FCU dans les 3 dernières années : ce critère est précis et représentatif du suivi gynécologique chez la femme de 25 à 65 ans.

Malgré son caractère monocentrique, l'étude est représentative de l'hospitalisation psychiatrique en Vienne puisque le CHL est le seul établissement à gérer les hospitalisations du département : il regroupe les patients des 4 secteurs géographiques, provenant donc de milieux urbains, semi-urbains et ruraux.

II- LIMITES ET BIAIS :

1) Limites de l'étude :

Notre étude manque de puissance du fait du nombre restreint de patientes étudiées (48).

Ceci s'explique par un recrutement non exhaustif, en lien avec les disponibilités de l'enquêtrice, limitant le recueil de données à ses jours de présence sur le lieu d'étude. Ce nombre est plus faible que pour les autres études réalisées sur le sujet [25–29].

Nous avons choisi d'interrompre le recrutement car le nombre de sujets nécessaires, calculé a priori, était dépassé. Cependant, la prévalence du FCU étant finalement plus élevée dans notre étude que dans celle qui nous a servi de référence pour le calcul, nous perdons en puissance.

2) Biais de l'étude :

Notre étude a exclu les femmes hospitalisées sous contrainte, présentant des troubles cognitifs sévères ou en état psychologique jugé incompatible avec l'entretien par l'équipe soignante. Tous les profils de patientes de 25 à 65 ans hospitalisées au CHL ne sont donc pas représentés : il s'agit d'un **biais de sélection**. Nous pouvons supposer qu'inclure ces patientes, présentant des pathologies plus sévères ou décompensées et qui n'auraient pas été en mesure de répondre au questionnaire, aurait toutefois constitué un biais de déclaration. Il nous manque donc des données sur cette sous-population, chez qui on suppose un moins bon suivi gynécologique, sans pouvoir l'affirmer. Aussi, les patientes ayant refusé de participer à l'étude l'ont-elles fait à cause du sujet de celle-ci ? Ceci pourrait dissimuler un frein à la non réalisation du FCU.

Notre étude est basée sur des données déclaratives, les patientes faisant appel à leur mémoire : cela a pu entraîner un **biais de mémorisation**. Les patientes ayant réalisé leur dernier FCU il y a plus de 2 ans avaient parfois du mal à dire s'il datait de moins de 3 ans ou non. Ce biais aurait pu être évité au niveau du critère de jugement principal en identifiant précisément les professionnels de santé des patientes pour vérifier la date du dernier FCU. Cependant, ceci nous a semblé trop chronophage et potentiellement à l'origine de données manquantes (praticien mal identifié, absence de réponse, absence de cette donnée dans le dossier de la patiente).

Aussi, le Dossier Médical Partagé aurait peut-être pu documenter ce résultat, mais ce dernier était en cours de mise en place sur le CHL au moment de l'étude et donc non exploitable.

L'item 14 du questionnaire a soulevé la question du **biais de déclaration** : la question, qui visait à évaluer la réception des courriers d'invitation à la réalisation du FCU chez les patientes échappant au dépistage, avait été créée suite au lancement du DOCCU au niveau national : 6 patientes ont répondu avoir reçu cette invitation.

Cependant, en août 2020 le CRCDC-NA a informé les professionnels de santé que l'envoi des courriers venait seulement de débiter en Nouvelle-Aquitaine et qu'il ne concernait pour le moment que les femmes de 64 et 65 ans : aucune des 6 patientes n'entrait dans cette catégorie d'âge. Ceci pourrait potentiellement s'expliquer par une confusion des patientes avec les invitations déjà envoyées pour les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal. Mais, 3 patientes n'avaient pas encore 50 ans et n'ont donc normalement pas reçu ces invitations non plus.

Les patientes savaient que l'enquêtrice était médecin généraliste et ont pu être influencées pour fournir la réponse leur semblant attendue par celle-ci ou leur évitant de se sentir jugées : ceci amène un **biais de désirabilité sociale**.

Afin de limiter le nombre de classes pour l'analyse des données, un **biais de jugement** a été introduit : nous avons fait le choix de regrouper les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, troubles obsessionnels compulsifs et état de stress post-traumatique) avec les troubles des conduites alimentaires, bien qu'ils ne soient associés dans aucune classification des troubles mentaux.

Dans certains cas, notamment lors d'une première hospitalisation chez des patientes interrogées peu de temps après leur admission, la pathologie psychiatrique communiquée par l'équipe soignante n'était potentiellement pas encore un diagnostic formel : cela peut constituer un **biais de classement**.

De la même manière, la consultation d'un « gynécologue hospitalier ou en clinique » ne précisait pas si cette rencontre était programmée ou survenait dans un contexte aigu, via les urgences gynécologiques ou générales : ceci peut biaiser l'interprétation des résultats.

III- DISCUSSION DE LA METHODE :

1) Schéma d'étude :

Nous avons choisi de réaliser une étude observationnelle descriptive du fait de la simplicité de mise en place. Cependant, ce type d'étude demande une interprétation prudente des résultats : les éléments mis en avant apportent des hypothèses à étudier ultérieurement.

2) Recrutement :

Si nous avions initialement fait le choix d'exclure les femmes vierges, nous avons finalement retiré la virginité des critères d'exclusion, puisque comme nous l'avons vu, la contamination par HPV est possible même en l'absence de rapport sexuel avec pénétration. Il aurait alors été nécessaire de questionner très intimement les patientes, risquant de les mettre mal à l'aise.

3) Questionnaire :

L'utilisation d'un questionnaire semblait la méthode la plus simple et la plus adaptée dans le cadre d'une étude observationnelle descriptive.

A posteriori, certains éléments du questionnaire auraient nécessité d'être modifiés ou précisés. Plusieurs classifications existent pour les troubles mentaux. Lors de l'analyse des résultats, nous avons fait le choix d'utiliser celles du DSM-IV et de la CIM 10, qui effectuent des regroupements :

- le trouble dépressif et le trouble bipolaire appartiennent aux troubles de l'humeur
- le trouble anxieux généralisé, l'état de stress post-traumatique et les troubles obsessionnels compulsifs appartiennent aux troubles anxieux

Le DSM-5, introduit en 2013, était moins pertinent pour notre analyse, car il ne procède à aucun regroupement de ces pathologies.

Ce choix aurait dû être réfléchi en amont et le diagnostic psychiatrique de l'hospitalisation plus clairement défini, selon ces classifications.

IV-ANALYSE DES RÉSULTATS – COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE :

1) Caractéristiques de la population étudiée :

- **Âge :**

La moyenne d'âge des participantes était de 49.3 ans ($\pm$ 11.4). Cette moyenne est supérieure à la moyenne française des patients hospitalisés en psychiatrie (41.9 ans) [32], mais notre étude ne concernait que les 25-65 ans.

Toutes les classes d'âge de 25 à 65 ans ont été représentées, avec une forte prévalence des plus âgées : 54.2% des patientes avaient 50 ans ou plus. L'analyse de cette classe d'âge est importante, car le taux de couverture chute après 50 ans en population générale [2,17].

- **Pathologie psychiatrique :**

La majorité des patientes était hospitalisée pour un trouble de l'humeur. Ceci correspond aux données de la DREES [32] selon laquelle il s'agit du motif d'hospitalisation en psychiatrie le plus fréquent chez la femme en France (37.8%). Ces dernières sont toutefois surreprésentées dans notre étude (72.9%). Ceci peut s'expliquer de plusieurs manières :

- seules les patientes des secteurs d'entrée, avec des pathologies potentiellement moins lourdes, ont été incluses
- les patientes sous contrainte ont été exclues, or ces hospitalisations concernent le plus souvent des patients atteints de troubles schizophréniques, comme retrouvé dans l'étude de J. Sebis où les patients atteints de schizophrénie ou de troubles délirants représentaient 34% des hospitalisations sous contrainte [33]
- il existe une variabilité temporelle imprévisible des motifs d'hospitalisation.

- **Médecin traitant :**

Fin 2018, l'Assurance Maladie estimait qu'en France 91.4% des plus de 16 ans avaient déclaré un médecin traitant [34]. Ce chiffre est similaire à celui de notre étude, où l'existence d'un médecin traitant a été retrouvée chez 89.6% des patientes. Ceci est par contre nettement supérieur à l'étude réalisée en 2006 à Paris qui retrouvait un médecin traitant chez seulement 26.4% des patients hospitalisés en psychiatrie [35].

Bien que la démographie en termes de médecins généralistes soit actuellement plus élevée dans le département de Paris (190.4 pour 100 000 habitants) que celui de la Vienne (139.9 pour 100 000 habitants), plusieurs points peuvent expliquer cette différence :

- dans l'étude parisienne, il y avait 3 fois plus de médecin traitant chez les patients atteints

d'un trouble de l'humeur et le taux était également plus important chez les femmes que chez les hommes

- la loi à l'origine de la déclaration d'un médecin traitant et du parcours de soins coordonné ne date que de 2004.

Selon l'INCa [17], la rareté des consultations chez un médecin généraliste est un facteur de risque de non réalisation du FCU. Dans notre étude, on retrouve une faible participation au dépistage du CCU malgré une forte fréquence de consultation : 47.9% des patientes consultaient leur médecin généraliste plus d'une fois par trimestre. Ceci suggère une insuffisance de prise en charge globale du patient souffrant de trouble psychiatrique par le médecin généraliste : malgré la répétition des consultations, la maladie mentale prend le dessus et le suivi somatique est laissé au second plan.

Nous avons également recueilli les données socio-économiques des patientes, puisqu'elles peuvent être un facteur de risque de cancer du col (niveau socio-économique bas, partenaires multiples, célibat) [36] ou de non réalisation du FCU.

- Niveau d'études :

Selon l'INVS, en population générale la réalisation d'un FCU dans les 3 ans est corrélée à un niveau d'études plus élevé [37]. Au sein de notre échantillon, 75% des patientes ont validé un niveau CAP/BEP ou supérieur, ce qui correspond à la moyenne des femmes en Vienne (71.3%) [38].

- Revenus :

Lors du recensement 2017, après retrait des étudiants, 71.2% des 15-64 ans occupaient un emploi, 11.5% étaient au chômage et 7.5% étaient retraités.

Dans notre étude, 22.9% des patientes touchaient un salaire, 6.2% le chômage et 16.7% une retraite. La part des patientes qui percevait des aides sociales est importante (50%), attestant d'une certaine précarité au sein de la population psychiatrique.

- Mode de vie :

Dans la Vienne en 2017, 22.1% des femmes vivaient seules sans enfant et 51.2% en couple (avec ou sans enfants) [38]. Dans notre étude, 45.8% des femmes ont déclaré vivre seules et 29.2% en couple.

Notre choix de cibler les patientes hospitalisées ne permet pas de porter de conclusions sur l'ensemble des femmes souffrant de pathologies psychiatriques dans la Vienne. En effet, les patientes suivies uniquement en ambulatoire (médecine générale, psychiatres libéraux, CMP), présentant potentiellement des pathologies moins lourdes ou mieux équilibrées, n'ont pas été étudiées.

2) Objectif principal :

L'objectif de l'étude était d'évaluer le dépistage du CCU par FCU chez les patientes hospitalisées au CHL : 43.8% des patientes interrogées avaient réalisé un FCU dans les 3 dernières années. Cette prévalence était significativement plus faible que dans la population générale de la Vienne (61.4%). Elle est également plus faible que pour la population générale française (58.7%).

Pour chaque classe de pathologie psychiatrique, le FCU était davantage non à jour que réalisé dans les 3 ans, hormis pour le trouble bipolaire (4 patientes bipolaires avaient réalisé un FCU dans les 3 ans et 4 patientes bipolaires n'étaient pas à jour).

Le trouble schizophrénique était significativement associé à la non réalisation du FCU.

Les études précédentes au sein d'autres hôpitaux psychiatriques français retrouvent des résultats différents. La thèse de JB Guiset retrouvait un FCU à jour chez 61% des 25-65 ans hospitalisées [28], et celle de MA Despeisse chez 67.8% [29]. Comme nous l'avons vu, il est possible que ces différences proviennent de l'appartenance des patientes à des réseaux de soins, de l'existence d'une consultation gynécologique au sein de l'établissement et pour l'étude de MA Despeisse de l'absence de patientes de plus de 50 ans.

Les travaux menés à l'étranger retrouvaient des résultats similaires au nôtre. Dans l'étude de Woohdhead, les dépistages pour les cancers du sein et du col de l'utérus étaient plus faibles chez les patientes schizophrènes qu'en population générale [39]. Chez Tilbrook, on retrouvait un taux de FCU à jour pour seulement 47.1% des patientes atteintes de psychose versus 73.7% en population générale [40].

3) **Objectifs secondaires :**

a. **Facteurs de risque médico-socio-démographiques :**

Les facteurs de risque associés à la non réalisation du FCU détectés dans notre étude étaient :

- trouble schizophrénique
- âge supérieur à 50 ans
- vivre seule ou à plusieurs (parents, famille d'accueil, foyer, institution)
- absence de diplôme

Ces résultats, retrouvés dans la littérature suggèrent d'accentuer la vigilance sur les patientes présentant ces facteurs de risque [2,37,39,40] .

En population générale, le dépistage est favorisé par l'augmentation du nombre de personnes au sein du foyer jusqu'à 4, puis rediminue [37]. Ces données sont similaires aux résultats de notre étude. Ceci peut s'expliquer de différentes manières :

- la présence d'un conjoint : par son implication dans le suivi médical de sa compagne d'une part, mais également par l'existence d'une activité sexuelle pouvant indirectement inciter la patiente à se préoccuper davantage de sa santé gynécologique
- l'existence d'enfants : par le suivi médical lors de la grossesse avec mise à jour systématique du FCU et par la potentielle préoccupation induite chez la patiente concernant son état de santé. Durant l'étude, une patiente a notamment commenté être « très bien suivie au niveau médical » selon elle et le faire « pour ses enfants ».

b. **Suivi gynécologique global**

Le suivi gynécologique, en dehors de la grossesse, comporte plusieurs facettes : l'examen physique gynécologique, les examens de prévention, la contraception et la ménopause.

Dernier examen physique gynécologique

Pour le CNGOF, « un examen gynécologique systématique doit être réalisé tous les ans à partir du début de l'activité sexuelle [...] et poursuivi tout au long de la vie de la patiente » [41].

14 patientes (29.9%) de notre étude avaient bénéficié d'un examen gynécologique dans l'année. Ce chiffre bas peut alimenter les causes de l'absence de dépistage du CCU retrouvée.

Mammographie

Dans notre échantillon d'étude, 57.7 % des femmes appartenant à la population cible pour le dépistage du cancer du sein ont réalisé une mammographie dans les 2 dernières années. Selon l'institut de Santé Publique, sur la période 2017-2018, 49.6% des femmes appartenant à la cible en population générale dans la Vienne ont réalisé une mammographie dans les 2 dernières années [42].

La participation est donc plus importante au sein notre échantillon mais la population étudiée n'est pas représentative de la population générale, puisque seules les femmes de 50 à 65 ans ont été interrogées, or le dépistage du cancer du sein concerne les patientes de 50 à 75 ans révolus. L'absence de la tranche d'âge 66-75 ans ne permet donc pas de conclure de manière globale, ni de généraliser le résultat.

Au sein de notre échantillon, les femmes de plus de 50 ans ont davantage réalisé leur mammographie (57.7%) que leur FCU (38.4%), bien que ce dernier concerne une période plus étendue (3 ans versus 2 ans pour la mammographie). Nos hypothèses explicatives sur cette différence entre les deux dépistages sont :

- le dépistage organisé du cancer du sein, déjà en place depuis 2004
- le fait que la mammographie soit prescrite à la patiente sous forme écrite (ordonnance pour l'imagerie ou courrier d'invitation) contrairement au FCU qui restait jusqu'à maintenant une recommandation orale du professionnel de santé : cela pourrait être perçu comme « plus important » pour la patiente, voire même constituer une « requête » que cette dernière effectuerait dans l'idée de satisfaire son prescripteur.

Vaccination anti-HPV

Notre étude a mis en évidence un défaut d'information concernant la prévention primaire du CCU : aucune des 7 patientes en âge d'avoir reçu une vaccination anti-papillomavirus plus jeune n'a pu affirmer être vaccinée et seulement 4 femmes (57.1%) se souvenaient avoir reçu une information médicale sur ce vaccin.

En France en 2018, le taux de vaccination par schéma complet chez les jeunes filles de 16 ans (nées en 2002) était de 23.7% [43].

L'absence de vaccination anti-HPV au sein de notre étude, chez des patientes nées de 1985 à 1995, peut s'expliquer par un recul jugé insuffisant par les mères des jeunes filles lors de la

mise sur le marché de Gardasil® en 2007. On retrouve en effet ce frein chez 54.9% des mères de jeunes filles de 14-18 ans dans l'étude de J. Haesebaert en 2008 [44]. Aussi, on peut supposer un manque d'information par les médecins généralistes au début de la campagne de vaccination.

A la différence des autres éléments du suivi gynécologique, la vaccination anti-HPV n'est pas le reflet de la prise en charge propre de la patiente, puisqu'à l'âge de la vaccination ce sont les mères des jeunes filles qui prennent cette décision pour elles.

c. Acteurs du suivi gynécologique :

Si plus de la moitié (54.2%) des patientes de notre étude affirme avoir déjà consulté un médecin généraliste pour un problème d'ordre gynécologique, c'est le gynécologue hospitalier qui est le plus sollicité (66.7%). Ce dernier est également l'acteur du dernier FCU pour 41.7% des patientes, alors que seules 16.7% des patientes ont consulté un généraliste pour leur dernier FCU. Ces chiffres concordent avec ceux de L. Rigal : selon son étude de 2014, seuls 10% des FCU étaient réalisés par des médecins généralistes [45].

L'implication du médecin généraliste dans la réalisation du FCU pourrait être renforcée pour majorer la prévalence du dépistage : comme nous l'avons vu, l'accès à une consultation avec un médecin généraliste est plus rapide à obtenir qu'avec un spécialiste [1]. Selon une étude réalisée par l'INCa en 2010, seuls 51% des médecins généralistes interrogés réalisaient des FCU, mais il est possible d'adresser sa patientèle à un confrère généraliste tout en respectant le parcours de soins.

Seules 3 patientes avaient déjà consulté une sage-femme en cas de problématique gynécologique en dehors de la grossesse. Ce résultat reflète le rôle encore trop méconnu des sages-femmes dans le suivi gynécologique, ces dernières étant souvent assimilées au suivi purement obstétrical. Pourtant, depuis 2009, « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique » [46].

Cette méconnaissance par les patientes n'est pas surprenante, puisque certaines facettes de la profession sont également méconnues par les autres professionnels de santé.

L'étude réalisée par A. Girardeau chez des internes de médecine générale d'Île de France indiquait que seuls 36% savaient que la sage-femme était habilitée à réaliser un FCU [47].

Aucune patiente n'a indiqué avoir réalisé son dernier FCU directement en laboratoire. La nécessité d'une ordonnance et la méconnaissance de cet interlocuteur peuvent potentiellement expliquer ce résultat. Actuellement, seuls 3 laboratoires d'anatomo-cyto-pathologie réalisent les analyses cytologiques du FCU en Vienne (CHU Poitiers, cabinet de Saint-Benoît, CH Châtellerauld). L'arrivée du test HPV permet l'implication des laboratoires d'analyse biologiques : le laboratoire du CHU de Poitiers a d'ores et déjà débuté l'analyse des test HPV, en travaillant conjointement avec le laboratoire de pathologie du CHU en cas de nécessité de cytologie réflexe [15].

d. Freins déclarés à la réalisation du FCU :

- **Manque d'initiative :**

Près de la moitié des patientes (48.1%) a reconnu ne **pas avoir pris le temps** d'effectuer leur FCU. L'étude réalisée dans les Hauts-de-Seine retrouvait également un manque d'initiative chez la plupart des patientes non à jour pour leur FCU [30].

- **Manque de connaissances ou d'information sur le FCU :**

Le manque de connaissances sur le **but du FCU** est mis en avant dans la littérature, chez les patientes souffrant de troubles psychiatriques [30], comme en population générale [48]. On le retrouve chez 29.2% des patientes de notre étude, qui n'associaient pas le FCU au dépistage du CCU, et ce malgré le QCM du questionnaire. A l'inverse, l'énumération des propositions a pu inciter les réponses des patientes, notamment pour celles (14.6%) l'ayant également associé à la recherche d'une infection ou mycose malgré la brève définition du FCU pour éviter une assimilation au prélèvement vaginal. Une question ouverte aurait pu permettre une analyse plus objective de la connaissance de l'objectif du FCU.

Concernant la **fréquence de réalisation** du FCU, un tiers des patientes non à jour a déclaré ne pas l'avoir effectué car elles ignoraient les recommandations sur la fréquence. Notre question sous-entendait que le rythme préconisé était de 3 ans, mais cela pouvait ne pas être clair pour les patientes. Nous n'avons pas évalué la fréquence de réalisation supposée par ces dernières, ni la connaissance des limites d'âge.

- Difficultés à l'accès aux soins gynécologiques :

Aucune patiente n'a exprimé la difficulté à obtenir un rendez-vous comme frein à la réalisation du FCU.

Le coût de l'examen était un frein pour une seule patiente. Actuellement, le FCU (consultation + prélèvement) est pris en charge à 70% par la CPAM. L'analyse par le laboratoire est payante et à avancer par la patiente. Dans le cadre du DOCCU, sur présentation du courrier d'invitation, l'analyse sera prise en charge à 100%, sans avance de frais. En cas de difficulté financière chez une patiente entrant dans le cadre d'un dépistage spontané, il sera toutefois possible d'orienter cette dernière vers le CRCDC-NA qui pourra, exceptionnellement, lui faire parvenir un courrier d'invitation [15].

- Freins psychologiques :

On retrouve une **crainte du résultat** de l'analyse du FCU chez 5 patientes non à jour.

Bien que 27 patientes reconnaissaient l'intérêt médical du FCU, 3 le considéraient comme inutile. Ceci laisse supposer un manque d'information quant à l'objectif du FCU et son intérêt dans la détection précoce des lésions précancéreuses.

La **peur d'avoir mal** a été citée par 3 patientes : elles n'avaient jamais réalisé de FCU. Ceci reflète donc potentiellement un manque de connaissance sur le geste en lui-même.

Une patiente a déclaré avoir des **préoccupations actuelles autres** que la réalisation de son FCU. Ceci peut potentiellement révéler un des freins, mis en avant par le Pr Saravane [23], à savoir une hiérarchisation différente des problèmes de santé par les patients atteints de troubles psychiatriques, avec la pathologie mentale amenée au premier plan, délaissant les autres problématiques médicales.

- Antécédents médicaux :

Deux patientes ont indiqué ne pas avoir réalisé de FCU du fait d'un antécédent d'hystérectomie totale. La HAS ne recommande en effet plus de FCU après hystérectomie totale [6]. Toutefois, nous avons choisi de ne pas définir l'hystérectomie comme critère d'exclusion, d'après l'étude de P. Mouithys [49] pour qui une surveillance cytologique du fond vaginal reste recommandée dans les suites d'une hystérectomie pour lésion précancéreuse ou cancéreuse. Le suivi n'est par contre plus indiqué après chirurgie pour cause bénigne.

V- PERSPECTIVES

Notre travail de recherche met en avant le manque de participation au dépistage du CCU chez les patientes hospitalisées au CHL. La population souffrant de troubles psychiatriques avait déjà été repérée comme étant à risque d'être sous-dépistée.

La mise en place du DOCCU devrait permettre de sensibiliser les femmes n'ayant pas réalisé leur FCU à temps via les invitations par courrier et les relances, mais également de majorer la prévalence de femmes à jour du fait d'un espacement du dépistage à 5 ans versus 3 ans (après 30 ans) [6].

Nous nous sommes questionnés sur les autres pistes qui pourraient être développées afin d'améliorer le taux de participation chez les patientes souffrant de troubles psychiatriques.

1) Mise en place d'une consultation gynécologique au sein du CHL :

Les études où une consultation était déjà effective au sein de l'établissement psychiatrique retrouvent de meilleurs résultats [28,29].

Cette consultation, sous la supervision d'un médecin somaticien du CHL, d'un gynécologue ou d'une sage-femme pourrait également être proposée aux internes de médecine générale durant leur semestre de gynécologie ou comme stage satellite durant leurs semestres ambulatoires. La prise en charge de patients souffrant de pathologie psychiatriques chroniques apparaît en effet dans l'une des 11 familles de situations définies par le Collège National des Généralistes Enseignants [50].

2) Recours à l'auto-prélèvement vaginal :

Durant l'hospitalisation, la distribution d'un kit d'APV pourrait être effectuée pour les patientes non à jour et qui expriment une crainte de douleur ou une certaine pudeur.

L'étude pilote SELFIPUR réalisée en 2015 chez des femmes de 25 à 65 ans travaillant au CHU de Poitiers retrouvait une très bonne acceptabilité et faisabilité de l'APV par écouvillonnage, 89% des femmes le trouvant non douloureux et 97% peu difficile à réaliser [51].

Absent du cahier des charges du DOCCU, cet auto-prélèvement n'est pour l'instant réservé qu'aux études pilotes et la question du coût pour la patiente pourrait se poser si le dispositif venait à être mis à disposition générale.

3) Accompagner pour pallier au manque d'initiative :

Légalement, tout docteur en médecine peut réaliser un FCU. Toutefois, il semble préférable que cet examen ne soit pas réalisé directement par le psychiatre référent de la patiente durant son hospitalisation. Une dissociation du somatique et du psychique semble nécessaire dans le domaine de l'intimité sexuelle pour ne pas éroder l'alliance thérapeutique et perturber la relation médecin-malade.

La prise de rendez-vous à la place des patientes ne semble pas pertinente, même avec leur accord : la responsabilisation est souhaitable pour éviter un désistement ultérieur et ne pas rajouter à la sensation de contrainte ressentie par les patientes. Une aide pour la prise de ce rendez-vous durant le séjour hospitalier (conseil sur un professionnel de santé, informations sur l'acte si nécessaire) peut par contre être proposée.

4) Rappel au médecin traitant dans le compte-rendu d'hospitalisation :

Le médecin traitant pourrait alors, selon ses compétences et les préférences de sa patiente, soit programmer de réaliser lui-même l'examen soit l'orienter vers un autre professionnel de santé (généraliste, sage-femme, gynécologue, laboratoire).

Il semble important d'accentuer la vigilance du médecin traitant concernant la prévention, le dépistage et le suivi gynécologique chez les patientes souffrant de troubles psychiatriques, notamment les patientes schizophrènes et de plus de 50 ans, identifiées comme les plus à risque d'échapper au dépistage. La forte fréquence de consultation chez leur médecin généraliste doit être un atout pour celui-ci dans la promotion du dépistage.

Aussi, le médecin traitant doit porter une attention particulière aux enfants des ces patientes, et prodiguer davantage d'informations aux mères sur la vaccination anti-papillomavirus.

5) Renforcer l'information :

Toutes les études retrouvant un déficit de dépistage pour le CCU font mention d'un manque d'information des patientes.

Il semble primordial, dans une période portée par le lancement du DOCCU, d'augmenter les informations destinées aux patientes :

- renseignements sur le but du FCU, la fréquence recommandée, l'âge du dépistage, les modalités de réalisation du geste, le coût
- réponse aux interrogations des patientes et réflexion sur une stratégie d'adaptation en cas d'obstacle évoqué par cette dernière (pudeur, appréhension d'une potentielle douleur)

Enfin, le Dossier Médical Partagé devrait contenir pour chaque patiente :

- vaccination HPV : rappel du schéma vaccinal, mention de la vaccination si effectuée
- dépistage du CCU : rappel des recommandations en vigueur en termes d'âge et de fréquence, date des examens réalisés et principaux résultats
- mammographie : rappel de la fréquence du dépistage organisé, des indications du dépistage individuel, date des examens réalisés et principaux résultats
- contraception : différentes contraceptions prescrites
- suivi gynécologique : date de l'examen physique annuel et commentaire éventuel

Son utilisation par l'ensemble des professionnels de santé d'une patiente permettra une prise en charge plus efficiente de celle-ci.

6) Ébauche de nouvelles études :

Cette étude ouvre la voie pour de nouveaux travaux de recherche : il pourrait notamment être intéressant d'étudier le dépistage du CCU chez les patientes suivies dans les CMP de la Vienne et dans des cabinets de médecine générale, n'ayant jamais été hospitalisées pour motif psychiatrique, afin de confronter nos résultats à ceux de patientes suivies en ambulatoire.

Aussi, reproduire cette étude dans quelques années, dans les mêmes conditions et en réutilisant le questionnaire élaboré, pourrait permettre d'évaluer l'impact du DOCCU.

CONCLUSION

Le dépistage du CCU est insuffisant sur le territoire français. Le Plan Cancer 2014-2019 a déployé le dépistage organisé avec pour objectif un taux de participation de 80% afin de réduire l'incidence et le nombre de décès de 30% à 10 ans. Identifier les populations les plus à risque d'échapper au dépistage est fondamental.

Des travaux réalisés ultérieurement suggéraient que les patientes atteintes de troubles psychiatriques étaient à risque d'être sous-dépistées. Toutefois, les études françaises retrouvaient des résultats contradictoires.

Cette étude observationnelle quantitative a permis d'affirmer le manque de dépistage du CCU chez les patientes hospitalisées au CHL. Les patientes de notre étude vivaient principalement seules, avaient un niveau d'étude similaire à celui de la population générale mais connaissaient une certaine précarité économique.

Nous avons pu mettre en évidence que le trouble schizophrénique, l'âge supérieur à 50 ans, le fait de vivre seule ou à plusieurs, ainsi que l'absence de diplômes étaient des facteurs de risque de ne pas réaliser le dépistage par FCU au sein de notre population d'étude.

Les freins évoqués par les patientes étaient principalement liés à un manque d'initiative et à un défaut d'information. L'instauration d'une consultation gynécologique au sein du CHL nous questionne sur la faisabilité et les modalités de sa mise en place. Aussi, la prise en charge par le médecin traitant doit davantage mettre l'accent sur l'information, l'accompagnement et le suivi du dépistage du cancer du col.

Le DOCCU a officiellement débuté en Vienne durant la réalisation de notre étude. La poursuite de son déploiement, conjuguée à nos propositions, devrait permettre d'améliorer la prise en charge des patientes souffrant de troubles psychiatriques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubert J-M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste [Internet]. DRESS Etudes et Résultats. 2018;1085. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>
2. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2013.
3. ARS Nouvelle-Aquitaine. Zones caractérisées par une offre de soin insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Carte_Zonage_NA_MG_Arrete_06_2018.pdf
4. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides [Internet] Santé publique France, 2019. 372 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>
5. Institut National du Cancer. Enrayer la dégradation du pronostic du cancer du col de l'utérus : le rôle essentiel des professionnels de premier recours - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiques-de-presse/Enrayer-la-degradation-du-pronostic-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-role-essentiel-des-professionnels-de-premier-recours>
6. HAS. Évaluation 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 immunomarquage p16/Ki67. 2019
7. HAS. Vaccination contre le papillomavirus chez les garçons. Synthèse de la recommandation vaccinale. 2019.
8. Sicard A. L'introduction en France des frottis cervico-vaginaux [Internet]. Histoire des Sciences Médicales. 1997;31:255–260. Disponible sur: https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1997x031x003_4/HSMx1997x031x003_4x0255.pdf
9. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002.
10. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010.
11. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PPL, Mustafa RA, et Al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population [Internet]. Cochrane Database of Systematic Review. 2017;8:CD008587. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD008587/GYNAECA_le-depistage-du-papillomavirus-humain-hpv-par-rapport-au-test-de-papanicolaou-frottis-cervico-uterin
12. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H, et al. 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 [Internet]. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2017;(2-3) : 59-65. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/centre-val-de-loire/documents/article/2017/l-auto->

prelevement-vaginal-est-une-methode-efficace-pour-augmenter-la-participation-au-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-un-essai-randomise

13. Hamers FF, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017 [Internet]. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(22-23):417-23. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance._fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html
14. Institut national du cancer. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. 2015.
15. Données communiquées par le CRCDC-NA. 2020.
16. ARS Nouvelle-Aquitaine. Plan santé Vienne 2018-2023, agir ensemble pour la santé des viennois [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-11/PTS_Fiche_3volets_86.pdf
17. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. Bull Epidémiol Hebd. 2017;2-3:39-47. Disponible sur: http://portaildocumentaire._santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consul/spf___internet_recherche/INV13239
18. Décision du 4 mars 2020 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie [Internet]. Journal officiel de la République Française n°0073 du 25 mars 2020, texte n°11. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=2sI_BCy513NF00STdwSaLDslHBs6k4KOYQma8Zvbils=
19. Centre hospitalier Laborit – l'établissement de référence en psychiatrie et santé mentale dans la Vienne [Internet]. Disponible sur: <https://ch-laborit.fr/>
20. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie [Internet]. Presses universitaires François Rabelais. 2014. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
21. Fédération Française de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
22. De Hert M, Corell CU, Bobes J, Cektovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care [Internet]. World Psychiatry. 2011;10:52-77. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048500/>
23. Caria A, Saravane D. Soins somatiques en psychiatrie [Internet]. Psycom. 2016. Disponible sur: https://www.collectif-schizophrenies.com/images/Soins_somatiques_en_psychiatrie_12-16_Web.pdf
24. Labat-Vanhoucke K. Freins à la déclaration du médecin traitant chez les patients présentant une maladie mentale sévère : Enquête qualitative auprès de patients hospitalisés en psychiatrie [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/LABAT-VANHOUCHE-these.pdf>
25. Kormann-Serre C. Etude pilote pour l'évaluation de la qualité du suivi gynécologique des patientes d'un centre médico-psychologique. Thèse d'exercice : médecine générale : Paris 7-Denis Diderot : 2004 : N°462004.

26. Kerbrat B. Le dépistage du cancer du col utérin des patientes souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire à La Réunion: étude comparative dans le sud-ouest de l'île de La Réunion [Internet] Thèse d'exercice : médecine générale : Bordeaux : 2017 : N°214. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01460724/document>
27. Znaty M-L. Suivi gynécologique des patientes atteintes de schizophrénie : analyse de la couverture par frottis cervico-utérin. Thèse d'exercice : médecine générale : Versailles - St Quentin en Yvelines : 2016
28. Guiset JB. Etat des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix [Internet]. Thèse d'exercice : médecine générale : Lille : 2014. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb634fc8-cb58-48ac-bcea-9a666fae9360>
29. Despeisse M-A. Statut gynécologique des femmes âgées de 18 à 49 ans hospitalisées au centre hospitalier psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux [Internet]. Médecine humaine et pathologie. 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305737/document>
30. André S. Obstacles déclarés à la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin chez des patientes atteintes d'un trouble psychiatrique quel qu'il soit [Internet]. Médecine humaine et pathologie. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01731406/document>
31. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/?module=etudes/sujets#>
32. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les établissements de santé. Fiche 18 : les patients suivis en psychiatrie. [Internet]. Edition 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019#Fiches-thematiques>
33. Sebis J. Évaluation de l'examen somatique des 24h obligatoire chez les patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau [Internet]. Médecine humaine et pathologie. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01491761/document>
34. Doineau E, Mesnier T, Augros S. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. [Internet] Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 70 p. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/390977887/Rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins>
35. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? [Internet] L'information psychiatrique, 2006. Volume 82:793–800. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-10-page-793.htm>
36. Sellors JW, Mahony JB, Kaczorowski J, Lytwyn A, Bangura H, Chong S, et al. Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. [Internet] CMAJ 2000;163:503–8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80454/>
37. Guthmann JP, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N, et al. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'enquête santé et protection sociale (ESPS). Institut de veille sanitaire ; 2016. 48 p
38. INSEE. Statistiques et études. Département de la Vienne (86) [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques?debut=0&categorie=4&geo=COMPRD-1+DEP-86>
39. Woodhead C, Cunningham R, Ashworth M, Barley E, Stewart RJ, Henderson MJ. Cervical and breast cancer screening uptake among women with serious mental illness: a data linkage study. [Internet] BMC Cancer 2016;16. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2842-8>.

40. Tilbrook D, Polsky J, Lofters A. Are women with psychosis receiving adequate cervical cancer screening? [Internet] Canadian Family Physician 2010;56:358–63. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860833/>
41. CNGOF. Campus national de gynécologie obstétrique. [Internet] Université Médicale Virtuelle Francophone. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-examen-gynecologique.pdf>
42. Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018 [Internet] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-20182>
43. Fonteneau L, Barret AS, Lévy-Bruhl D. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018. [Internet] Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2019;(22-23):424-30. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_3.html
44. Haesebaert J, Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Jacquard A-C, Régnier V, et al. French women's knowledge of and attitudes towards cervical cancer prevention and the acceptability of HPV vaccination among those with 14 – 18 year old daughters: a quantitative-qualitative study.[Internet] BMC Public Health 2012;12:1034. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1034>.
45. Rigal L. Dépistages des cancers gynécologiques en médecine générale - Variabilité des pratiques de soins [Internet] Médecine humaine et pathologie. Université Paris Sud - Paris XI, 2014. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00956912/document>
46. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Internet] Journal officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
47. Girardot A. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France [Internet]. Thèse d'exercice : Médecine générale : Paris 7-Denis Diderot : 2015. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4948_GIRARDOTCHAREYRON_these.pdf
48. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, 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. [Internet] Pratiques et Organisation des Soins 2012;Vol. 43:261–8. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2012-4-page-261.htm>
49. Mouithys P, Papadopoulos C, Allier G, Lanta S, Delpierre C, Najas S, et al. Faut-il poursuivre les frottis de dépistage après hystérectomie ? [Internet] Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2003;31:620–3. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S1297-9589\(03\)00178-4](https://doi.org/10.1016/S1297-9589(03)00178-4).
50. Collège National des Généralistes Enseignants. Les 11 familles de situation [Internet] Département Médecine Générale - Université de Paris. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-11-familles-de-situation>.
51. Robert F. Détection des HPV à haut risque comme alternative pour les femmes non adhérentes au dépistage cytologique du cancer du col utérin : Etude pilote sur l'acceptabilité et la faisabilité de l'auto-prélèvement vaginal et du prélèvement urinaire [Internet] Thèse d'exercice : biologie médicale : 2016. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/56043ac5-83b2-4ec3-8159-955c4347c1f6>

Annexe : Questionnaire de thèse

Numéro d'anonymat :

Secteur d'hospitalisation :

Données médicales

1. Diagnostic psychiatrique de l'hospitalisation

--

Caractéristiques socio-démographiques

Âge

2. Quel âge avez-vous ?	
-------------------------	--

Médecin traitant

3. Avez-vous un médecin traitant ?	☐ Oui
	☐ Non
4. Quelle est sa spécialité ?	☐ Médecin généraliste
	☐ Psychiatre
	☐ Autre :
5. A quelle fréquence le voyez-vous en moyenne ?	☐ Moins d'une fois par an
	☐ 1 à 2 fois par an
	☐ Tous les 3 mois
	☐ Plus souvent

Niveau d'études

6. Quel est votre niveau scolaire ?	☐ Aucun diplôme
	☐ BEPC / brevet des collèges
	☐ Baccalauréat / CAP / BEP
	☐ Etudes supérieures

Ressources financières

7. Quelles sont vos sources de revenus ? (plusieurs réponses possible)	☐ Salaire
	☐ Chômage
	☐ Aides sociales (RSA, AAH, invalidité, allocations familiales...)
	☐ Retraite
	☐ Autre :

Situation sociale

8. Vivez-vous :	☐ Seule
	☐ Seule avec enfant(s)
	☐ En couple (avec ou sans enfants)
	☐ A plusieurs (parents, famille accueil, foyer, institution...)

Suivi gynécologique

9. Qui avez-vous déjà consulté pour un problème gynécologique ? (plusieurs réponses possible)	☐ Gynécologue libéral
	☐ Gynécologue hospitalier / en clinique
	☐ Médecin généraliste
	☐ Sage-femme
	☐ Personne
	☐ Autre :
10. De quand date votre dernier examen physique gynécologique ?	☐ ≤ 1 an
	☐ > 1 an
	☐ Jamais

Dépistage

« Le frottis cervico-utérin, souvent appelé "frottis", est un prélèvement réalisé au niveau du col de l'utérus » 11. Selon vous, que cherche-t-il à dépister ? (Plusieurs réponses possibles)	☐ Une infection
	☐ Une lésion cancéreuse
	☐ Une mycose vaginale
	☐ Ne sait pas
	☐ Autre :
12. Date du dernier FCU :	☐ ≤ 3 ans
	☐ > 3 ans
	☐ Jamais
13. Qui l'a réalisé ?	☐ Gynécologue libéral
	☐ Gynécologue hospitalier / en clinique
	☐ Médecin généraliste
	☐ Sage-femme
	☐ Autre :

Pour les femmes dont le FCU n'est pas à jour :

14. Avez-vous reçu récemment un courrier vous invitant à réaliser un FCU ?	☐ Oui
	☐ Non
15. Pourquoi n'avez-vous pas effectué de FCU ces 3 dernières années ? (Plusieurs réponses possibles)	☐ On ne vous a jamais parlé du FCU
	☐ Vous ne saviez pas la fréquence de réalisation recommandée
	☐ Vous n'avez pas pris le temps
	☐ Vous avez peur d'avoir mal
	☐ Vous trouvez que cela ne sert à rien
	☐ Vous craignez que cela coûte cher
	☐ Vous n'arrivez pas à avoir de rendez-vous
	☐ Vous avez peur du résultat
☐ Autre :	

Pour les femmes de moins de 35 ans :

16. Un médecin vous a-t-il déjà parlé du vaccin contre le papillomavirus (Gardasil, Cervarix) ?	☐ Oui	☐ Non	
17. Aviez-vous reçu ce vaccin plus jeune ?	☐ Oui	☐ Non	☐ NSP

Pour les femmes de 50 à 65 ans :

18. Date de la dernière mammographie	☐ ≤ 2 ans
	☐ > 2 ans
	☐ Jamais

Suivi gynécologique des patientes atteintes de troubles psychiatriques : Analyse de la couverture par frottis cervico-utérin des patientes hospitalisées au Centre Henri Laborit de Poitiers
--

Contexte : En France, le cancer du col de l'utérus tue plus de 1000 femmes par an. Un dépistage par frottis cervico-utérin est recommandé tous les 3 ans, mais seules 58.7% des femmes appartenant à la population cible l'ont réalisé sur la période 2015-2017. Des études précédentes suggèrent que les femmes atteintes de troubles psychiatriques sont à risque d'être sous-dépistées.

Objectifs : Évaluer le dépistage par frottis cervico-utérin chez les patientes hospitalisées en psychiatrie dans la Vienne. Les objectifs secondaires étaient de rechercher des facteurs de risque médico-socio-démographiques et d'identifier les freins à la réalisation du frottis.

Méthode : Une étude observationnelle descriptive a été réalisée au sein du Centre Hospitalier Laborit de Poitiers de juin à octobre 2020. Les patientes de 25 à 65 ans ont été interrogées par hétéro-questionnaire au cours d'entretiens individuels.

Résultats : Parmi les 48 patientes incluses, 43.8% avaient réalisé un frottis cervico-utérin dans les trois dernières années, soit significativement 17.7% de moins par rapport à la population cible de la Vienne ($p = 0,0168$). Les facteurs de risque corrélés à la non réalisation du FCU étaient la schizophrénie, l'âge supérieur à 50 ans, l'absence de diplôme et le fait de vivre seule ou à plusieurs. Les principaux freins déclarés par les patientes étaient un manque d'initiative et un défaut d'information.

Conclusion : Notre étude montre un défaut de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les patientes hospitalisées au Centre Hospitalier Laborit par rapport à la population générale. Pour améliorer la participation, nous proposons l'association de plusieurs stratégies : mettre en place une consultation gynécologique au sein du CHL, majorer l'information par les professionnels de santé ainsi qu'accompagner les patientes les plus à risque. Ceci, combiné au déploiement en cours du dépistage organisé permettra de limiter les inégalités et d'augmenter la prévalence du dépistage en population générale.

Mots clés : Dépistage – Cancer du col de l'utérus – Frottis cervico-utérin – Psychiatrie



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 !

