

**Faculté de Médecine  
École de Sages-Femmes**

**Diplôme d'État de Sage-femme**  
2019-2020

**Connaissances des femmes enceintes sur la prévention  
primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus**

Présenté par  
**Céline Mesrine**

Expert scientifique : Caroline MASSONNEAU, sage-femme libérale  
Expert méthodologique : Cécile TIBERGHIEN, sage-femme enseignante

*Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver*

**Pierre Dac**

## Remerciements

---

Je souhaiterais remercier toutes les personnes ayant contribué, de près comme de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Cécile Tiberghien, sage-femme enseignante, pour ses nombreuses relectures, ses conseils avisés ainsi que sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie Caroline Massonneau, sage-femme libérale, pour sa disponibilité, sa bienveillance ainsi que son partage d'expérience si précieux.

Je tiens également à remercier le secrétariat d'anesthésie de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges pour leur aide si précieuse.

Merci à mes amies de promotion pour leur amitié, leur soutien et leur bienveillance sans failles durant ces 4 longues années.

Enfin, je remercie tout particulièrement ma famille et mes amis proches pour leur écoute, leur soutien ainsi que leurs encouragements tout au long de ces études. Merci, d'avoir cru en moi, de m'avoir accompagné dans les moments difficiles mais aussi d'avoir partagé tous les bons moments ensemble.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Première partie : Introduction .....	7
1. État actuel des connaissances.....	7
1.1. Définition et épidémiologie.....	7
1.2. Mécanismes d'action des HPV .....	7
1.3. La prévention primaire : le vaccin .....	8
1.3.1 Définition et recommandations.....	8
1.3.2 Acceptabilité et participation des femmes .....	8
1.3.3 Les freins liés à la vaccination.....	9
1.4. La prévention secondaire : le frottis cervico-utérin.....	10
1.4.1 Définition et recommandations.....	10
1.4.2 Connaissances et participation des femmes .....	10
1.5. Les nouvelles recommandations .....	11
Deuxième partie : Matériel et Méthode .....	12
1. Objectifs de l'étude .....	12
2. Méthodologie .....	12
2.1. Recueil des données .....	12
2.2. Variables .....	13
2.3. Exploitation des données .....	13
2.4. Méthodes d'analyses des données.....	13
Troisième partie : Résultats et Discussion .....	14
1. Description de la population .....	14
2. Connaissances des femmes enceintes .....	15
2.1. La prévention primaire.....	15
2.2. La prévention secondaire .....	16
2.3. Le type de professionnel qui peut assurer un suivi gynécologique.....	16
3. Le niveau de connaissances moyen des femmes enceintes .....	17
3.1. Le niveau de connaissances sur la prévention primaire.....	17
3.2. Le niveau de connaissances sur la prévention secondaire .....	17
3.3. Le niveau de connaissances sur la prévention globale .....	18
4. Le niveau de connaissances des femmes enceintes en fonction de leurs caractéristiques.....	18
5. Les réticences à la prévention primaire et secondaire.....	19
5.1. Les réticences à la vaccination.....	19
5.2. Les réticences liées à la réalisation d'un frottis .....	20
6. Les points forts et les limites de l'étude.....	20
6.1. Les points forts .....	20
6.2. Les limites de l'étude .....	21
7. Discussion .....	21
7.1. Les caractéristiques de la population.....	21
7.2. Sur les caractéristiques du suivi de la population .....	22
7.3. Les connaissances des femmes enceintes.....	22
7.3.1 La prévention primaire .....	22
7.3.2 La prévention secondaire.....	23

7.4. Sur le niveau de connaissances des femmes enceintes .....	25
7.5. Analyses des réticences .....	26
7.5.1 Les réticences à la vaccination .....	26
7.5.2 Les réticences à la réalisation d'un frottis.....	28
Conclusion .....	29
Références bibliographiques .....	30
Annexe 1 : Questionnaire .....	33

## Première partie : Introduction

---

### 1. État actuel des connaissances

#### 1.1. Définition et épidémiologie

En France, le cancer du col de l'utérus est placé au douzième rang des cancers les plus fréquents chez la femme jeune. Les trois quarts sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 25 à 64 ans. Depuis 2000, il représente le dixième cancer féminin en termes de mortalité avec environ 1000 décès par an représentant une incidence de 1,7 décès pour 100 000 femmes par an (1). Le taux de survie à 5 ans du cancer du col de l'utérus est estimé à 66% avec une forte disparité selon l'âge au moment du diagnostic ; soit 80% chez les femmes de 15 à 44 ans et 39% chez les femmes de plus de 75 ans (2).

En 1950, le frottis cervico-utérin est mis en place dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le lien entre la survenue du cancer du col de l'utérus et l'infection au HPV (Human Papillomavirus) est établi en 1980 (3).

Depuis 2003, la prévention de ce cancer est devenue un problème majeur de Santé Publique dans le cadre du Plan cancer (4).

Ainsi, en 2006, l'élaboration de vaccins prophylactiques anti-HPV a permis la mise en place d'une prévention primaire du cancer du col de l'utérus (3).

#### 1.2. Mécanismes d'action des HPV

La transmission des HPV se fait par contact cutanéomuqueux, le plus souvent lors des premiers rapports sexuels. En effet, les HPV pénètrent les épithéliums pavimenteux présents au niveau du col au travers de microtraumatismes occasionnés par les rapports sexuels.

L'infection peut se manifester de manière silencieuse avec la présence des HPV au niveau du col sans aboutir à des lésions (3). A l'inverse, l'infection peut évoluer vers l'apparition de lésions précancéreuses au niveau de l'épithélium malpighien sur l'exocol du col de l'utérus. Elles sont appelées néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN) et existent sous des formes plus ou moins graves. Les lésions de haut grade (CIN2/3) sont liées à une infection des HPV 16 et 18 et sont responsables d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus (5).

Les lésions peuvent rester quiescentes pendant des mois voire des années et disparaître spontanément ou persister et progresser vers une lésion plus grave pouvant aller jusqu'au cancer invasif (6).

La majorité des infections à HPV à risque évolue vers une disparition spontanée chez les jeunes femmes de moins de 30 ans. Au-delà de 30 ans, en revanche, elles ont tendance à persister en particulier pour le HPV 16 (3).

### **1.3. La prévention primaire : le vaccin**

#### **1.3.1 Définition et recommandations**

Aujourd'hui, trois vaccins ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché en Europe. Le vaccin quadrivalent (Gardasil®) protège contre les lésions induites par les HPV 16, 18, 6 et 11, le vaccin bivalent (Cervarix®) protège contre les HPV 16 et 18 (3) et depuis septembre 2017, le vaccin nonavalent (Gardasil 9®) est mis sur le marché. Destiné à remplacer Gardasil®, ce dernier inclut cinq types d'HPV supplémentaires, le 31, 33, 45, 52 et 58 (7). Ces 3 vaccins ont respectivement 96,3 %, 97,1 % (8) et 97,4 % d'efficacité sur la réduction des lésions cervicales de haut grade (CIN2 et CIN3) (7).

Depuis 2013, les recommandations vaccinales concernent les jeunes filles de 11 à 14 ans avec deux vaccinations, un rattrapage possible de 15 à 19 ans révolus avec trois vaccinations. Cependant cette vaccination n'est pas obligatoire, elle relève donc d'une démarche dite opportuniste. La jeune fille elle-même ou ses responsables familiaux en font la demande, ou les acteurs de santé la proposent lors d'une consultation (9).

#### **1.3.2 Acceptabilité et participation des femmes**

La couverture vaccinale anti-HPV diminue progressivement en France. Seulement 20% des jeunes filles de moins de 15 ans ont été vaccinées fin 2015 contre 30% en 2010 (10).

De nombreux facteurs expliquent ce taux de couverture vaccinale insuffisant :

- Le contexte socio-économique : les personnes défavorisées sont les moins couvertes par la vaccination par moindre recours au suivi médical.
- La méfiance du public face aux effets secondaires du vaccin décrits dans les médias : en France, 38% des mères déclarent être réticentes à faire vacciner leur fille estimant le vaccin trop récent et craignant les effets secondaires (11).
- Les doutes du public quant à l'efficacité et l'intérêt du vaccin : en 2008, 61% des mères étaient convaincues de l'intérêt du vaccin contre 36% en 2015.
- Les médecins, eux-mêmes, doutent sur l'intérêt du vaccin : en 2010, 72% des médecins conseillaient la vaccination anti-HPV contre 61% en 2015. Seulement 60% des médecins sont favorables à une vaccination HPV obligatoire (10). Aujourd'hui, 45% des médecins généralistes déclarent systématiquement cette vaccination auprès des filles âgées de 11 à 14 ans (12).

### 1.3.3 Les freins liés à la vaccination

D'après le Baromètre santé réalisé en 2017 par Santé Publique France, trois personnes sur quatre ont une opinion plutôt favorable à la vaccination en générale. Cependant 40% des personnes interrogées évoquent des réticences envers certains vaccins dont celui contre les infections à papillomavirus humains (12).

Plusieurs types de freins concernant la vaccination sont mis en évidence. Nous pouvons les classer en 3 groupes :

- Les réticences sur le principe même du vaccin liées :
  - A des raisons morales : religieuses, philosophiques, éthiques.
  - A l'aspect politique : l'obligation vaccinale représente un problème d'éthique juridique.
  - Au manque de confiance des patients, en leur médecin, avec une difficulté d'échanger librement avec eux.
  - Aux alternatives envisagées par l'homéopathie ou encore, pour certains, la protection naturelle passant par un mode de vie sain.
  - A la dangerosité d'un vaccin vu comme un poison (13).
- Les réticences sur le bien-fondé de la vaccination liées :
  - A l'absence de légitimité ; en se reconnaissant comme personne en bonne santé, le vaccin devient inutile.
  - Au manque de données concernant l'innocuité de tous les vaccins.
  - Au manque d'informations.
  - Aux aspects socio-économiques représentés par la difficulté de trouver un rendez-vous au bon moment mais aussi pour un problème de coût (13).
- Les réticences par rapport aux effets indésirables par peur que le vaccin donne la maladie ou qu'il provoque une surcharge immunitaire. Les parents de patients mineurs pensent que l'âge de vaccination anti-HPV est trop précoce. Ils craignent devoir aborder la sexualité par ce biais (13).

## **1.4. La prévention secondaire : le frottis cervico-utérin**

### **1.4.1 Définition et recommandations**

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est effectué à l'aide de frottis cervico-utérin qui permet de détecter des lésions pré-cancéreuses par examen cytologique. Des examens complémentaires permettent de diagnostiquer les éventuelles lésions (14).

Les frottis cervico-utérins peuvent être pratiqués par un gynécologue, une sage-femme, un médecin généraliste ou un médecin biologiste d'un laboratoire d'analyses médicales (15).

Les recommandations proposent aux femmes de 25 à 65 ans, ayant eu des rapports sexuels, d'effectuer un frottis tous les trois ans après deux frottis annuels normaux (4). Il s'agit, à l'instar de la prévention primaire, d'un dépistage opportuniste où la population est recrutée lors d'un recours au soin. C'est donc un recrutement passif.

### **1.4.2 Connaissances et participation des femmes**

Sur la période 2006 à 2008, le taux de couverture de frottis cervico-utérins chez les femmes âgées de 25 à 65 ans était estimé à 56,6% et est stable depuis 6 ans (14). Aujourd'hui, 60% des femmes âgées de 25 à 65 ans un frottis à jour (16).

Une étude de 2010 a montré des disparités dans la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'âge. Avant 25 ans, le taux de dépistage est de 45,7%, 60% entre 25 et 49 ans puis chute après 50 ans avec 42% pour la tranche d'âge 60-64 ans (17).

Ce faible taux de participation à ce dépistage est expliqué par plusieurs facteurs :

- Un niveau de connaissances trop faible au sujet des recommandations du dépistage (18).
- Un manque de connaissances à propos des différents praticiens habilités à réaliser un frottis cervico-utérin (14).

Le système anglais obtient un taux de dépistage d'environ 90% grâce à un dépistage organisé (9). La sensibilisation de la population est donc importante afin d'augmenter le taux de participation des femmes (2).

De ce fait, Agnès Buzyn (Ministre des Solidarités et de la Santé) a annoncé, dans un communiqué de presse datant du 11 mai 2018, la mise en place d'un troisième programme national de dépistage : le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (19).

## 1.5. Les nouvelles recommandations

Le 10 juillet 2019, la Haute Autorité de Santé a publié de nouvelles recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les modalités de dépistage restent inchangées pour les femmes âgées de 25 à 30 ans. Le premier frottis cervico-utérin est recommandé à 25 ans puis contrôlé 1 an plus tard. Cet examen cytologique sera de nouveau réalisé 3 ans après si les deux premiers sont normaux. De plus, le prélèvement du frottis cervico-utérin en milieu liquide est fortement recommandé car il permet la réalisation d'un test-HPV a posteriori dans le cas où des lésions seraient détectées (20).

Le test-HPV est une méthode de détection moléculaire des acides nucléiques présents au niveau des génotypes d'HPV. Il présente une meilleure sensibilité que le frottis cervico-utérin mais une moins bonne spécificité pour détecter des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Le risque d'infection HPV est plus élevé chez les femmes de moins de 30 ans et évolue vers une disparition spontanée dans la majorité des cas, ainsi, le test HPV n'est pas recommandé en première intention (20).

Cependant, après 30 ans, ces infections ont tendance à persister. Ainsi, entre l'âge de 30 ans et 65 ans la HAS recommande le test HPV en première intention à 5 ans d'intervalle lorsque le résultat est négatif. Si le résultat est positif, un frottis cervico-utérin est indiqué (20).

En l'état actuel des connaissances, nous nous sommes demandé quelles étaient les connaissances des femmes enceintes au sujet de la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus à Limoges.

## Deuxième partie : Matériel et Méthode

---

### 1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances des femmes enceintes sur la prévention globale du cancer du col de l'utérus à Limoges.

D'autre part, les objectifs secondaires qui en découlaient, étaient d'évaluer les connaissances des femmes enceintes sur la prévention primaire ainsi que la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus. Les autres objectifs étaient de mettre en évidence une différence de connaissances en fonction du statut vaccinal, du suivi gynécologique, de l'âge ainsi que de l'appartenance au domaine médical ou paramédical des patientes. Enfin, les derniers objectifs de notre étude étaient de mettre en évidence les craintes des femmes sur la vaccination et la réalisation du frottis.

### 2. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale descriptive monocentrique à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges. L'étude s'est déroulée de mi-avril à mi-septembre 2019.

La population source de notre échantillon était représentée par les femmes enceintes venant à leur consultation d'anesthésie au 3<sup>ème</sup> trimestre. Nous avons inclus les femmes enceintes, majeures ayant donné leur accord écrit pour participer à notre étude. Les personnes ne parlant pas français ou le comprenant difficilement ont été exclues de notre échantillon ainsi que les personnes placées sous tutelle ou refusant de participer à l'étude.

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons calculé que 420 sujets étaient nécessaires.

#### 2.1. Recueil des données

Pour réaliser nos objectifs, nous avons utilisé un questionnaire à choix multiples sous format papier (annexe1). Un pré-test a été effectué auprès de 5 femmes choisi aléatoirement afin d'en vérifier la compréhension.

Le questionnaire devait être rempli dans la salle d'attente ou à la fin de la consultation et être remis au secrétariat. Les patientes, après informations orales et écrites, ont donné leur accord pour que leurs données anonymisées puissent être utilisées à des fins scientifiques.

## **2.2. Variables**

L'échantillon a été décrit par une variable quantitative comme l'âge ainsi que par des variables qualitatives comme le statut vaccinal, le suivi gynécologique, l'appartenance à une profession médicale ou paramédicale.

Par la suite, le niveau de connaissances sur la prévention primaire a pu être évalué grâce à des variables qualitatives telles que le nom du vaccin, l'âge de la vaccination ou encore l'identification des professionnels habilités à faire le vaccin.

Le niveau de connaissances sur la prévention secondaire a été lui aussi évalué au travers de variables qualitatives comme l'utilité du frottis, le schéma de dépistage et de surveillance, l'âge des femmes les plus concernées par ce cancer ainsi que l'identification des professionnels aptes à effectuer le suivi.

Pour finir, les craintes des patientes ont été évaluées grâce à des variables qualitatives telles que la présence et le type de réticences liées à la vaccination ou au frottis.

## **2.3. Exploitation des données**

Le questionnaire comprenait 5 questions à choix multiples au sujet de la prévention primaire et 7 questions à choix multiples sur la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus. Une notation sur 10 points a été attribuée pour chaque type de prévention.

La notation était +1 par réponse juste, 0 pour une réponse « je ne sais pas » ou pour une réponse fautive. Une moyenne a été ensuite effectuée sur l'ensemble des questions.

Le niveau de connaissances était considéré comme très satisfaisant si la note était supérieure à 8/10 ; satisfaisant si la note était comprise entre 5 et 8/10 ; insuffisant si la note était inférieure à 5/10.

## **2.4. Méthodes d'analyses des données**

Le niveau de connaissances des femmes a été présenté sous forme de moyenne. L'analyse des résultats a été effectuée à l'aide du logiciel statistiques Statview®.

Ainsi, le test de Student ou comparaison de moyenne a été utilisé avec un risque  $\alpha = 5 \%$  et un degré de significativité  $p < 0,05$ .

## Troisième partie : Résultats et Discussion

Parmi les 231 questionnaires recueillis, 48 n'étaient pas exploitables en totalité car ils étaient soit incomplets soit ils ne correspondaient pas aux consignes demandées. Les effectifs totaux varient donc entre 183 et 231.

### 1. Description de la population

Tableau I : Caractéristiques de la population

	Nombre N = 231	Pourcentage
<b>Moyenne d'âge ± ET (Min - Max)</b>	<b>30,8 ± 5,2 (18 - 44)</b>	
<b>Mode de vie</b>		
Seule	8	3,5%
En couple	223	96,5%
<b>Profession</b>		
Agricultrices exploitantes	4	1,8%
Ouvrières, employées	111	48%
Artisans, commerçants	7	3%
Cadres	42	18,2%
Professions libérales	10	4,3%
Étudiantes	1	0,4%
Sans profession	21	9,1%
Chômage	19	8,2%
Autres	16	6,9%
<b>Profession médicale</b>		
Oui	<b>62</b>	<b>26,8%</b>
Non	<b>169</b>	<b>73,2%</b>
<b>Niveau d'études</b>		
Sans diplôme	5	2,2%
Brevet	7	3%
BEP, CAP	40	17,3%
BAC, BAC professionnel	45	19,5%
Études supérieures	134	58%

L'âge moyen de notre population était 30,8 ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 44 ans.

La majorité (48%) des femmes questionnées étaient ouvrières ou employées.

26,8% des patientes avaient une profession issue du domaine médical ou paramédical tandis que 73,2% ne l'étaient pas.

Une grande majorité (58%) de notre population possédait un niveau d'études supérieures.

Tableau II : Caractéristiques du suivi de la population

	Nombre N = 231	Pourcentage
<b>Suivi gynécologique</b>		
Oui	186	80,5%
Pas de suivi	44	19,1%
Ne sais pas	1	0,4%
<b>Professionnel qui assure le suivi</b>		
Gynécologue	167	89,3%
Sage-femme	5	2,7%
Médecin généraliste	15	8%
<b>Vaccination</b>		
Oui	50	21,6%
Non	163	70,6%
Ne sais pas	18	7,8%
<b>Raison de non-vaccination</b>		
Pas de correspondance avec âge	59	36,2%
N'a pas été proposé	86	52,8%
Peur des effets secondaires	9	5,5%
Parents opposés à la vaccination	5	3%
Autres	14	8,6%

80,5% des femmes ont déclaré avoir un suivi gynécologique alors que 19,1% d'entre elles n'en avaient pas. 89,3% d'entre elles étaient suivies par un gynécologue.

Enfin, 21,6% des femmes enceintes étaient vaccinées contre les infections à papillomavirus humains, 70,6% ne l'étaient pas et 7,8% déclaraient ne pas connaître leur statut vaccinal.

Parmi celles qui n'étaient pas vaccinées, 52,8% ont indiqué que le vaccin ne leur a pas été proposé et l'âge de 36,2% d'entre elles ne correspondait pas avec les recommandations lors de la commercialisation du vaccin.

## 2. Connaissances des femmes enceintes

### 2.1. La prévention primaire

Tableau II : La prévention primaire

	Vrai Nb (%)	Faux Nb (%)	Ne sait pas Nb (%)	Totaux Nb
<b>Nom du vaccin</b>				
Gardasil	81 (35%)	2 (1%)	148 (64%)	231
Cervarix	24 (10,4%)	4 (1,7%)	203 (87,9%)	231
Priorix	32 (13,9%)	4 (1,7%)	195 (84,4%)	231
<b>Age de vaccination</b>	131 (60,7%)	60 (27,7%)	25 (11,6%)	216
<b>Vaccin dispense frottis</b>	205 (88,7%)	3 (1,3%)	23 (10%)	231

60,7% de notre population connaissait l'âge recommandé pour la vaccination anti-HPV.

88,7% des femmes savaient que la vaccination ne dispense pas de réaliser des frottis cervico-utérin.

## 2.2. La prévention secondaire

Tableau III : La prévention secondaire

	Vrai Nb (%)	Faux Nb (%)	Ne sait pas Nb (%)	Totaux Nb
<b>Utilité du frottis</b>	120 (58,3%)	33 (16%)	53 (25,7%)	206
<b>Age de dépistage</b>	33 (14,5%)	165 (72,3%)	30 (13,2%)	228
<b>Renouvellement dépistage</b>	84 (36,7%)	87 (38%)	58 (25,3%)	229
<b>Age cancer du col</b>	81 (36,7%)	58 (26,2%)	82 (37,1%)	221
<b>Profession qui assure suivi gynécologique</b>				
Gynécologue	218 (95,2%)	2 (0,9%)	9 (3,9%)	229
Sage-femme	135 (59%)	25 (10,9%)	69 (30,1%)	229
Médecin généraliste	130 (56,8%)	25 (10,9%)	74 (32,3%)	229

La majorité de notre population (58,3%) connaissaient l'utilité du frottis.

Seulement 14,5% d'entre elles savaient quel âge est recommandé pour le dépistage.

36,7% d'entre elles avaient la bonne réponse concernant le rythme du dépistage.

Autant de femmes interrogées (36,7%) savaient que l'âge le plus à risque du cancer du col de l'utérus est entre 30 et 40 ans.

### 2.2.1 Le type de professionnel qui peut assurer un suivi gynécologique

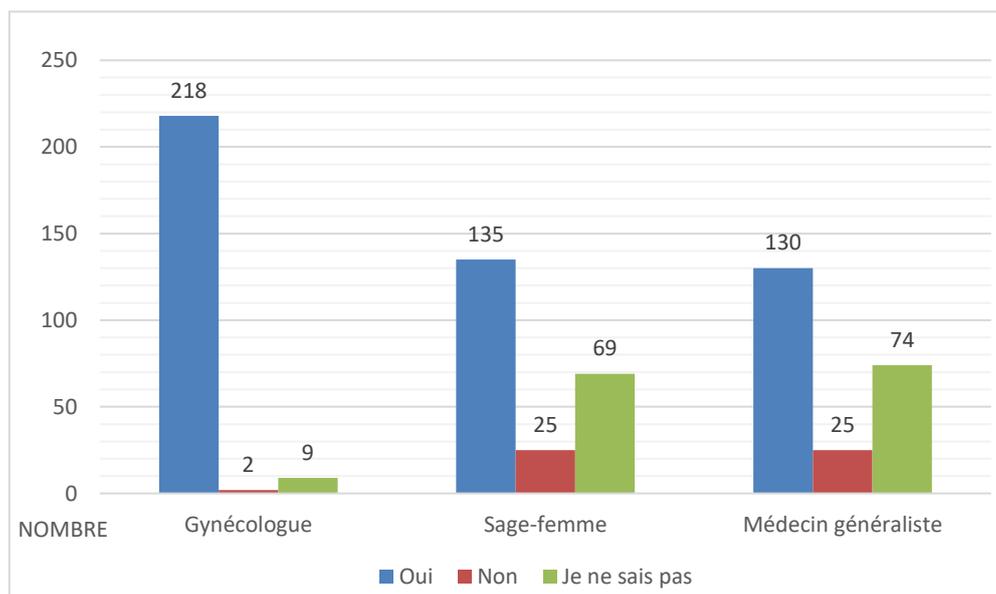


Figure 1 : « Qui peut assurer un suivi de prévention du cancer du col ? »

59% des femmes avaient connaissances des compétences des sages-femmes sur le suivi gynécologique de même que 56,8% par rapport aux compétences des médecins généralistes. Tandis que 30% d'entre elles déclaraient ne pas savoir si une sage-femme ou un médecin traitant est habilité à effectuer un suivi gynécologique.

### 3. Le niveau de connaissances moyen des femmes enceintes

#### 3.1. Le niveau de connaissances sur la prévention primaire

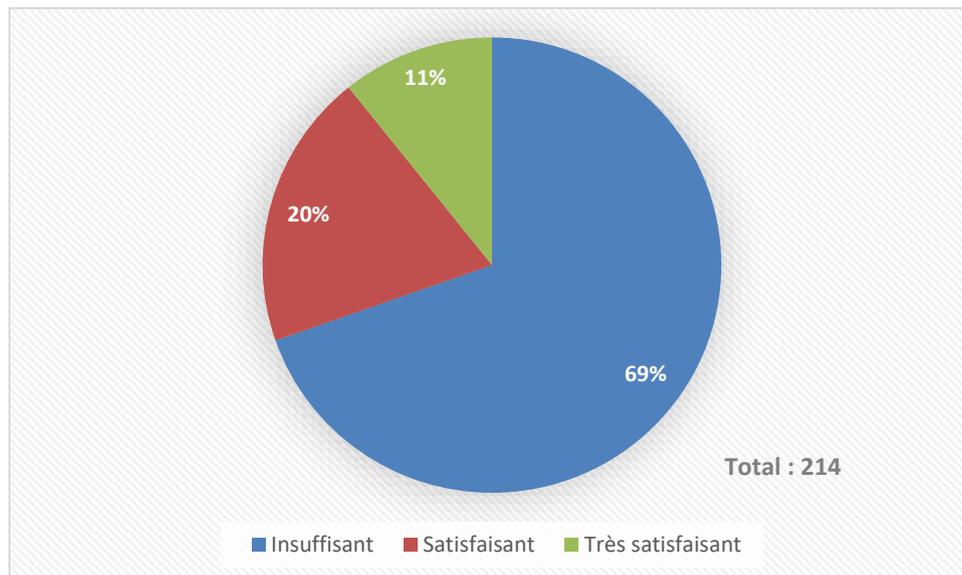


Figure 2 : Le niveau de connaissances sur la prévention primaire (en %)

Sur un effectif de 214 femmes, 31% avaient un niveau de connaissances satisfaisant ou plus sur la prévention primaire du cancer du col de l'utérus.

La moyenne générale était 4,07/10 ( $\pm$  2,4) ; les notes allant de 0 à 10.

#### 3.2. Le niveau de connaissances sur la prévention secondaire

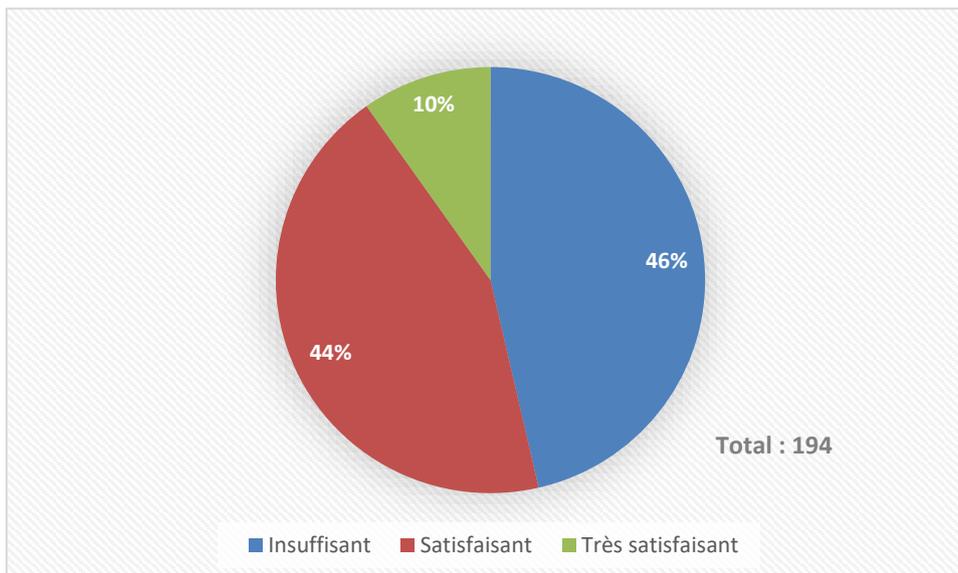


Figure 3 : Le niveau de connaissances sur la prévention secondaire (en %)

Parmi les 194 femmes enceintes, 54% avaient obtenu une note au moins satisfaisante au sujet de la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus.

La moyenne générale était 5,02/10 ( $\pm$  2,17) ; les notes étaient comprises entre 0 à 10.

### 3.3. Le niveau de connaissances sur la prévention globale

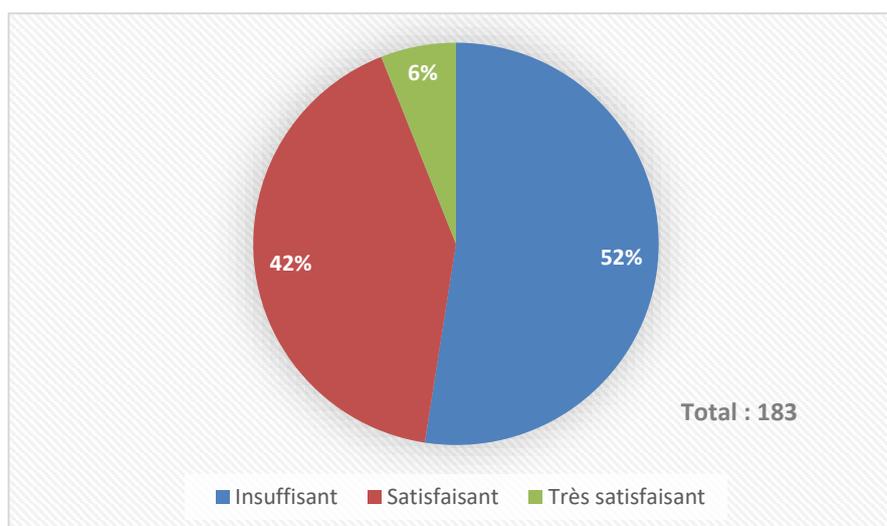


Figure 4 : Le niveau de connaissances sur la prévention globale (en %)

Au total, 48% des femmes ayant participé à notre étude avaient un niveau de connaissances satisfaisant voire plus au sujet de la prévention globale du cancer du col de l'utérus.

La moyenne générale était 4,61/10 ( $\pm 1,98$ ) ; les notes extrêmes étaient 0 et 10.

### 4. Le niveau de connaissances des femmes enceintes en fonction de leurs caractéristiques

Tableau IV : Niveau de connaissances en fonction de leurs différentes caractéristiques

	Nombre N=183	Note : Moyenne $\pm$ Ecart-type	P value
<b>Suivi gynécologique</b>			<b>&lt; 0,005<sup>(1)</sup></b>
Oui	143	4,8 $\pm$ 1,9	
Non	39	3,8 $\pm$ 2,1	
<b>Professionnel qui assure le suivi</b>			0,665 <sup>(1)</sup>
Gynécologue	135	4,9 $\pm$ 1,9	
Sage-femme	0		
Médecin traitant	8	4,6 $\pm$ 1,9	
<b>Vaccination</b>			0,304 <sup>(1)</sup>
Oui	44	5 $\pm$ 1,6	
Non	125	4,6 $\pm$ 2,1	
<b>Profession médicale</b>			<b>&lt; 0,001<sup>(1)</sup></b>
Oui	49	5,7 $\pm$ 2,2	
Non	134	4,2 $\pm$ 1,7	
<b>Age</b>	183		0,230 <sup>(2)</sup>

(1) = Test de Student ; (2) = Corrélation de Pearson

Le niveau de connaissances était significativement meilleur quand les femmes :

- Avaient un suivi gynécologique ( $p < 0,005$ ) avec un point de plus sur la moyenne par rapport à celles n'ayant pas de suivi,
- Etaient issues d'une profession appartenant au domaine médical ou paramédical ( $p < 0,001$ ) avec un point et demi de plus par rapport aux autres femmes.

Aucune différence de connaissances n'a été significativement trouvée en fonction :

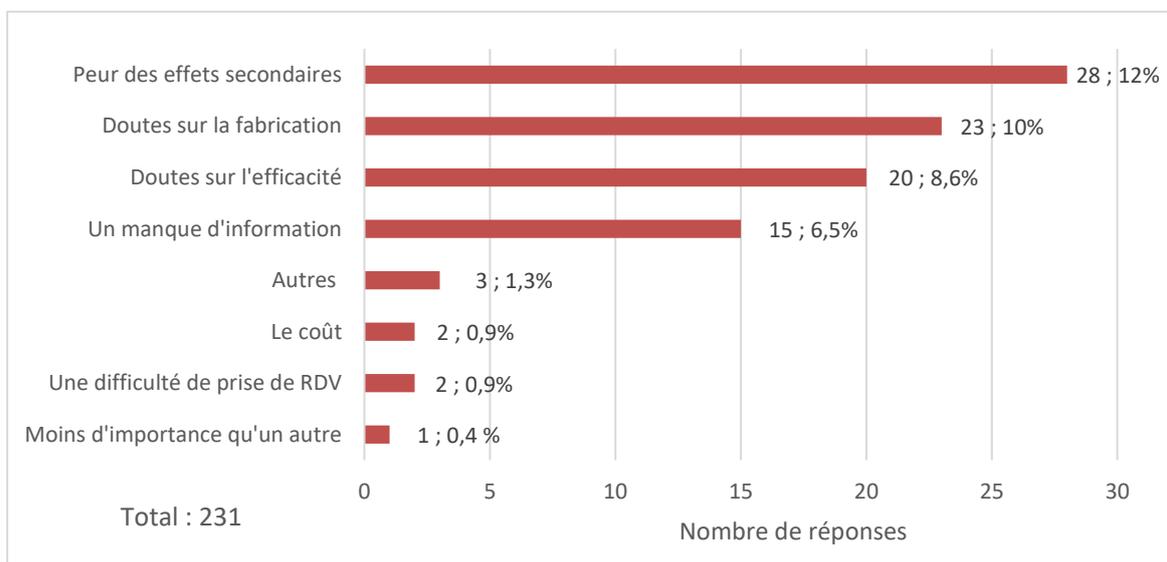
- De l'âge des patientes,
- Du statut vaccinal des femmes,
- Du professionnel de santé assurant le suivi gynécologique

## 5. Les réticences à la prévention primaire et secondaire

### 5.1. Les réticences à la vaccination

Sur un effectif de 231, 19% des femmes déclaraient avoir des réticences liées à la vaccination alors que 81% indiquaient ne pas en avoir.

Parmi les types de réticences citées, plusieurs réponses étaient possibles de la part des femmes.

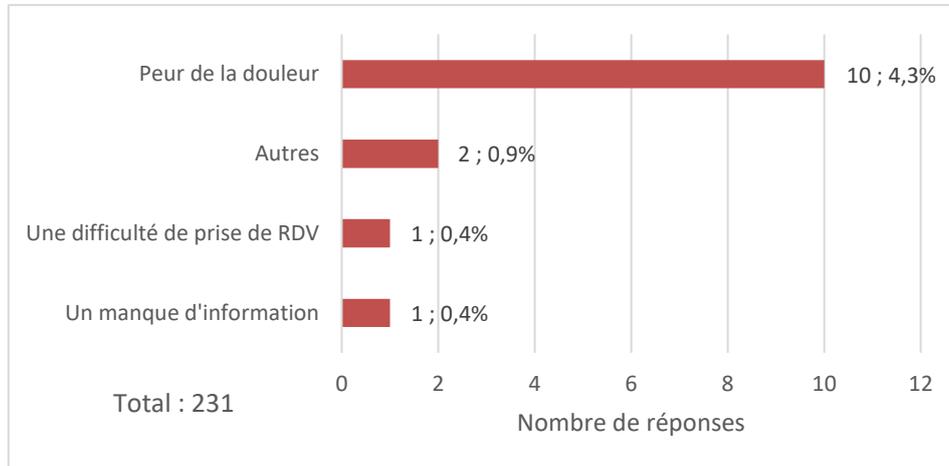


**Figure 4 : Les types de réticences liées à la vaccination**

L'item « autres » correspondait à une réponse libre ; il a été cité : « un manque de transparence de l'information », « la peur de l'acte, des piqûres », « être contre la vaccination ».

## 5.2. Les réticences liées à la réalisation d'un frottis

7% de notre population déclaraient avoir des réticences liées à la réalisation d'un frottis tandis que 93% disaient ne pas en avoir.



**Figure 5 : Les types de réticences liées à la réalisation d'un frottis**

Parmi les réponses libres sous l'item « autres », ont été citées : « ne pas apprécier être touchée », « après une mauvaise expérience en laboratoire ».

## 6. Les points forts et les limites de l'étude

### 6.1. Les points forts

Il s'agit d'une première étude sur le site de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Cette étude a permis de faire le point sur le niveau de connaissances des femmes sur la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus ainsi que leurs réticences à ce sujet.

Nous avons également pu mettre en évidence des similitudes entre les doutes et les craintes au sujet de la vaccination ressenties par les femmes et celles évoquées par des médecins généralistes.

## 6.2. Les limites de l'étude

Sur le recueil des 231 questionnaires, 48 n'ont pas pu être exploités en totalité car ils étaient soit incomplets, soit ils ne respectaient pas les consignes attendues. Cela représente 20% des questionnaires distribués. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une mauvaise formulation ou une mauvaise compréhension des consignes. Nous pouvons également penser que ce résultat réfère au biais de l'auto-questionnaire qui implique certains termes techniques comme « lésions précancéreuses » ou encore « frottis » ou encore un non-savoir des femmes sur le sujet.

Parmi les biais, nous pouvons citer celui du recrutement car la distribution des questionnaires était limitée aux femmes enceintes suivies à l'HME et ainsi non extrapolable à la population générale dont une part est suivie en ville ou en structure privée.

Par ailleurs, nous n'avons pu obtenir un échantillon que sur une catégorie d'âge particulier, excluant les femmes plus âgées. Nous avons choisi, malgré tout, ce mode de sélection afin d'éviter les biais d'informations et de sélections importantes si le recrutement avait été exercé en consultation gynécologique.

Le nombre de sujets nécessaires à notre étude n'a pas été atteint. Ceci s'explique par une difficulté de distribution des questionnaires en période de vacances ainsi qu'une population ne correspondant pas à nos critères d'inclusions sur certaines périodes.

## 7. Discussion

### 7.1. Les caractéristiques de la population

La moyenne d'âge de notre population est 30,8 ans, ce qui est assez représentatif de la population en âge de procréer. En effet, selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'âge moyen de la mère à l'accouchement est 30,7 ans en 2019 (21).

Le niveau d'étude de notre population est assez semblable aux données de 2016 par rapport à la tranche d'âge 25 à 34 ans selon l'INSEE (22). Cependant, la grande majorité (58%) de notre population a fait des études supérieures ce qui peut représenter un biais dans l'analyse de nos résultats. Ce taux de participation peut être expliqué par le fait que ces femmes soient plus soucieuses de leur état de santé ou plus sensibilisées par notre sujet d'étude.

Plus d'un quart de notre échantillon (26,8%) ont une profession issue du domaine médical ou paramédical. Cette population semble donc plus intéressée ou plus sensibilisée par le sujet de notre étude.

A noter, ce taux de participation des femmes ayant réalisées des études supérieures ainsi que la forte participation de celles issues du domaine médical et paramédical a pu surestimer nos résultats obtenus au sujet des connaissances par rapport à la population.

## **7.2. Sur les caractéristiques du suivi de la population**

La couverture vaccinale anti-HPV concerne 21,6% de notre échantillon ce qui est assez représentatif de la population générale puisque depuis 2006 seulement 20% des jeunes filles sont vaccinées à l'âge de 15 ans (10).

Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), l'autorisation de mise sur le marché de Gardasil® et Cervarix® date de 2006 (23). La vaccination concernait donc la moitié de notre population âgée de moins de 32 ans. Ainsi, 36,2% des femmes ont cité comme raison de non-vaccination que le vaccin ne correspondait pas avec leur âge, ce qui est en accord avec la date de commercialisation des vaccins.

Plus de la moitié des femmes ont également indiqué qu'elles n'étaient pas vaccinées car le vaccin ne leur a pas été proposé par leur médecin. Ce qui rejoint le rapport de la revue Génésis indiquant que 40% des médecins n'étaient pas favorables à une vaccination anti-HPV obligatoire (10). Aujourd'hui, seulement 45% d'entre eux déclarent recommander systématiquement cette vaccination (12).

Par ailleurs, d'après Santé Publique France, 60% des femmes âgées de 25 à 65 ans ont un frottis à jour en 2019 (16). Or, dans notre étude 80,5% des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique régulier.

En questionnant des femmes enceintes, nous avons privilégié le recrutement de femmes suivies et non suivies en gynécologie. Par conséquent, l'âge de notre population est compris entre 18 et 44 ans. Ce qui peut expliquer que le taux de participation au dépistage soit meilleur dans notre étude par rapport au niveau national qui concerne les femmes de 25 à 65 ans. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les femmes plus jeunes ont un suivi gynécologique plus régulier. Même si, selon une étude dans le Val d'Oise de 2013, la participation au dépistage n'est pas significativement liée à l'âge (14).

## **7.3. Les connaissances des femmes enceintes**

### **7.3.1 La prévention primaire**

En 2008, le laboratoire pharmaceutique Sanofi pasteur MSD diffuse à la télévision une publicité au sujet du cancer du col de l'utérus. Le vaccin Gardasil® y est fortement recommandé pour les jeunes filles âgées de 14 ans et de 15 à 23 ans s'il n'y a pas eu de rapport sexuel ou au plus tard dans la première année de vie sexuelle. Cette publicité indique également qu'il reste nécessaire d'effectuer des frottis de dépistage régulièrement (24).

La grande majorité de notre population connaissait l'âge de vaccination (60,7%) et la poursuite du dépistage après vaccination (88,7%).

Selon une étude de 2016 questionnant principalement des mères de filles susceptibles de bénéficier d'un vaccin anti-HPV à Amiens, seulement 24% d'entre elles avaient connaissances de l'âge de vaccination (25). Ce qui n'est pas représentatif des 60% de bonnes réponses que nous avons recueillies. Il est possible que la différence d'âge de la population recrutée des deux études puisse justifier cette différence de connaissances. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que les jeunes femmes ayant pu bénéficier de ce vaccin se sentent plus concernées par ce mode de dépistage. En effet, parmi les 48 questionnaires ne pouvant être exploités en totalité, 38 soit 16,4% de notre population, font partis des femmes n'ayant pas bénéficié de la vaccination.

Concernant la poursuite du dépistage après la vaccination, nous avons obtenu les mêmes résultats que ceux de l'étude réalisée à Amiens (25). Ces résultats sont également confirmés par une étude de 2013 dans le Val d'Oise auprès de femmes âgées de 25 à 65 ans (14) ; ce qui nous laisse penser que cette information est délivrée par les professionnels et acquise par les patientes.

Gardasil® était connu par 35% de la population, ce qui peut refléter l'impact de cette campagne de prévention de 2008 à défaut des autres n'étant connus que par 10% des femmes. Néanmoins, avec le fort taux de réponse « je ne sais pas », nous pouvons émettre l'hypothèse que cette question était peut-être trop technique. Il semble difficile de connaître chaque nom de vaccin. Par conséquent, cette question représentant 3 points sur les 5 totaux a pu impacter la note finale sur la prévention primaire. L'étude de Grenoble avait proposé comme question l'intérêt du vaccin contre le Papillomavirus où 88% des femmes avaient répondu « le cancer du col de l'utérus » (26). Cette question aurait peut-être été plus adaptée.

### **7.3.2 La prévention secondaire**

80% des femmes sont à jour dans leur suivi gynécologique alors que seulement 58% d'entre elles connaissent l'utilité du frottis. Cela rejoint l'étude réalisée au CHU d'Amiens indiquant que seulement 31% des parents interrogés connaissaient l'utilité du frottis (25). Il semblerait qu'il existe une confusion importante entre le dépistage des infections et des lésions précancéreuses. En effet, nous retrouvons dans une étude de 2014 que 80% des réponses indiquaient que l'intérêt du frottis est le dépistage de ces deux types de pathologies (26). Malgré que nous ayons obtenu un taux de bonne réponse supérieur aux autres études, nous pouvons nous questionner sur les informations reçues et comprises par les femmes lors de la réalisation des actes en gynécologie. Effectivement, il y a toujours une différence notable entre l'information donnée par les professionnels et l'information reçue et comprise par les patientes. Ainsi, donner trop d'informations aux patientes peut noyer les informations retenues (27).

Renforcer la formation spécifique à ce sujet, auprès des professionnels de santé pourrait être bénéfique. Ceci, dans le but de les sensibiliser sur les termes à employer afin d'accroître les informations retenues par la patientèle dans l'espoir d'apporter des connaissances essentielles auprès des femmes.

Une étude réalisée à Grenoble indique que la majorité des personnes pensent que la réalisation du premier frottis débute après le premier rapport sexuel (75%) et que ce dépistage n'a pas de limite d'âge (76,9%) (26). Ces connaissances erronées sont assez concordantes avec notre étude car 47% de notre population pensent que le frottis doit être réalisé à tout âge, sous-entendu à partir de 18 ans et se poursuit après 65 ans. D'après l'état des lieux de 2010 réalisé par la HAS, 45,7% des femmes de moins de 25 ans a déjà bénéficié d'un frottis. Tandis que les pourcentages diminuent après 50 ans (17). Mise à part le fait que cet état des lieux ait été réalisé il y a 10 ans, il semblerait que les femmes suivent en toute confiance les indications des gynécologues, sages-femmes ou médecins généralistes. Or, les pratiques ne suivent pas toujours les recommandations. Ainsi, les réponses des patientes qui étaient orientées en ce sens, ont pu être influencées.

Par ailleurs, deux tiers de notre population ne connaît pas le facteur de risque de survenue du cancer lié à l'âge alors que la grande majorité de notre population est située dans cet âge à risque. Nous pouvons alors nous demander si ces dernières sont assez sensibilisées par ce risque. Il est possible que leur choix de réponse concernant l'âge du dépistage ait pu être influencé par cette méconnaissance.

Leur réponse au sujet du renouvellement du frottis a également pu être influencé par leurs expériences. En effet, le rapport de la HAS 2010 indique que le respect de l'intervalle de 3 ans entre chaque frottis est respecté dans 8% des cas alors qu'il est renouvelé au bout de 2 ans chez 40% des femmes. Ceci peut rejoindre nos résultats avec seulement 36% des patientes ayant répondu qu'un intervalle de 3 ans était recommandé entre chaque frottis.

Au sujet des professionnels pouvant assurer le suivi gynécologique, nous avons obtenu 95,2% de bonnes réponses concernant les gynécologues. Ce sont les mêmes pourcentages que l'étude réalisée dans le Val d'Oise avec 94,9% (14) ainsi qu'à Amiens avec 99,1% (25).

Par ailleurs, plus de la moitié de notre population savent que le suivi peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin généraliste soit 59% et 56,8% respectivement. Ce taux de bonne réponse est un peu plus augmenté par rapport à l'étude réalisée en 2016 à Amiens où 43,7% des femmes savent que les sages-femmes sont habilitées à réaliser un frottis cervico-utérin et 50,9% pour les médecins généralistes (25). Ce taux de bonne réponse est aussi beaucoup plus augmenté par rapport à ceux de l'étude réalisée en 2013 dans le Val d'Oise avec 23,9% de bonne réponse pour les sages-femmes et 35,9% pour les médecins généralistes (14).

Nous constatons une meilleure connaissance des compétences professionnelles de la part des femmes. Cette évolution est un plus pour l'avenir car cela va permettre d'élaborer des stratégies de sensibilisation à diverses échelles.

#### **7.4. Sur le niveau de connaissances des femmes enceintes**

La moyenne générale obtenue au sujet de la prévention primaire est 4,07/10. Seulement 31% de notre population a obtenu une note supérieure à 5 indiquant un niveau de connaissances satisfaisant et très satisfaisant sur la vaccination. Ceci est loin des objectifs des campagnes de prévention. Nous avons obtenu une moyenne plus faible (8,14/20) par rapport à une étude réalisée en 2014 à Grenoble auprès de femmes venant consulter à la médecine du travail ayant obtenu une moyenne de 9,1/20 au sujet de la vaccination anti-HPV (26). Néanmoins 59,5% de la population de cette étude appartenait à un domaine médical ou paramédical (26) contre 26,8% dans notre étude.

En effet, dans notre étude, les femmes travaillant dans un milieu médical ou paramédical ont obtenu une meilleure moyenne sur la prévention globale par rapport à celles exerçant dans un autre milieu. Nous pouvons estimer que la moyenne générale que nous avons obtenue a pu être augmentée par rapport à celle de la population générale.

Il est également possible que les campagnes de prévention aient davantage sensibilisées les femmes exerçant dans un milieu médical ou paramédical.

Par ailleurs, avec des questions quasiment similaires à l'étude réalisée en 2014 à Grenoble (26), nous avons obtenu une moyenne sensiblement meilleure au sujet de la prévention secondaire. Cela pourrait indiquer une amélioration des connaissances au cours des cinq dernières années. Ceci d'autant que parmi les femmes interrogées en 2014, plus de la moitié sont des professionnels médicaux et paramédicaux (26).

L'institut National du Cancer (INCA) a lancé une campagne de prévention en janvier 2014 avec des spots radios diffusés sur plusieurs stations nationales rappelant l'importance de réaliser un frottis tous les 3 ans de 25 à 65 ans (28). Même si les résultats sont encore loin des objectifs fixés, ceux que nous avons recueillis peuvent laisser penser que cette campagne à contribuer à l'amélioration des connaissances des femmes au sujet du dépistage.

De plus, 80% de notre population a déclaré avoir un suivi gynécologique et a obtenu, au total, une meilleure moyenne que celles n'ayant pas de suivi.

Nous pouvons en déduire que les informations sont plus facilement retenues par les femmes lorsqu'elles sont délivrées par un professionnel. Cette même différence de connaissances a été plus ou moins constatée dans l'étude téléphonique réalisée en 2013 indiquant une participation effective plus importante au dépistage lorsque les femmes avaient un suivi régulier en gynécologie (14).

En revanche, nous n'avons pas de données significatives pour objectiver une similitude ou une différence de connaissances selon le type de professionnel qui assure le suivi. Il en est de même en fonction du statut vaccinal des patientes à l'instar de l'étude réalisée à Amiens en 2016 (25) ainsi qu'en fonction de l'âge des patientes.

Au total, 48% de notre population a un niveau de connaissances satisfaisant. Ce faible taux peut éventuellement expliquer la non-réalisation de la vaccination et du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le niveau de connaissances des femmes reste insuffisant. Il pourrait être intéressant de sensibiliser davantage les femmes sur le sens et l'importance d'un dépistage précoce du cancer du col de l'utérus. La visite du post-partum nous semblerait être un moment opportun pour favoriser une prise de conscience de l'intérêt du dépistage et améliorer, ainsi, l'adhésion à la vaccination anti-HPV.

Cette sensibilisation pourrait également être privilégiée tout au long du suivi de la grossesse par les sages-femmes ou gynécologues. En effet, la grossesse pourrait être l'occasion de sensibiliser les femmes sur l'intérêt de prévenir un cancer chez leur enfant grâce à la vaccination. Le suivi de grossesse est également l'occasion de délivrer des messages de prévention à des patientes non suivies sur le plan gynécologique.

## **7.5. Analyses des réticences**

### **7.5.1 Les réticences à la vaccination**

Selon une revue de 2006, 18% des français estiment que la vaccination apporte plus de tords que de bénéfices à la santé (29). Ce pourcentage correspond au 19% de notre population déclarant avoir des réticences à la vaccination. D'autant plus que, ce fort taux de réticences a pu être influencé par les caractéristiques de notre population. En effet, alors que 58% des femmes interrogées ont bénéficié d'études supérieures, un bilan de 2018 indique que les femmes les plus diplômées expriment le plus de réticences envers la vaccination anti-HPV (12).

Parmi les types de réticences citées, nous retrouvons en quatrième position le manque d'information. En effet, comme le soulève une revue de 2017, le problème d'une information insuffisante auprès d'une partie de la population persiste par méconnaissance des questions de bases en santé et persistance de « théories médicales naïves » (30). Cependant une autre partie de la population, faisant partie de la classe moyenne supérieure, évoque un autre frein à la vaccination tel que la sécurité et l'efficacité des vaccins qui sont remis en cause. Effectivement, lorsqu'un scandale sanitaire éclate, sa large diffusion auprès de la population par les réseaux numériques alimentent les doutes sur les effets secondaires ainsi que la sécurité des médicaments. Par conséquent, seul un français sur deux accorderait sa confiance aux autorités sanitaires (30). Cet état des lieux rejoint nos résultats car la peur des effets secondaires, les doutes sur l'efficacité et sur la fabrication sont les trois types de réticences principalement citées.

Par ailleurs, ces données se retrouvent dans une étude réalisée en 2018, où des médecins généralistes avouent ne pas proposer systématiquement le vaccin anti-HPV. Certains disent avoir peur des effets secondaires, d'autres expriment une méfiance envers les laboratoires. Le manque d'information et de support pédagogique est également redondant dans les citations des médecins généralistes interviewés en Corrèze (31). Bien que ces médecins soient au cœur de la vaccination, nous remarquons que leurs réticences sont semblables à celles de la population. Cette similitude peut, en partie, expliquer les réticences ressenties par la population sur la vaccination en générale. En effet, ils sont la source principale d'informations des parents (12). Il semble donc important de rassurer ces médecins ainsi que la population via des études démontrant l'efficacité et la sécurité des vaccins. La demande de support pédagogique par certains médecins (31) paraît être une bonne perspective pour les inciter à promouvoir la vaccination tout en apportant une information fiable à leurs patients. Il semble important de faire un rappel sur la balance bénéfice-risque de la vaccination en générale via des campagnes de prévention type spots publicitaires, affiches.

Depuis septembre 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise la vaccination anti-HPV pour tous les adolescents féminins comme masculins âgés de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans révolus (32). La HAS argumente cette recommandation par des raisons sanitaires telles que « toute personne infectée par le virus est susceptible de le transmettre ». De plus, ceci permet de simplifier la proposition vaccinale de la part des professionnels (32). Nous pouvons donc espérer que cet élargissement vaccinal permettra d'accéder à une participation plus importante. Néanmoins, pour que ce dernier soit bénéfique, il semble primordial que tous les professionnels de santé recommandent systématiquement cette vaccination tout en redonnant confiance à la population sur la sécurité et l'intérêt de ce vaccin.

De plus, l'élargissement vaccinal à tous les adolescents pourrait permettre de recueillir davantage de données au sujet du vaccin anti-HPV rendant les études scientifiques plus fiables.

### **7.5.2 Les réticences à la réalisation d'un frottis**

Plusieurs études semblent mettre en évidence une source d'angoisse et de gêne chez les femmes lors de leur consultation en gynécologie. Certaines citent la douleur, l'inconfort mais aussi une atteinte à la pudeur (33). Cela rejoint les réponses de notre population où dix femmes ont avoué avoir peur de la douleur lors de la réalisation d'un frottis.

Même si 93% des femmes interrogées dans notre étude estiment ne pas avoir de réticences, il semble important de « dédramatiser » cet acte en expliquant l'intérêt d'effectuer un examen gynécologique régulier.

Les nouvelles recommandations introduisant la réalisation d'un test HPV par auto-prélèvement tous les 5 ans s'il est négatif pourraient également contribuer à la diminution de ces réticences (34).

## Conclusion

---

Le cancer du col de l'utérus est placé au douzième rang des cancers féminins et touche majoritairement les jeunes femmes. De nos jours, seulement 20% des jeunes filles sont vaccinées et 60% des femmes se font dépister. L'objectif de ce mémoire était de comprendre les raisons de cette faible participation à la vaccination et au dépistage.

Les femmes interrogées dans notre étude ont un niveau de connaissances trop faible au sujet de la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus.

Au vu de nos résultats, il nous semble important d'améliorer l'information des patientes. Ainsi, une formation à ce sujet auprès des professionnels pourrait être bénéfique pour tout le monde, tout comme des campagnes de prévention adaptées au public concerné.

Les connaissances des femmes au sujet des compétences des sages-femmes en gynécologie sont en plein essor. Notre métier a pour vocation la prévention de la santé des femmes. Il semble donc primordial de saisir chaque opportunité pour sensibiliser les femmes sur la prévention de ce cancer tout au long de la grossesse, jusqu'à la visite du post partum voire, par la suite, lors du suivi gynécologique lorsque celui-ci respecte le cadre de la physiologie.

Les réticences à la vaccination en générale ont toujours existé et se sont accrues au fil des scandales sanitaires. Il est malgré tout difficile d'envisager une diminution de ces réticences alors que les médecins ont eux-mêmes des doutes sur la vaccination. Revaloriser la balance bénéfice-risque au sujet de la vaccination devient indispensable.

L'ère de la vaccination pour tous, filles et garçons, concernant les papillomavirus humains doit orchestrer cette revalorisation. Bien que la majorité des cancers liés aux HPV soit féminin, cet élargissement vaccinal fait appel à la solidarité de tous. C'est une occasion qu'on se doit de saisir pour promouvoir le bénéfice de cette vaccination tant sur la santé des femmes mais aussi celle des hommes.

Il pourrait être intéressant d'approfondir cette étude en analysant la perception des hommes au sujet de la prévention de ce cancer dans laquelle ils jouent un rôle essentiel.

## Références bibliographiques

---

1. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus
2. Institut National du Cancer. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. E-cancer. 2013 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
3. Monsonogo J. Prévention du cancer du col utérin (II) : vaccination HPV prophylactique, connaissances actuelles, modalités pratiques et nouveaux enjeux. Datarevues0755498200364-C2640 [Internet]. 1 mars 2008 [cité 25 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/103281>
4. Bergeron C, Breugelmanns J-G, Bouée S, Lorans C, Bénard S, Rémy V. Coût du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin en France. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2006;34(11):1036-42.
5. Phan DPT, Pham QT, Strobel M, Tran DS, Tran TL, Buisson Y. Acceptabilité de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) par les pédiatres, les mères et les jeunes femmes à Hô Chi Minh Ville, Vietnam. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 déc 2012;60(6):437-46.
6. Paitraud D. Tolérance des vaccins GARDASIL et CERVARIX : résultats d'une étude observationnelle de l'ANSM et de la CNAM [Internet]. VIDAL. 2015 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/actualites/16291/tolerance\\_des\\_vaccins\\_gardasil\\_et\\_cervarix\\_resultats\\_d\\_une\\_etude\\_observationnelle\\_de\\_l\\_anism\\_et\\_de\\_la\\_cnam/](https://www.vidal.fr/actualites/16291/tolerance_des_vaccins_gardasil_et_cervarix_resultats_d_une_etude_observationnelle_de_l_anism_et_de_la_cnam/)
7. Paitraud D. GARDASIL 9 : nouveau vaccin nonavalent contre les infections à papillomavirus humain [Internet]. VIDAL. 2018 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/actualites/22847/gardasil\\_9\\_nouveau\\_vaccin\\_nonavalent\\_contre\\_les\\_infections\\_a\\_papillomavirus\\_humain/](https://www.vidal.fr/actualites/22847/gardasil_9_nouveau_vaccin_nonavalent_contre_les_infections_a_papillomavirus_humain/)
8. Paitraud D. Tolérance des vaccins GARDASIL et CERVARIX : résultats d'une étude observationnelle de l'ANSM et de la CNAM. Vidal. 2015.
9. Riethmuller D, Ramanah R, Carcopino X, Levêque J. La surveillance des femmes vaccinées contre l'HPV. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 oct 2013;42(6):525-33.
10. Revue G. Vaccins anti-HPV : la couverture française et internationale [Internet]. REVUE GENESIS. 2015 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/vaccins-anti-hpv-la-couverture-francaise-et-internationale/>
11. 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. BMC Public Health. 27 nov 2012;12(1034):1-10.
12. Vaccinationinfoservice.fr. Perception et adhésion à la vaccination en France [Internet]. Vaccinationinfoservice.fr. 2018 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-sociologiques/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination-en-France>

13. Mahé I. Les freins à la vaccination : revue systématique de la littérature [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/674/>
14. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Santé Publique Rev Multidiscip Pour Rech Action. 22 juill 2013;25(3):255-62.
15. Améli. Comment se déroule un frottis du col utérin ? [Internet]. Améli.fr. 2019 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/gynecologie/deroulement-frottis-col-uterin>
16. Santé publique France. Prévention du cancer du col de l'utérus : nouvelles données [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: [/les-actualites/2019/Prevention-du-cancer-du-col-de-l-utérus-nouvelles-donnees](https://actualites/2019/Prevention-du-cancer-du-col-de-l-utérus-nouvelles-donnees)
17. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010.
18. Sabiani L, Bremond A, Mortier I, Lecuyer M, Boubli L, Carcopino X. Évaluation de la couverture vaccinale du vaccin anti-hpv : résultats d'une enquête auprès des lycéennes et étudiantes de la région PACA. [/data/revues/03682315/v41i2/S0368231511002729/](https://www.em-consulte.com/en/article/703518) [Internet]. 31 mars 2012 [cité 6 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/703518>
19. C D. A vos marques, prêts, dépistez ! Revue L'officiel de la sage-femme; 2018.
20. Haute Autorité de Santé. 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 immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67)
21. Institut national de la statistique et des études économiques. Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
22. Institut national de la statistique et des études économiques. Niveaux de formation – Tableaux de l'économie française [Internet]. INSEE. 2018 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303492?sommaire=3353488>
23. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. GARDASIL [Internet]. ANSM Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. 2015 [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/GARDASIL>
24. Laboratoire pharmaceutique Sanofi pasteur MSD. Gardasil la publicité diffusée à la télévision [Internet]. Dailymotion. 2008 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x54jx0>

25. Gloriand F. Evaluation des connaissances des parents sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus [Mémoire]. [Amiens]: Ecole de sages-femmes; 2016.
26. Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus [Mémoire]. [Grenoble]: Ecole de sages-femmes; 2014.
27. Nadine Poulet. Information du patient et consentement éclairé en matière médicale. Trayectorias Humanas Trascontinentales. 2018;(4).
28. Fédération Hospitalière de France. Lancement d'une campagne pour lutter contre le cancer du col de l'utérus [Internet]. hopital.fr. 2014 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Actualites/Lancement-d-une-campagne-pour-lutter-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus>
29. Balinska M-A, Léon C. Opinions et réticences face à la vaccination. Rev Médecine Interne. 1 janv 2007;28(1):28-32.
30. Raude J, Mueller J. Les attitudes des Français face à la vaccination : une évolution préoccupante. Médecine. 1 avr 2017;13(4):171-4.
31. Julie T. Vaccination anti-HPV : pourquoi tant de difficultés ? Le point de vue de médecins généralistes. [Limoges]: Faculté de Médecine; 2018.
32. Haute Autorité de Santé. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus)
33. Brun-Cottan C, Beuneux F. L'examen gynécologique en décubitus latéral : quel ressenti par les patientes ? Médecine. 1 déc 2019;15(10):468-73.
34. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)

## Annexe 1 : Questionnaire

### **Questionnaire adressé aux femmes enceintes lors de leur consultation en anesthésie : prévention du cancer du col de l'utérus**

Bonjour Madame,

Je suis Céline Mesrine étudiante sage-femme de Limoges, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

L'objectif de cette étude est de savoir quelles informations vous ont été données au sujet du cancer du col de l'utérus. Elle a pour but d'améliorer nos pratiques professionnelles.

Ce questionnaire est destiné aux femmes enceintes venant en consultation d'anesthésie.

Ce questionnaire est anonyme et nécessite 10 minutes de votre temps.

Je vous remercie par avance pour votre participation à cette étude.

J'accepte de participer de façon anonyme à cette étude et accepte que les données recueillies soient analysées à des fins scientifiques :  oui  non

**1) Quel âge avez-vous ? .....**

**2) Vous vivez :**

Seule

En couple

**3) Quelle est votre profession ?**

Agricultrices exploitantes

Professions libérales

Ouvrières, employées

Étudiantes

Artisans, commerçantes, chef  
d'entreprise

Sans profession

Cadre, professions intellectuelles  
supérieures

Chômage

Autres :  
.....

**4) Exercez-vous une profession dans le domaine médical ou paramédical ?**

Oui

Non

**5) Quel est votre niveau d'étude ?**

Sans diplôme

Bac, bac professionnel

Brevet

Études supérieures

BEP, CAP

**6) En dehors de la grossesse, avez-vous un suivi en gynécologie régulier ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**7) Si oui, avec qui ?**

Gynécologue

Sage-femme

Médecin traitant

**8) Êtes-vous vaccinée contre le cancer du col de l'utérus ?**

- Oui  Non  Je ne sais pas

**9) Si non, pourquoi ?**

- Pas de correspondance avec mon âge  Mes parents étaient opposés à ce vaccin  
 Il ne m'a pas été proposé  Autres : .....  
 Peur des effets secondaires

**10) Avez-vous des réticences liées à la vaccination ?**

- Oui  Non

**11) Si oui, lesquelles ?**

- Un manque d'information  Vous avez des doutes sur la fabrication des vaccins  
 Peur des effets secondaires  Vous avez des doutes sur l'efficacité du vaccin  
 Une difficulté de prise de rendez-vous au bon moment  Le coût  
 Ce vaccin est moins important que les vaccins obligatoires  Autres : .....

**12) Les vaccins utilisés dans la prévention du cancer du col de l'utérus sont :**

- Gardasil  Vrai  Faux  Je ne sais pas  
➤ Cervarix  Vrai  Faux  Je ne sais pas  
➤ Priorix  Vrai  Faux  Je ne sais pas

**13) La vaccination contre le cancer du col de l'utérus concerne :**

- Les filles à l'adolescence  Les femmes à tout âge  
 Les femmes à l'âge adulte  Je ne sais pas

**14) La vaccination dispense la pratique du frottis :**

- Oui  Non  Je ne sais pas

**15) Le frottis est le seul examen permettant de dépister : (Une seule réponse est possible)**

- Des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col  La présence du streptocoque B  
 Une mycose  Je ne sais pas

**16) Il est recommandé de se faire dépister : (Une seule réponse est possible)**

- Dès 18 ans jusqu'à la ménopause  A tout âge  
 Dès 25 ans jusqu'à 65 ans  Je ne sais pas

**17) Il est recommandé de renouveler ce dépistage :** *(Une seule réponse est possible)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A chaque changement de contraception | <input type="checkbox"/> Tous les 3 ans |
| <input type="checkbox"/> Tous les ans                         | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

**18) Avez-vous des réticences liées à la réalisation du frottis ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

**19) Si oui, lesquelles ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un manque d'information                | <input type="checkbox"/> Je ne me sens pas concernée |
| <input type="checkbox"/> Peur de la douleur                     | <input type="checkbox"/> Le coût                     |
| <input type="checkbox"/> Une difficulté de prise de rendez-vous | <input type="checkbox"/> Autres : .....              |

**20) Le cancer du col de l'utérus touche en plus grand nombre :** *(Une seule réponse est possible)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Les adolescentes        | <input type="checkbox"/> Les femmes après 50 ans |
| <input type="checkbox"/> Les femmes de 30-40 ans | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas          |

**21) Qui peut assurer le suivi de prévention du cancer du col de l'utérus (frottis + vaccin) ? :**

- |                          |                              |                              |   |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| ➤ Un gynécologue         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| ➤ Une sage-femme         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| ➤ Un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

**Merci de votre participation !**

**Merci de remettre le questionnaire au secrétariat d'anesthésie.**

**MESRINE Céline**

---

**Connaissances des femmes enceintes au sujet de la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus**

---

Mémoire de fin d'études – Ecole de sages-femmes de Limoges – Année universitaire 2019-2020

**Résumé :**

Le cancer du col de l'utérus est placé au douzième rang des cancers féminins et touche majoritairement les jeunes femmes. De nos jours, seulement 20% des jeunes filles sont vaccinées et 60% des femmes se font dépister.

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale descriptive monocentrique à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Elle nous a permis de constater que les femmes enceintes ont un niveau de connaissances faible au sujet de la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus.

19% d'entre elles déclarent avoir des réticences à la vaccination dont les principales sont le manque d'information, les doutes sur la sécurité et l'efficacité d'un vaccin ainsi que la peur des effets secondaires. Or, une partie du corps médical expriment eux-mêmes ces réticences.

---

Mots-clés : cancer du col de l'utérus, niveau de connaissances, réticences, vaccination

