

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
Années Universitaires 2015-2020

Étude de la couverture du suivi gynécologique

**Enquête bi-centrique sur le suivi gynécologique et les différents moyens de
préventions et de dépistages des cancers gynécologiques chez les femmes âgées de 18 à
85 ans**

Mémoire présenté et soutenu par

Marion GOYEAU

Née le 19 Mars 1996

Directrice de mémoire : Dr Pauline GUEUDRY gynécologue-obstétricienne

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements aux personnes sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible :

À mesdames GUEUDRY Pauline, directrice de ce mémoire, et LE GUILLANTON Nathalie, sage-femme enseignante, pour leur intérêt, leurs conseils et le temps apporté à la réalisation de ce mémoire.

Aux cadres du CHU de Nantes, d'avoir autorisé mon passage chaque jour dans le service de suites de couches, et d'avoir permis la mise à disposition du questionnaire dans la salle d'attente des urgences gynécologie-obstétrique.

À Mme BREMOND Martine, cadre du CH de Cholet d'avoir organisé la distribution du questionnaire auprès des professionnels de santé de la maternité de Cholet.

Aux professionnels de santé qui m'ont aidée à récupérer et à distribuer les questionnaires.

Aux professionnels du planning familial du centre-ville de Cholet d'avoir distribué mon questionnaire.

Au salon de coiffure « Dessange » de Cholet d'avoir permis la distribution du questionnaire dans leur salon.

Au salon de coiffure « Mad coiffure » du centre-ville de Nantes d'avoir permis la distribution du questionnaire dans leur salon.

Aux patientes et aux femmes d'avoir pris le temps d'y répondre.

À mes ami(e)s de Bressuire qui m'ont soutenu durant toutes ces années, merci tout particulièrement à Orlane de m'avoir aidée à utiliser Excel®.

À mes amies de promotion, pour leurs encouragements, leurs aides et tous les bons moments passés ensemble.

À ma famille et mon ami, pour leur soutien pendant ces 6 dernières années d'études.

GLOSSAIRE

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papilloma virus Humain

SDC : Suites De Couches

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

BEP : Brevet d'études professionnelles

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

HSPT : Loi Hôpital Santé Patients Territoire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

INCa : Institut National Du Cancer

ANSM : Agence National de Sécurité du Médicaments et des produits de santé

IMAGYN : Initiative des Malades Atteintes de cancer Gynécologiques

PASS : Permanence d'Accès aux soins

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
2	MATÉRIEL ET MÉTHODE	3
2.1	Matériel	3
2.1.1	Schéma d'étude.....	3
2.1.2	Population.....	3
2.2	Méthode	3
2.2.1	Questionnaire.....	3
2.2.2	Lieux d'étude :.....	4
2.2.3	Recueil des données.....	4
3	RÉSULTATS	5
3.1	Diagramme de flux :	5
3.2	Caractéristiques de la population	5
3.2.1	Répartition par tranche d'âge :.....	6
3.2.2	Répartition en fonction de la nationalité :.....	6
3.2.3	Catégories socio-professionnelles :.....	7
3.2.4	Situation familiale.....	7
3.2.5	Répartition par lieux de résidence.....	9
3.2.6	Répartition en fonction des antécédents personnels.....	9
3.2.7	Répartitions en fonction des antécédents familiaux.....	10
3.2.8	Couverture du suivi médical par un médecin généraliste.....	10
3.3	Couverture du suivi gynécologique de la population étudiée	11
3.3.1	Question suivi gynécologique.....	11
3.3.2	Raisons du suivi gynécologique fait par le professionnel choisi.....	11
3.3.3	À la question : « si votre médecin traitant était disponible accepteriez-vous que celui-ci vous suive au niveau gynécologique ? ».....	12
3.3.4	À la question : « si une sage-femme était disponible accepteriez-vous qu'elle vous suive au niveau gynécologique ? ».....	13
3.3.5	Fréquence du suivi gynécologique selon les femmes.....	13
3.3.6	Raisons du non suivi au niveau gynécologique.....	13
3.4	En ce qui concerne le frottis cervico-vaginal	14
3.4.1	Définition du frottis cervico-vaginal selon les patientes :.....	14
3.4.2	Question « Avez-vous déjà fait un frottis cervico-vaginal ? ».....	15
3.4.3	« Pourquoi n'avez-vous jamais eu de frottis cervico-vaginal ? ».....	16
3.5	Examen des seins	17
3.5.1	Examen des seins de manière régulière ou non ?.....	17
3.5.2	Mammographies ?.....	17
3.6	Vaccination HPV	18
3.6.1	Connaissance de la vaccination contre le papilloma virus humain (HPV).....	18
3.6.2	Vaccination HPV.....	20
4	DISCUSSION	22
4.1	Discussion autour des résultats et confrontation avec la littérature	22
4.1.1	Caractéristiques de notre population.....	22
4.1.2	Couverture du suivi gynécologique.....	22

4.1.3	Connaissance en dépistage et prévention des cancers gynécologiques	31
4.2	Moyens qui peuvent être mis en place pour améliorer la couverture du suivi gynécologique.....	41
4.3	Limites et biais de l'étude.....	43
5	CONCLUSION.....	45
6	BIBLIOGRAPHIE.....	46

1 INTRODUCTION

À ce jour 34,6 millions de femmes ont été recensées par l'INSEE au sein de la population française métropolitaine. Parmi ces femmes, un peu plus de 12 millions étaient en âge de procréer, et près de 11 millions de femmes étaient âgées de 45 ans à 69 ans.

Actuellement il est recommandé par le CNGOF [1] d'avoir un suivi gynécologique de prévention de manière annuel par un professionnel de santé qu'il soit gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste. Ce suivi gynécologique n'est pas obligatoire en France mais est recommandé. Ce suivi gynécologique a plusieurs objectifs. Il permet le dépistage et la prévention de nombreuses maladies féminines, ainsi que le suivi de la contraception. Il permet de diagnostiquer certaines pathologies et d'en instaurer les traitements. Ce suivi est donc conseillé à partir du début de l'activité sexuelle chez la femme, et il est recommandé tous les ans [1].

En 2016, une étude transversale qui incluait des femmes de plus de 40 ans a montré que 86% d'entre elles avaient un suivi gynécologique [2]. En 2017, le mémoire d'une étudiante sage-femme démontrait que 79,08% des femmes avaient un suivi gynécologique. [3]. Un sondage de 2017 montre que 22% des femmes déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique régulier [4].

Ce suivi gynécologique comprend plus particulièrement le dépistage du cancer du col de l'utérus (selon les nouvelles recommandations de l'HAS [5]). Celui-ci fait désormais partie du troisième programme national de dépistage organisé du cancer depuis l'arrêté du 4 mai 2018¹ [6]. Chaque année en France on compte plus de 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et plus de 1000 décès évitables [7].

Bien que l'objectif de ce programme national soit de réduire le nombre de décès du cancer du col de l'utérus de 30% en 10 ans, en atteignant 80% de taux de couverture, il a été prouvé qu'entre 2010 et 2014, seulement 61,2% des femmes âgées entre 25 et 65 ans ont réalisé un test de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce qui signifie qu'environ 40% des femmes entre 25 et 65 ans ne réalisaient pas de dépistage ou le réalisaient mais de manière irrégulière [8].

Concernant la prévention des cancers de la sphère ano-génitale (col de l'utérus, vulve, vagin, anus) mais aussi de la sphère oro-pharyngée (amygdale et oropharynx), une vaccination anti-HPV est recommandée et remboursée pour les jeunes filles entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 19 ans inclus. Concernant le cancer du col de l'utérus, les HPV 16 et 18 à eux seuls provoquent 50% des lésions précancéreuses de haut grade et 70% des cancers du col de l'utérus. Il existe en France plusieurs vaccins : le Gardasil®, le Gardasil 9® et le Cervarix®, pour limiter ces cancers.

En 2017, le taux de couverture vaccinale était de 21% en France alors qu'il était de 26% en Loire-Atlantique et 28% en Maine et Loire [9]. Ce taux est faible comparé à nos pays voisins comme le Portugal qui a un taux de couverture de 87% du fait de la mise en place de

¹ JORF n°0105 du 6 mai 2018 texte n°13 - **Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus**

la vaccination en milieu scolaire. L'Australie présente également un taux de couverture important, puisque 80% des jeunes sont vaccinés, y compris les garçons depuis 2013 [10].

Ce suivi gynécologique de prévention comprend également un examen sénologique c'est-à-dire une palpation des seins au moins une fois par an par un professionnel de santé à partir de 25 ans en dehors de toute symptomatologie motivant une consultation [11]. Cet examen des seins s'inscrit dans une démarche de dépistage organisé du cancer du sein (par mammographie) qui a été mis en place pour les femmes entre 50 et 74 ans. Malgré tout, en France, le taux de participation à ce dépistage est faible, il représentait en 2016 50,7% des femmes (âgées de 50 à 74 ans), avec une baisse importante dans les tranches d'âges de 70 à 74 ans. Ce taux de dépistage avait diminué en 2017, avec une participation à 49,9%. En 2017, en Loire-Atlantique le taux de dépistage est relativement meilleur puisqu'il était de 61,8% et en Maine et Loire il était de 58,3% [12].

Nous nous sommes donc intéressées à la population de femmes vivant en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le taux de couverture du suivi gynécologique chez ces femmes vivant en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire.

Les objectifs secondaires consistaient à évaluer leurs connaissances et la couverture sur les différents moyens de dépistage et de prévention qui existent en France au niveau gynécologique.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Matériel

2.1.1 *Schéma d'étude*

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, prospective et multicentrique issue d'un questionnaire anonyme format papier établi en février-mars 2019. Le questionnaire a été distribué du 23 mars 2019 au 1^{er} septembre 2019. L'étude a été réalisée à Cholet, ville du Maine-et-Loire, et à Nantes en Loire-Atlantique.

2.1.2 *Population*

La population cible était :

- Les femmes majeures
- Ayant une bonne compréhension du français
- Habitant ou étant de passage en Maine-et-Loire et Loire-Atlantique

Étaient exclues :

- Les femmes mineures
- Les femmes ne comprenant pas le français

2.2 Méthode

2.2.1 *Questionnaire*

Le questionnaire était sous format papier et organisé en 5 parties (Questionnaire en *Annexe I*), il a été construit suivant les recommandations du CNGOF, et de l'HAS:

- Des généralités (âge, situation familiale, niveau socio-économique, lieu de résidence, antécédents familiaux et personnels,..)
- Une partie sur le suivi gynécologique en général (suivi gynécologique, professionnel de santé qui fait le suivi, les différentes raisons de ce choix, fréquence du suivi gynécologique, les différentes raisons du non suivi gynécologique)
- Une partie sur le frottis cervico-vaginal (définition du frottis cervico-vaginal, premier et dernier frottis cervico-vaginal, les différentes raisons de ne jamais avoir eu de frottis cervico-vaginal)
- Une partie sur l'examen sénologique (couverture de l'examen des seins et de la mammographie, quelles sont les raisons de ne pas faire ces examens)
- Une dernière partie sur la vaccination HPV (définition du vaccin contre l'HPV, couverture du vaccin, les différentes raisons de la non vaccination)

2.2.2 *Lieux d'étude :*

Le questionnaire a été distribué :

- Dans le service de Suites de Couches (SDC) et les urgences obstétricales du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes.
- Dans le service de Suites de Couches (SDC), et les urgences gynécologiques du Centre hospitalier (CH) de Cholet.
- Dans le salon de « Mad Coiffure » dans le centre-ville de Nantes.
- Dans le salon de coiffure « Dessange » dans le centre-ville de Cholet.
- Au planning familial de Cholet.
- Dans la rue à Cholet et à Nantes, dans le centre-ville.

Les dates et les durées de distributions dans ces lieux sont détaillées à travers le diagramme de flux dans la partie « 3- Résultats ».

2.2.3 *Recueil des données*

Une fois les questionnaires complets et remplis, toutes les données ont été enregistrées et analysées sur un tableur Excel®. Les tests statistiques ont été faits sur le site « Biostat-TGV » et le test de Chi² a été utilisé. Une p-value <0,05 indique une différence significative pour nos résultats.

3 RÉSULTATS

3.1 Diagramme de flux :

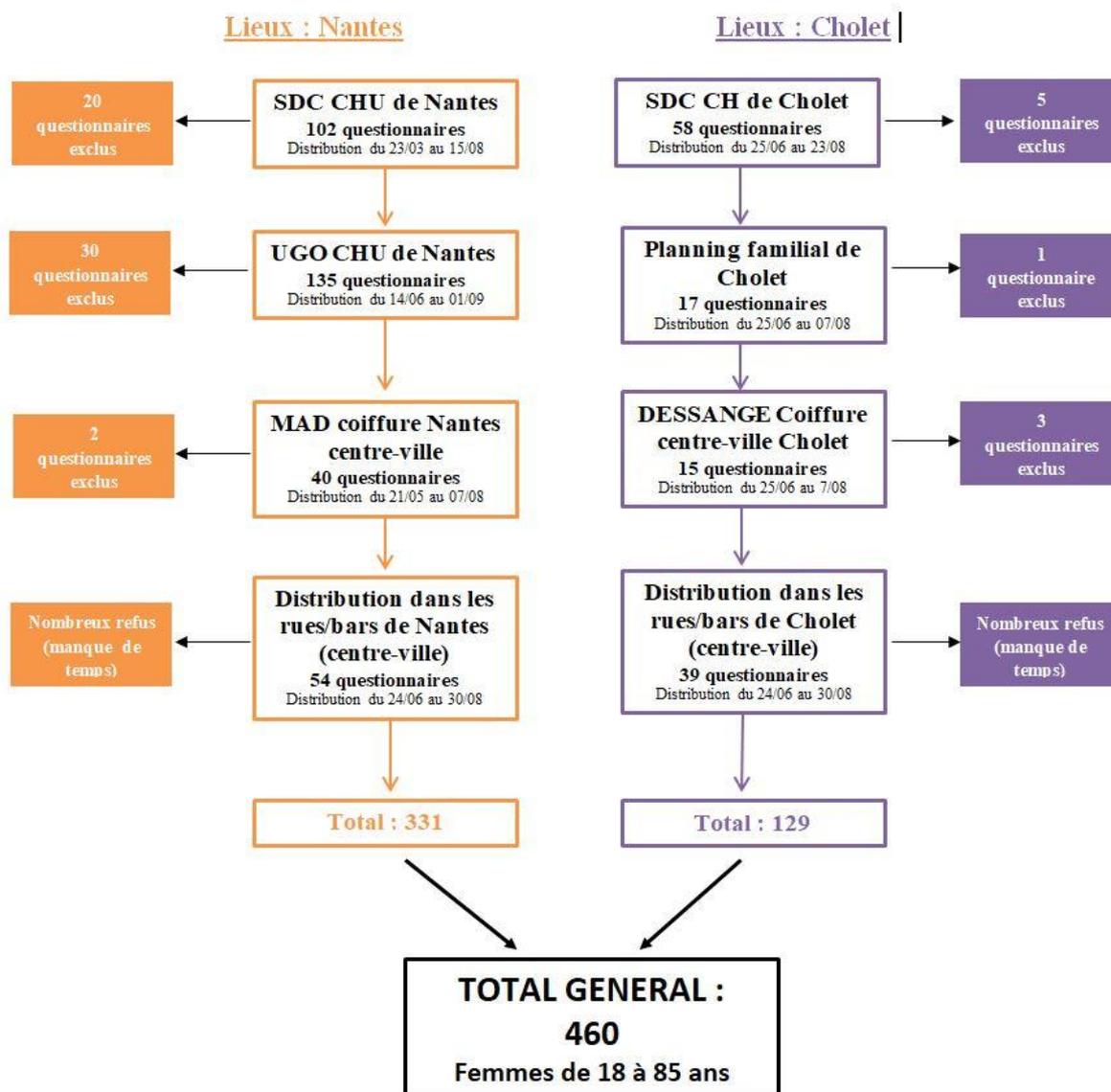


Figure 1 : diagramme de Flux de l'étude épidémiologique observationnelle, descriptive, prospective et multicentrique, réalisée dans le département du Maine-et-Loire et Loire-Atlantique entre le 23 mars 2019 et le 1^{er} septembre 2019

Au total nous avons récupéré 460 questionnaires.

À Nantes, 331 questionnaires ont été récupérés et 52 questionnaires distribués ont été exclus car non complets, soit un taux de réponse de 84,3 %.

À Cholet, 129 questionnaires ont été récupérés et 9 questionnaires ont été exclus, ce qui représente un taux de réponse de 93,03%.

3.2 Caractéristiques de la population

Dans notre échantillon de 460 patientes, 22% (n=99) ont indiqué ne pas avoir de suivi gynécologique.

3.2.1 Répartition par tranche d'âge :

Au total 25% (n=115) des femmes avaient entre 18 et 24 ans ; 38% (n=174) avaient entre 25 et 32 ans ; 21% (n=97) avaient entre 33 et 40 ans ; 6% (n=28) avaient entre 41 et 49 ans ; et 10% (n=46) avaient entre 50 et 85 ans.

Parmi ces tranches d'âge :

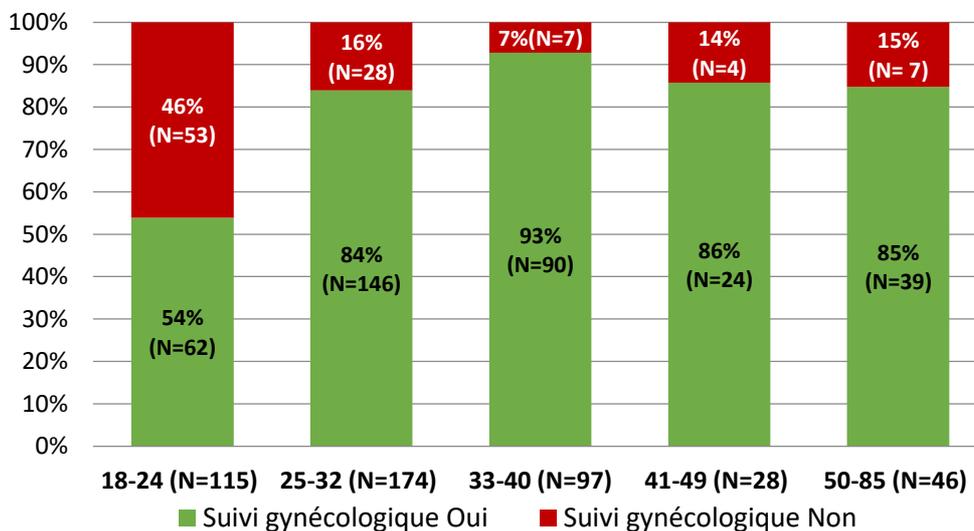


Figure 2: Suivi gynécologique en fonction de l'âge de la population étudiée (N=460)

La comparaison des tranches d'âge au niveau du suivi gynécologique montre une différence significative quand on compare les tranches d'âge des moins de 25 ans avec les plus de 25 ans avec $p < 0,05$. Néanmoins, cela ne montre pas de différence significative entre les différentes tranches d'âge de plus de 25 ans (25-32 ; 33-40 ; 33-40 ; 41-49 ; 50-85) avec un $p = 0,22$.

La moyenne d'âge de notre population est de 32 ans avec un écart type de 10,6 ans.

3.2.2 Répartition en fonction de la nationalité :

Tableau I: Nationalités et suivi gynécologique (N=460)

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Suivi gynécologique		P-value
		Oui	Non	
Nationalités	N=460			
Françaises	94% (N=432)	80% (N=347)	20% (N=85)	p=0,00015
Autres nationalités	6% (N=28)	50% (N=14)	50% (N=14)	

Il y a une différence significative pour le suivi gynécologique entre les femmes françaises et les femmes de nationalités étrangères ($p < 0,05$).

3.2.3 Catégories socio-professionnelles :

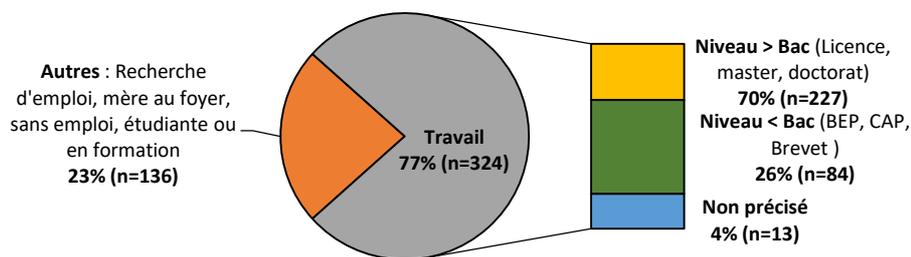


Figure 3: Situation professionnelle et niveau d'études dans la population étudiée (N=460)

Dans notre population étudiée, presque la moitié des femmes travaillaient et avaient un niveau d'études important (49% ; %=227/460).

Le suivi gynécologique en fonction de la catégorie socio-professionnelle est présenté dans la figure 4 :

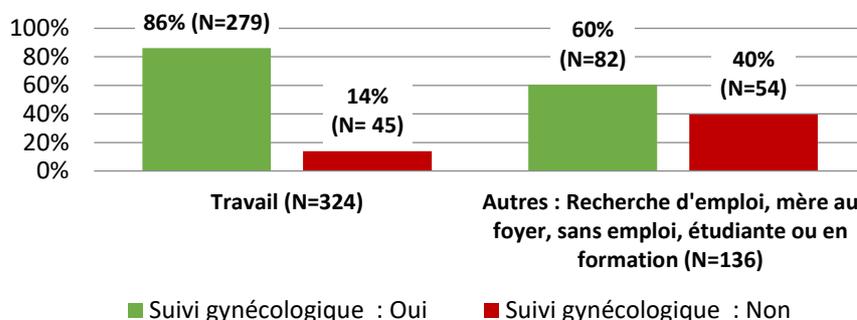


Figure 4: Suivi gynécologique en fonction du travail ou non (N=460)

Les résultats sont significatifs avec un $p < 0,05$.

Cependant ces résultats ne prennent pas en compte le niveau d'études de notre échantillon. Aussi la figure 5 compare le suivi gynécologique en fonction du niveau d'études, avec un $p=0,105$.

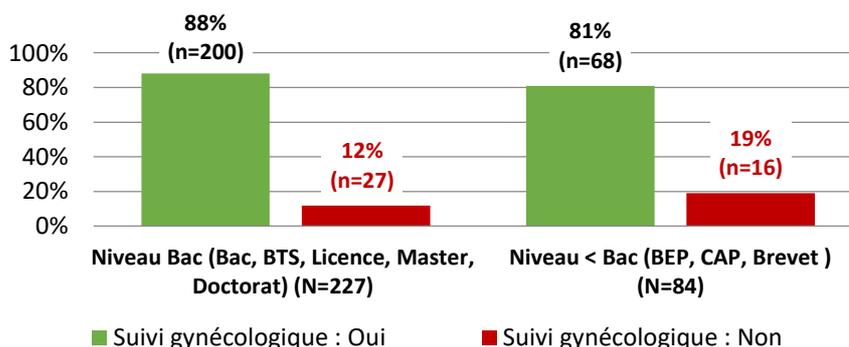


Figure 5: Suivi gynécologique en fonction du niveau d'études (N=311)

3.2.4 Situation familiale

Au total, nous avons 83% (N=381) des femmes en couples, 13% (N=60) de femmes célibataires, et 4% (N= 19) des femmes séparées, veuves ou divorcées.

À noter que les femmes en couples ont un meilleur suivi gynécologique comparé aux femmes célibataires, séparées, divorcées ou veuves ($p < 0,05$) (Cf. *annexe II*).

Concernant la natalité, la *figure 6*, ci-dessous représente la part des femmes qui ont des enfants ainsi que leur nombre d'enfants.

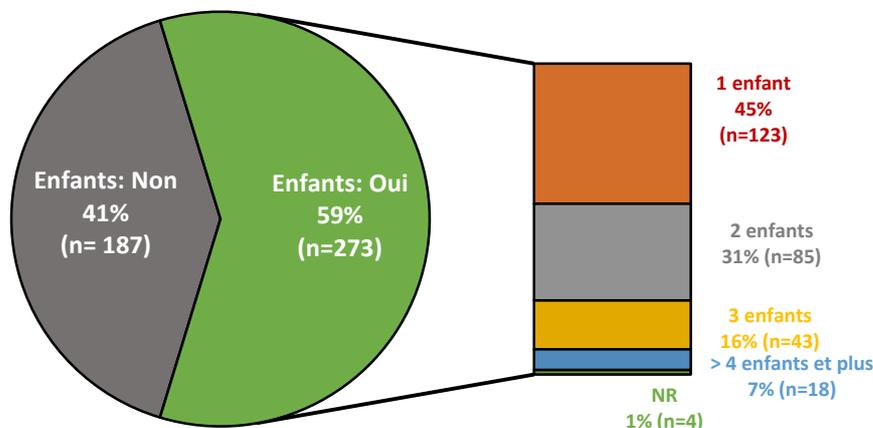


Figure 6: Parité de la population étudiée (N=460)

Ci-dessous le suivi gynécologique en fonction de la parité :

Tableau II: Le suivi gynécologique chez les nullipares par rapport aux primipares ou multipares (N=460)

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Suivi gynécologique		P-value
		Oui	Non	
Parité	N=460			
Nullipare	41% (n=187)	70% (n=131)	30% (n=56)	p=0,00027
Parité ≥ 1	59% (n=273)	84% (n=230)	16% (n=43)	

Il existe une différence significative du suivi gynécologique entre les femmes qui n'ont pas accouché et celles qui ont eu au moins un enfant ($p < 0,05$). Nous ne constatons aucune différence significative en fonction du nombre d'accouchements ($p = 0,964$; Cf. *annexe III*). Nous avons alors demandé aux femmes l'âge de leur dernier enfant, les résultats à cette question sont présents à l'*annexe IV*. La moyenne de l'âge du dernier enfant est de 6 ans, et l'écart type est de 9,7.

Concernant le suivi gynécologique en fonction de l'âge du dernier enfant, les résultats sont présentés ci-dessous :

Tableau III: Suivi gynécologique en fonction de l'âge du dernier enfant (N=269)

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Suivi gynécologique		P-value
		Oui	Non	
Age du dernier enfant	N=269			
0-3 ans	63% (n=173)	84% (n=146)	16% (n=27)	p=0,23
>3 ans - 10ans	15% (n=41)	93% (n=38)	7% (n=3)	
>10ans	20% (n=55)	80% (n=44)	20% (n=11)	

Il n'y a pas de différence significative entre le jeune âge du dernier enfant avec un dernier enfant plus âgé concernant le suivi gynécologique. Dans le *tableau IV*, ci-dessous, nous avons comparé l'âge du dernier enfant avec la date du dernier frottis cervico-vaginal.

Tableau IV: Date du dernier FCV en fonction de l'âge du dernier enfant (N=251)

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Date du dernier FCV		P-value
		Entre 0 et 3 ans	>3ans	
Age du dernier enfant + ayant déjà eu un FCV	N=251			
0-3 ans	62% (n=156)	94% (n=147)	6% (n=9)	p=0,099
>3 ans	38% (n=95)	88% (n=84)	12% (n=11)	

Il n'existe pas de différence significative entre le fait d'avoir des enfants de moins de 3 ans et de plus de 3 ans en comparant la date de leur dernier frottis cervico-vaginal.

3.2.5 Répartition par lieux de résidence

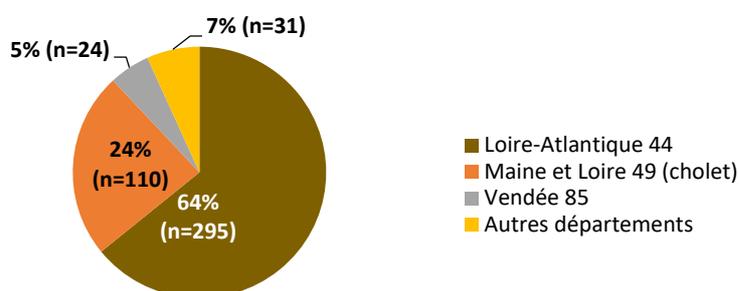


Figure 7: Lieux de résidence de la population étudiée (N=460)

Concernant le suivi gynécologique en fonction du lieu de résidence, les résultats sont présentés ci-dessous.

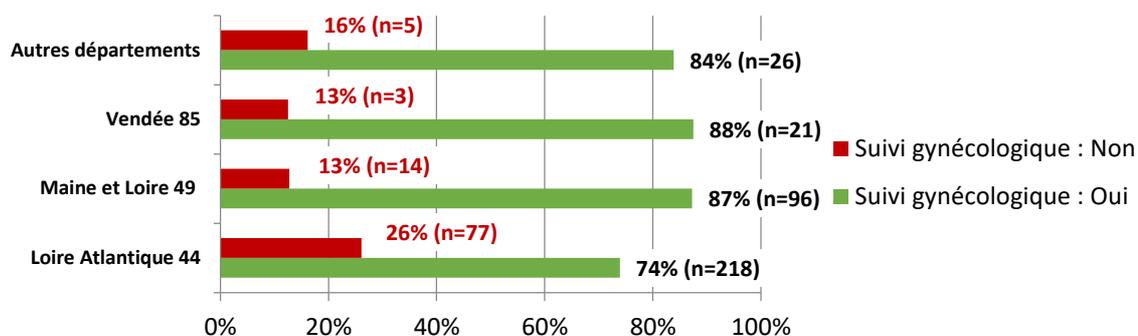


Figure 8: Suivi gynécologique en fonction du lieu de résidence (N=460)

Pour ces résultats il y a une corrélation positive avec un $p < 0,05$.

3.2.6 Répartition en fonction des antécédents personnels

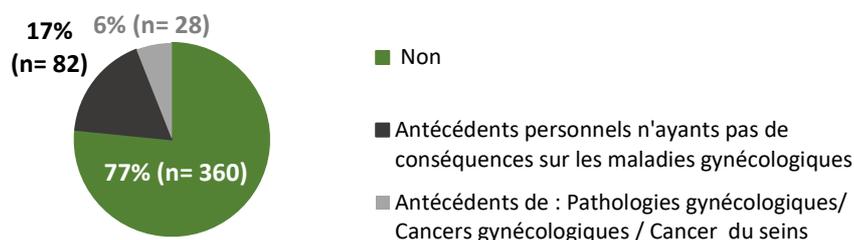


Figure 9: Antécédents (ATCD) personnels dans la population étudiée (N=460)

Les antécédents de pathologies gynécologiques comprennent: les Syndromes des ovaires polykystiques (SOPK), l'endométriose, les cancers de l'utérus, du col de l'utérus ; les fibromes, les kystes ovariens, l'herpès génital, le cancer du sein etc...

Nous avons regroupé les cancers du sein avec les antécédents de pathologies gynécologiques puisque nous avons 9 patientes ayant eu un cancer du sein sur 28 dont certaines avaient aussi d'autres problèmes gynécologiques.

Concernant les autres antécédents nous avons des maladies respiratoires, maladies rénales, troubles endocrinologiques et lipidiques, des maladies digestives, des maladies cardio-vasculaires, des maladies ostéo-articulaires, ainsi que des cancers (Thyroïde, maladie Hodgkin)

Dans le tableau présent à l'annexe V, il n'y a pas de corrélation significative entre le fait d'avoir des antécédents personnels de pathologies gynécologiques, de cancer du sein et le fait d'avoir un meilleur suivi au niveau gynécologique ($p=0,07$).

3.2.7 Répartitions en fonction des antécédents familiaux

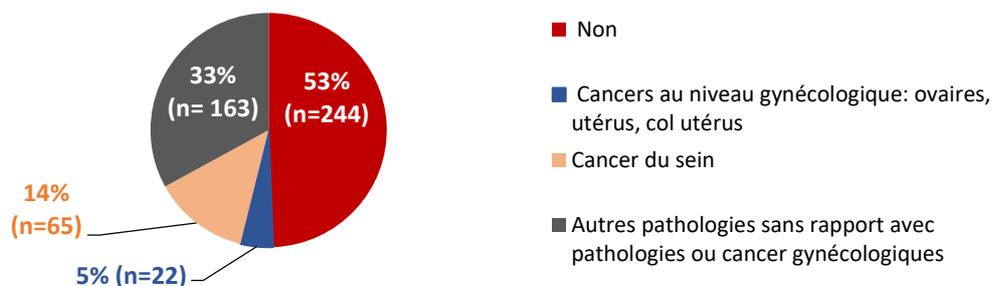


Figure 10: Antécédents familiaux de la population étudiée (N=460) (34 femmes avaient 2 antécédents familiaux combinés)

Dans le tableau présent à l'annexe VI, il n'y a pas de corrélation significative entre les antécédents familiaux de cancers au niveau gynécologique et/ou les antécédents familiaux de cancer du sein et le fait d'avoir un meilleur suivi au niveau gynécologique ($p=0,156$).

3.2.8 Couverture du suivi médical par un médecin généraliste

Dans notre population nous avons 95% (n= 438) des femmes qui disent avoir un médecin généraliste.

Dans ces 95% ayant un médecin traitant, 89% (n=390) l'ont vu dans l'année ; la dernière visite date de plus d'un an pour 8% d'entre elles, de plus de 2 ans pour 1% d'entre elles, et de plus de 3 ans pour 2% d'entre elles.

3.3 Couverture du suivi gynécologique de la population étudiée

3.3.1 Question suivi gynécologique

En ce qui concerne le **suivi gynécologique** (suivi de contraception, frottis, palpations des seins, etc.), les résultats obtenus sont présentés dans le graphique ci-dessous.

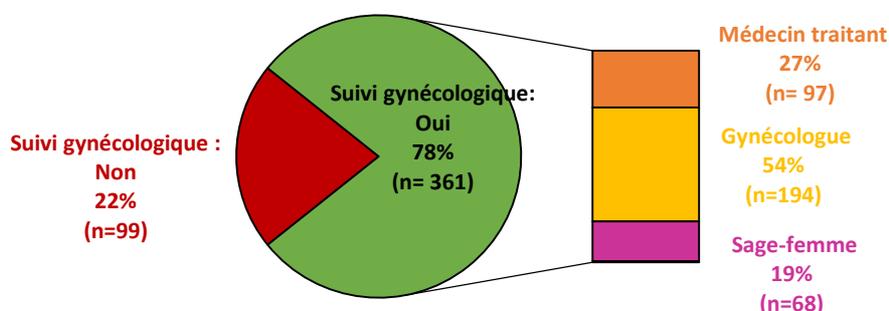


Figure 11: Suivi gynécologique dans la population étudiée, ainsi que le professionnel de santé qui les suit (N=460)

3.3.1.1 Suivi gynécologique en fonction du département :

Tableau V: Professionnel choisi faisant le suivi gynécologique en fonction du département (N=405)

Caractéristiques	Départements		P-value
	Loire-Atlantique 44 (N=218)	Maine-et-Loire 49 (N=96)	
Professionnel de santé qui assure le suivi gynécologique			
Médecin traitant	31% (n=68)	24% (n=23)	p= 0,48
Gynécologue	53% (n=115)	57% (n=55)	
Sage-femme	16% (n=35)	17% (n=16)	
Non Renseigné	0% (n=0)	2% (n=2)	

Il n'y a aucune corrélation positive concernant le choix du professionnel de santé en fonction du département.

3.3.2 Raisons du suivi gynécologique fait par le professionnel choisi

La totalité des réponses est mentionnée dans l'annexe VII.

3.3.2.1 Raisons du suivi gynécologique fait par Médecin traitant

97 femmes ont répondu à la question « Pourquoi êtes-vous suivie par le médecin traitant ? »

Le fait d'avoir une « **meilleure acceptabilité** », par le biais d'une proximité du domicile, de la praticité d'aller voir un seul professionnel de santé, sont les critères de choix les plus cités (34 réponses sur 97 soit 35%).

La notion « **d'habitude** » est mentionnée dans 24 réponses sur 97 personnes suivies par leur médecin traitant (25%).

D'autre part nous notons que près de 20% des patientes ont choisi d'être suivies par le médecin généraliste puisqu'elles ont des « **difficultés à trouver un gynécologue** », mais également parce qu'elles ont « **confiance** » en leur médecin traitant.

3.3.2.2 Raisons du suivi gynécologique fait par un Gynécologue-obstétricien

194 femmes ont répondu à la question « *Pourquoi êtes-vous suivie par le gynécologue obstétricien ?* ». La « **spécialité** » du gynécologue obstétricien est le critère majeur pour 78 femmes sur 194, soit 40%.

3.3.2.3 Raisons du suivi gynécologique fait par une sage-femme

68 femmes ont répondu à la question « *Pourquoi êtes-vous suivie par la sage-femme ?* »

La « **confiance et le bon relationnel soignant-patient** » sont les critères cités en premier (n=28 soit 41%). Par ailleurs près de 20% des patientes ont choisi d'être suivies par une sage-femme car « **c'était proche de leur domicile** » et du fait de la « **rapidité de la prise de rendez-vous** ».

3.3.3 **À la question : « si votre médecin traitant était disponible accepteriez-vous que celui-ci vous suive au niveau gynécologique ? »**

Les réponses à cette question étaient de **49% (n=176)** pour le « **oui, j'accepterais que mon médecin traitant me suive au niveau gynécologique** » et de **48% (n=173)**: « **Non, je n'accepterais pas que mon médecin traitant me suive au niveau gynécologique** ». Nous avons eu 12 femmes qui n'ont pas répondu à cette question.

La totalité des réponses est mentionnée dans *l'annexe VIII*.

3.3.3.1 Médecin traitant : Pourquoi oui ?

Parmi les 49% (n=176) réponses oui, les principales raisons des femmes qui acceptent de se faire suivre par leur médecin traitant sont la notion de « **praticité, proximité du domicile, et rendez-vous plus rapide** » pour 17% (n=30) d'entre elles; et la « **confiance en son médecin, être à l'aise avec lui, sans gêne** » pour 19% (n=33) d'entre elles. À noter par ailleurs que **49%** (n=87) des réponses « *Oui* », n'ont pas de justification.

3.3.3.2 Médecin traitant : Pourquoi non ?

Parmi les 48% (n=173) réponses non, les principales raisons des femmes qui ne veulent pas se faire suivre par leur médecin traitant sont le « **manque de connaissance au niveau gynécologique, le manque de compétence / spécialité** » pour 45% (n=77) d'entre elles ; mais aussi le fait que « **c'est un homme** » et que les femmes peuvent être « **gênées** » à 28% (n=49). A noter que 17% (n=29) des femmes n'ont pas donné de justification à leur réponse.

3.3.4 *À la question : « si une sage-femme était disponible accepteriez-vous qu'elle vous suive au niveau gynécologique ? »*

Les réponses à cette question étaient à **84% (n=304)** : « *Oui, j'accepterais qu'une sage-femme me suive au niveau gynécologique* » ; contre **12% (n=42)** qui ont répondu « *Non, je n'accepterai pas qu'une sage-femme me suive au niveau gynécologique* ». 15 femmes n'ont pas répondu à cette question.

La totalité des réponses à la question est mentionnée dans l'annexe IX.

3.3.4.1 *Sage-femme : Pourquoi oui ?*

Les principales raisons de l'acceptation du suivi gynécologique par la sage-femme sont qu'elles ont « *des compétences spécialisées en gynécologie, spécialisées dans le corps de la femme et la maternité, et que l'on suppose qu'elles ont les mêmes compétences qu'un gynécologue* » pour 29% (n=87) d'entre elles. Par ailleurs, la notion de « *sage-femme plus douce, plus à l'écoute, qui prend le temps et qui met en confiance* » est mentionnée 35 fois par les femmes de cette étude, soit 12%. Il faut noter que presque la moitié (n=138 sur 304) des femmes qui avaient répondu « *Oui* » n'ont pas donné de justification à cette réponse.

3.3.4.2 *Sage-femme : Pourquoi Non ?*

Les principales raisons du « *Non, je n'accepterais pas qu'une sage-femme me suive au niveau gynécologique* » sont dans presque la moitié des cas (48% ; n=20) le fait que la sage-femme « *peut manquer de connaissances sur certaines pathologies, qu'elles sont limitées dans leurs prescriptions* » et que les femmes les voient uniquement « *pour le suivi de leur grossesse* ». Il faut noter que 31% (n=13) des femmes ayant répondu « non » n'ont pas donné de justification.

3.3.5 *Fréquence du suivi gynécologique selon les femmes*

Nous leur avons posé la question « *à votre avis, quelle est la bonne fréquence du suivi gynécologique pour une femme sans maladie particulière ?* ».

67% ont répondu que la fréquence du suivi gynécologique devait être **tous les ans**. 26% (n=93) ont répondu que la fréquence du suivi gynécologique devait être tous les 2 ans et 5% (n=19) ont dit que le suivi gynécologique devait avoir lieu tous les 3 ans. A noter que 3 femmes pensent que c'est tous les 4 ans et plus, et 4 femmes n'ont pas répondu à cette question.

3.3.6 *Raisons du non suivi au niveau gynécologique*

Pour les 99 femmes qui n'avaient pas de suivi gynécologique, 24% (n=24) **ne savaient pas qu'il fallait avoir un suivi gynécologique régulier**. Pour une femme sur 4 **leur médecin traitant ne leur en parlait pas** (24% ; n=24). C'est un « *oubli de leur part* » pour 25% d'entre elles. On retrouve pour 18% (n=18) d'entre elles, le « *manque de temps* », le fait qu'il y ait « *beaucoup d'attente pour avoir un rendez-vous* », et qu'elles ne « *savaient pas que les sages-femmes pouvaient faire le suivi gynécologique* ».

La totalité des réponses se trouve en *annexe X*.

3.4 En ce qui concerne le frottis cervico-vaginal

3.4.1 Définition du frottis cervico-vaginal selon les patientes :

Dans cette partie du questionnaire nous nous sommes intéressées à la connaissance des femmes en matière de frottis cervico-vaginal (FCV). Nous leur avons donc posé la question suivante : « À votre avis, à quoi sert le frottis cervico-vaginal ? ».

L'item complet numéro 7 de la « Figure 17 » est : « Dépistage des infections sexuellement transmissible (IST) / et autres infections ». L'item numéro 10, signifie : « Dépistage de cancers, maladies du vagin / vérification de la flore vaginale ».

On voit dans ces résultats que 73 femmes sur 460 ont donné la bonne définition du frottis cervico-vaginal, soit 16%.

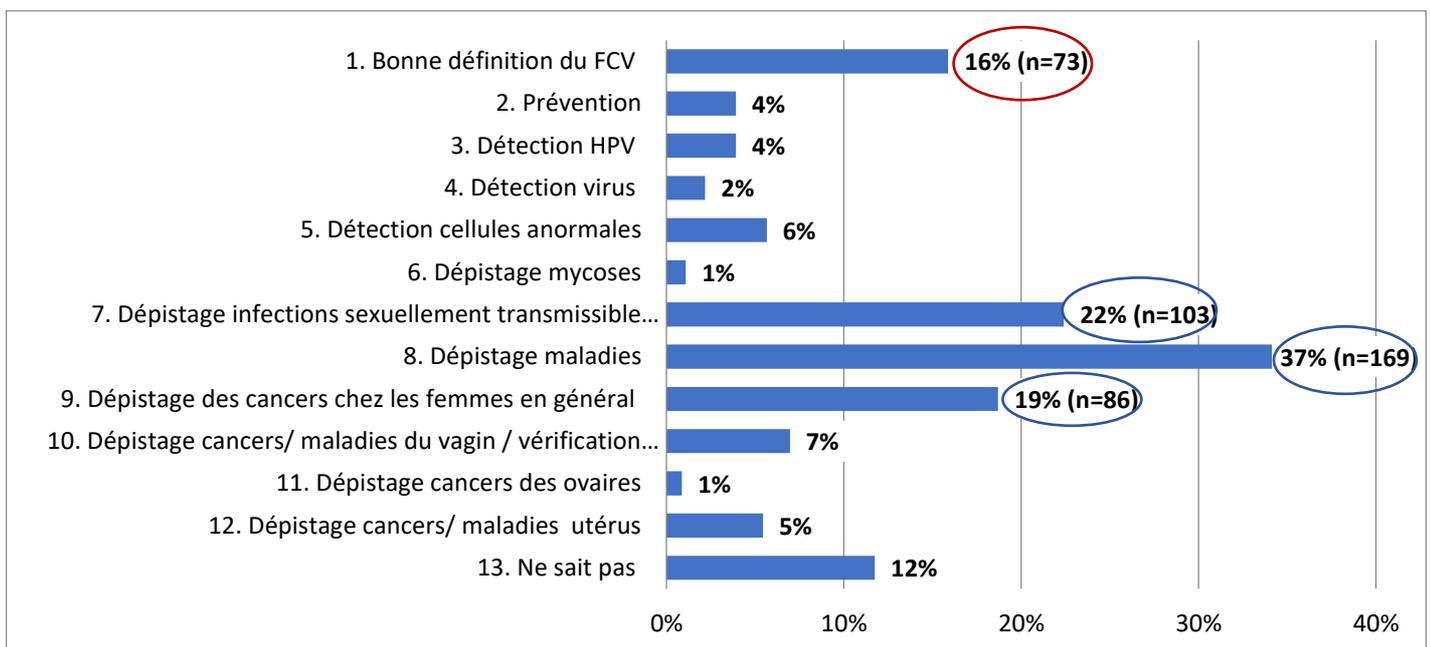


Figure 12: Définition du frottis cervico-vaginal selon la population étudiée (N=460).

3.4.2 Question « Avez-vous déjà fait un frottis cervico-vaginal ? »

21% (n=98) répondent **n'avoir jamais eu de frottis cervico-vaginal** et 79% (n=362) des femmes répondent **avoir déjà eu un frottis cervico-vaginal**. Nous avons alors comparé les femmes qui avaient déjà eu un frottis cervico-vaginal en fonction de leur âge.

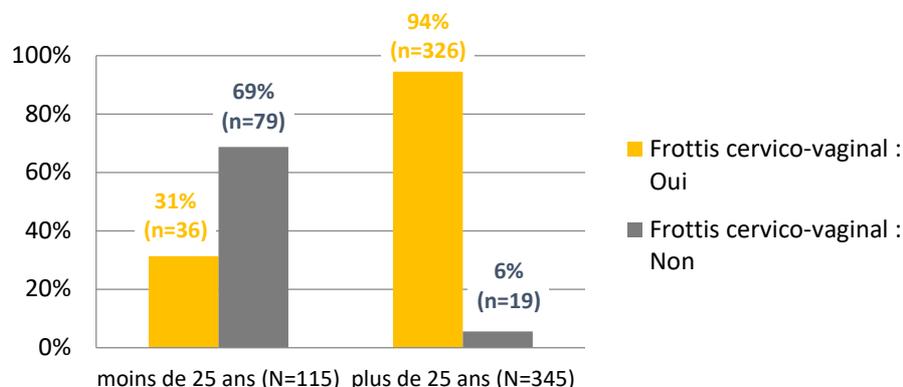


Figure 13: Frottis cervico-vaginal en fonction de l'âge (N=460)

Il y a une différence significative entre l'âge des femmes et le fait d'avoir déjà eu un frottis cervico-vaginal ($p < 0,05$). L'âge des 19 femmes qui n'ont jamais eu de frottis cervico-vaginal, chez les plus de 25 ans, variait entre 25 et 33 ans, avec une moyenne d'âge de : 27,3 ans ; et un écart-type de 2,4. Parmi ces 19 femmes :

- Il y avait 12 françaises et 7 femmes de nationalités étrangères.
- 8 femmes travaillaient, dont 6 avaient un niveau d'étude important. Seulement 3 de ces femmes avaient des enfants âgés de 0 à 3 ans. 5 avaient un suivi au niveau gynécologique (3 par leur médecin traitant, et 2 par un gynécologue)
- 11 femmes ne travaillaient pas. 7 d'entre elles avaient des enfants (6 avaient des enfants âgés de 0 à 3 ans, et 1 avait un enfant âgé de 3 à 10 ans). 4 de ces femmes ont déclaré avoir un suivi gynécologique (3 par leur médecin traitant, et une par une sage-femme)

Nous pouvons aussi dire grâce au tableau se trouvant en *annexe XI*, qu'il n'y a pas de différence significative quant à la réalisation ou non du frottis cervico-vaginal entre les deux départements (Maine-et-Loire et Loire-Atlantique) ($p = 0,64$). La totalité des réponses données par les femmes à propos du 1^{er} frottis cervico-vaginal se trouvent à l'*annexe XII*.

3.4.2.1 Le premier frottis cervico-vaginal :

La moyenne d'âge du premier frottis cervico-vaginal est de 20,6 ans avec un écart-type de 5,3. Dans le graphique ci-dessous nous avons fait des tranches d'âge pour classer l'âge du premier frottis cervico-vaginal.

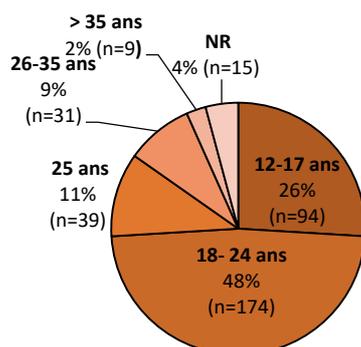


Figure 14: Tranches d'âge du 1er frottis cervico-vaginal (FCV) (N=362)

3.4.2.2 Cadre du premier frottis cervico-vaginal et professionnel de santé qui l'a fait.

Dans **85% (n=308)** des cas le premier frottis cervico-vaginal s'est déroulé dans le cadre d'un suivi gynécologique. Ce premier frottis cervico-vaginal a été réalisé par un gynécologue-obstétricien pour 63% (n=229) des femmes, par un médecin traitant pour 31% (n=113) et par une sage-femme dans 3% (n=11).

3.4.2.3 Dernier frottis cervico-vaginal

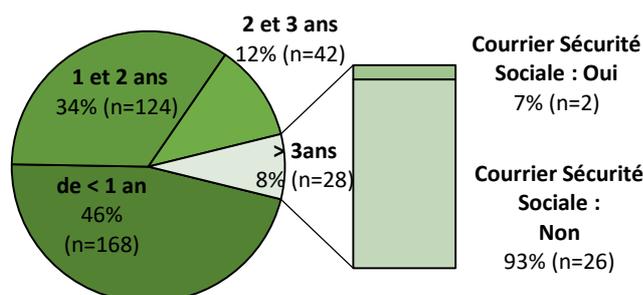


Figure 15: Date du dernier frottis cervico-vaginal et demande de relance de la sécurité sociale chez les femmes ayant un frottis cervico vaginal datant de plus de trois ans (N=362)

On peut voir que presque **la moitié** (46%) des femmes ont un frottis cervico-vaginal qui date de **moins de 1 an**. La totalité des réponses données par les femmes à propos du dernier frottis cervico-vaginal se trouvent à l'*annexe XIII*.

3.4.2.4 Cadre du dernier frottis cervico-vaginal et professionnel de santé qui l'a fait

Dans **70% (n=255)** des cas le dernier frottis cervico-vaginal a été réalisé dans le **cadre d'un suivi gynécologique**. Dans un peu plus de la moitié des cas (55% ; n=200) il a été fait par un gynécologue obstétricien, par un médecin traitant pour 26% (n=94) et par une sage-femme pour 15% (n=56) des cas.

3.4.3 « Pourquoi n'avez-vous jamais eu de frottis cervico-vaginal ? »

Les principales raisons de ne jamais avoir eu de frottis cervico-vaginal sont :

- « **Qu'on ne leur avait jamais proposé** », pour 43% (n=42) d'entre elles. Parmi elles, 36 femmes avaient moins de 25 ans mais, 6 femmes avaient plus de 25 ans.
- « **Qu'elles n'avaient pas l'âge** », pour 42% (n=41) d'entre elles. Parmi elles, 37 avaient moins de 25 ans, mais 4 avaient 25 ans ou plus (26 ans).

La totalité des raisons se trouve à l'*annexe XIV*.

3.5 Examen des seins

3.5.1 *Examen des seins de manière régulière ou non ?*

59% (n=272/460) des femmes ont répondu **oui**, et **41%** (188) des femmes ont répondu **non**. L'examen des seins est significativement différent (**p <0,05**) si les femmes ont moins de 25 ans ou plus de 25 ans (cf. *annexe XV*). 226 femmes de plus de 25 ans ont un examen des seins de manière régulière, soit une couverture de 66%.

3.5.1.1 Les femmes qui ont un examen mammaire de manière régulière :

Trois femmes sur 5 ont un examen mammaire régulier et le font **tous les ans (61% ; n=166)**. Il faut mentionner que 24% (n=66) pensent que l'examen mammaire est à faire tous les 2 ans et 8% (n=22) tous les 3 ans et plus. Néanmoins 6% (n=15) pensent que cette palpation mammaire doit être faite tous les 6 mois. Si nous prenons les plus de 25 ans, 62% (n=140) des plus de 25 ans ont un examen mammaire tous les ans. La totalité des réponses se trouve en *annexe XVI*.

Pour 57% d'entre elles, l'examen est fait par un **gynécologue-obstétricien**, et dans la majorité des cas (82% ; n=224) dans le cadre d'un **suivi gynécologique**. Nous n'avons pas de différence significative si nous comparons le professionnel pratiquant l'examen mammaire avec les bonnes recommandations de l'HAS (cf. *annexe XVII* ; p=0,146).

La totalité des réponses pour les femmes qui ont un examen mammaire de manière régulière se trouve dans *l'annexe XVIII*.

3.5.1.2 Les femmes qui n'ont pas d'examen mammaire de manière régulière

188 femmes (41%) ont répondu ne jamais avoir eu de palpation mammaire ou ne pas en avoir de manière régulière. Pour 9 femmes sur 10 (89% ; n=167), cet examen mammaire **n'a jamais été proposé**. 3 femmes sur 10 (27% ; n=51), ne **savaient pas qu'il fallait faire cet examen mammaire** et 11% (n=20) d'entre elles ont déclaré ne pas avoir de palpation mammaire car elle n'avait pas de cancer du sein dans leur famille. Concernant les femmes de plus de 25 ans, le tableau est détaillé en *annexe XX*.

Les différentes raisons de ne pas avoir d'examen mammaire de manière régulière se trouvent en *annexe XIX*.

3.5.2 *Mammographies ?*

À la question : « *Avez-vous déjà effectué une mammographie ?* », **22%** (n=100/460) avaient répondu **oui**, et **78%** (n=360) avaient répondu **non**.

Dans celles qui ont déjà eu de mammographie on retrouve la totalité des femmes de plus de 50 ans.

3.5.2.1 Les femmes qui ont déjà eu une mammographie : cadre de la première mammographie

77% des femmes ont réalisé cette première mammographie **suite à une orientation par un professionnel de santé** (sage-femme, gynécologue, ou médecin traitant) ; **23%** d'entre elles l'ont réalisée dans le cadre d'un **dépistage organisé**.

3.5.2.2 Les femmes qui ont déjà eu une mammographie : âge de leur première mammographie

La moyenne d'âge des femmes ayant déjà eu une mammographie est de 33,6 ans avec un écart-type de 9,9. La répartition par tranche d'âge de la 1^{ère} mammographie est la suivante:

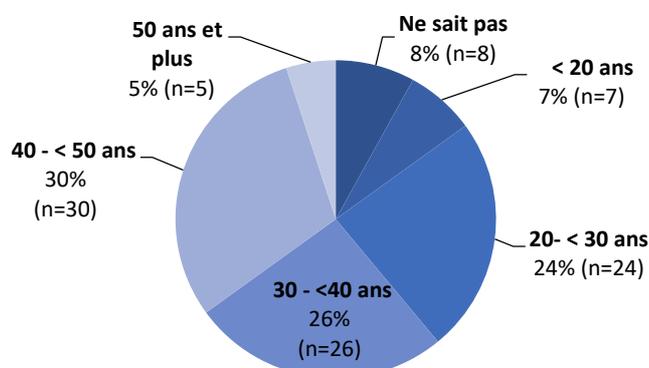


Figure 16: Répartition par tranche d'âge de la première mammographie (N=100)

3.5.2.3 Différentes raisons des femmes qui n'ont jamais eu de mammographie

Dans les différentes raisons pour lesquelles les femmes n'ont jamais eu de mammographie on retrouve :

- On ne leur a jamais proposé pour 71% (n=256)
- Elles sont trop jeunes pour 47% (n=170). Toutes les femmes ayant répondu à cet item avaient toutes moins de 50 ans.
- Elles ont indiqué ne pas avoir d'antécédents familiaux de cancer du sein pour 23% (n=84).

Trois femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein, âgées de 40, 42 et 48 ans n'ont pas fait de mammographie. Les autres réponses qui font ressortir un pourcentage moindre sont présentées dans l'annexe XXI.

3.6 Vaccination HPV

3.6.1 *Connaissance de la vaccination contre le papilloma virus humain (HPV)*

À la question : « Savez-vous à quoi sert le vaccin HPV ? », **67%** (n=307/460) des femmes de la population étudiée ont répondu **oui** contre **33%** (n=153) qui ont répondu **non**.

Nous avons voulu savoir si le niveau d'études avait une importance sur la connaissance de la vaccination HPV. Le graphique ci-dessous représente le niveau d'études en fonction de la réponse à la question « Savez-vous à quoi sert le vaccin HPV ? »

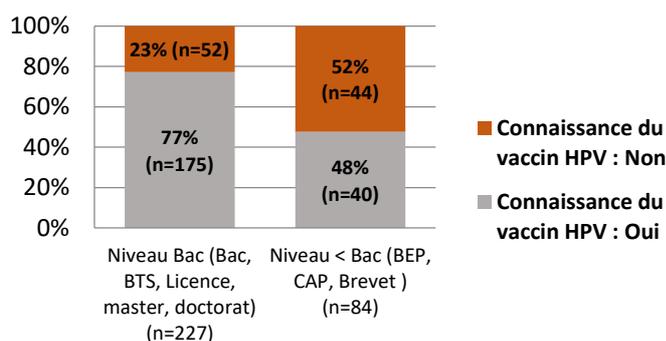


Figure 17: Connaissance du vaccin HPV selon la population étudiée et en fonction du niveau d'études (N=311)

La connaissance de la vaccination HPV selon le niveau d'études est corrélée scientifiquement avec un $p < 0,05$.

Pour ce qui est de la définition donnée par les femmes, les réponses sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

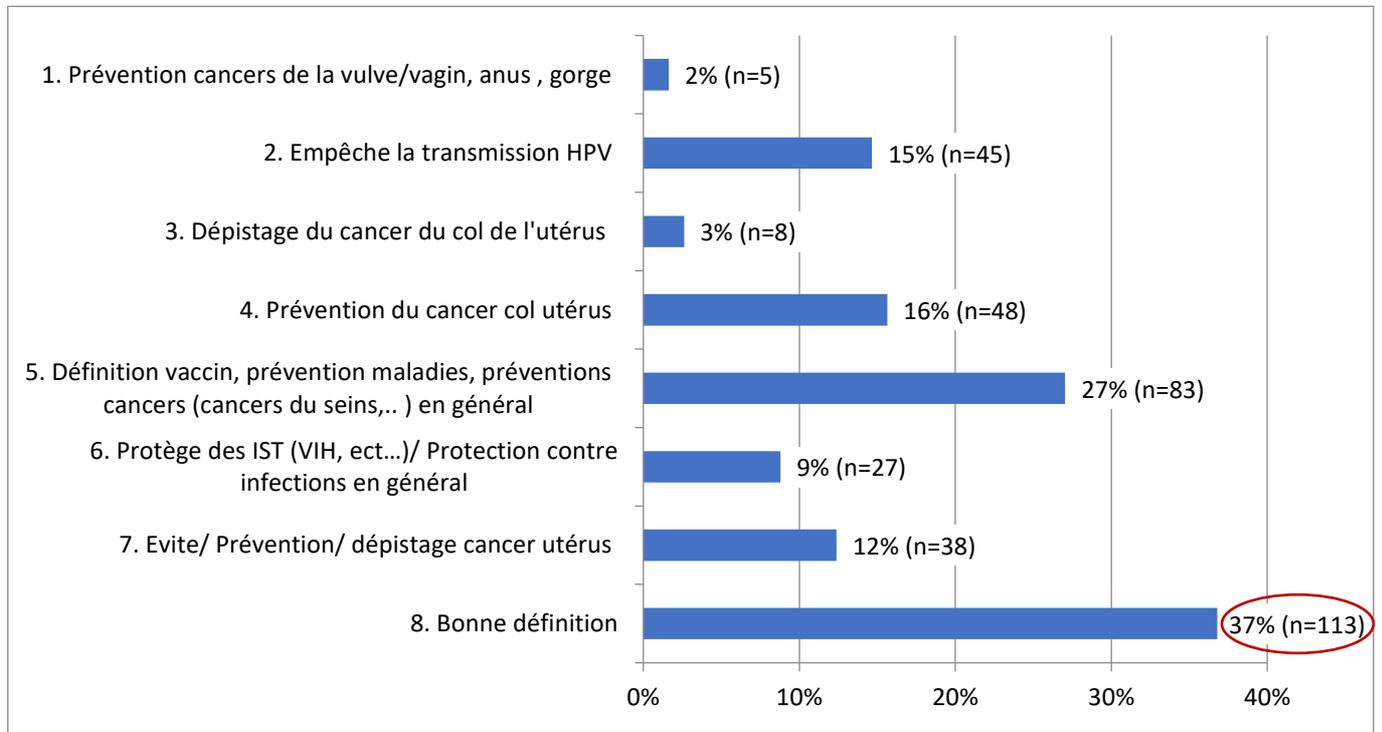


Figure 18: Définition de la vaccination HPV selon la population étudiée (N=307)

113 personnes ont donné la bonne définition du vaccin, donc sur la totalité de l'échantillon (N=460), cela fait un taux de bonne réponse de **24,6%**.

Il n'y a pas de différence significative des réponses en fonction du niveau d'études ($p=0,625$).

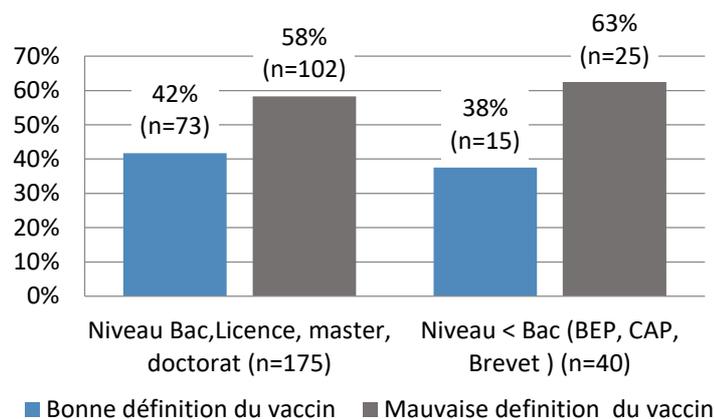


Figure 19: Définition du vaccin HPV en fonction du niveau d'études (N= 215)

3.6.2 Vaccination HPV

À la question : « Avez-vous été vaccinées contre le papilloma virus ? » ; 111 femmes déclarent l'avoir été, soit **24%**. Alors que 349 femmes déclarent ne pas avoir été vaccinées, soit 76%.

Cependant, la vaccination HPV existe depuis 13 ans², donc les femmes qui avaient la possibilité d'être vaccinées ont théoriquement moins de 33 ans [13]. Le graphique ci-dessous résume la déclaration de la vaccination des femmes de moins de 33 ans.

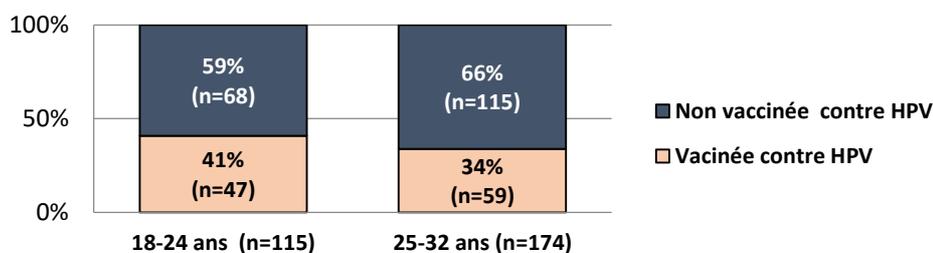


Figure 20: Part de la vaccination HPV chez les 18-24 ans et 25-32 ans (N=289)

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 populations ($p=0,23$). Néanmoins sur les 289 femmes qui ont moins de 32 ans, 106 ont déclaré être vaccinées contre l'HPV, soit une couverture vaccinale de **37%**.

3.6.2.1 La personne qui a informé du vaccin contre HPV

Dans 73% (n=82) des femmes vaccinées, la proposition de la vaccination a été faite par le médecin traitant. Pour 8% (n=9) la proposition de la vaccination venait du gynécologue et pour 7% (n=8) d'un parent. (cf. *annexe XXII*)

3.6.2.2 Le professionnel de santé qui a fait le vaccin

Dans 86% (n=96) des cas, la vaccination a été faite par le médecin traitant. (cf. *annexe XXIII*)

3.6.2.3 Âge de la première vaccination HPV

La moyenne d'âge de la vaccination contre HPV est de **16 ans**, avec un écart-type de 2,2. Un graphique présenté ci-dessous montre les différentes tranches d'âge pour la vaccination HPV.

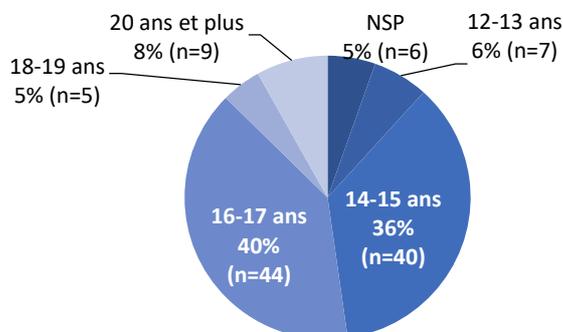


Figure 21: Répartition par tranche d'âge de la 1ère vaccination HPV (N=111)

² Vaccin HPV autorisé et commercialisé en France depuis novembre 2006 pour les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans.

3.6.2.4 *Les différentes raisons de la non vaccination HPV*

La totalité des réponses se trouve en *annexe XXIV*. 63% (n=183) des femmes de moins de 32 ans n'ont pas été vaccinées contre l'HPV. Les différentes raisons de la non vaccination sont présentées dans le graphique ci-dessous :

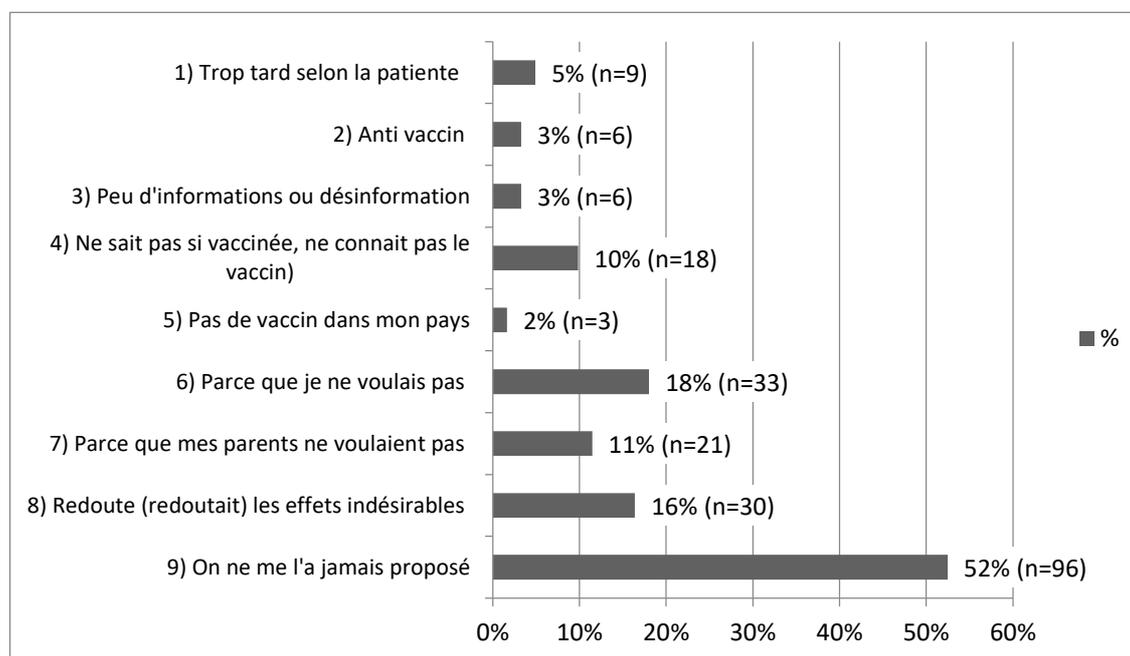


Figure 22: Les différentes raisons de la non vaccination HPV chez les 18-32 ans (N=183)

Les 3 femmes qui ont répondu qu'il n'y avait pas de vaccin dans leur pays venaient de Roumanie, Tchad et Algérie.

4 DISCUSSION

4.1 Discussion autour des résultats et confrontation avec la littérature

4.1.1 *Caractéristiques de notre population*

Dans notre étude, l'âge de la population est relativement jeune puisque la moyenne d'âge est de 32 ans (avec une médiane à 30 ans, et un écart-type de 10,6 ans). Plus de 63% des femmes interrogées avaient entre 18 et 32 ans. En France selon l'Insee³ 5 777 206 femmes sont âgées de 18 à 32 ans [14]. Et environ 18 039 825 femmes sont âgées de 33 à 74 ans [14]. Notre population étudiée n'est donc pas représentative de la population générale. Notre population de 18 à 32 ans est 3 fois plus représentée dans cette étude que dans la population générale. Cela s'explique par le fait que nous avons interrogé des femmes dans les services de maternité, où les femmes sont en âge de procréer et donc ont moins de 40 ans. Ce chiffre se justifie aussi par la jeunesse des femmes interrogées dans les rues et au planning familial.

Nous avons également 96% des femmes d'origine française. En effet cela a été compliqué d'avoir un échantillon important de femmes d'origine étrangère en raison de la barrière de la langue pour répondre au questionnaire.

Notre population est particulièrement aisée puisque près de la moitié des femmes travaillaient et avaient un niveau d'études important (49% ; n=227). En 2018, 32,8% des personnes âgées de 25 à 34 ans ont un diplôme supérieur à bac +2 [15]. Le niveau d'éducation de la population étudiée semble donc être plus élevé que celui de la population féminine française générale. Cela a donc pu entraîner une surestimation de la couverture du suivi gynécologique et du niveau de connaissances des femmes interrogées. Les femmes ayant un bon niveau socio-économique ont un meilleur accès aux soins et à l'information.

Le nombre moyen d'enfants par femme au sein de notre échantillon est de 1,08. En France, en 2018, l'indicateur conjoncturel de fécondité était de 1,88 enfants par femme [16]. Les femmes interrogées ont donc moins d'enfants que la moyenne nationale. Cela peut s'expliquer par la moyenne d'âge moindre par rapport à la moyenne d'âge nationale. En effet plus l'âge des femmes est important, plus la probabilité qu'elles aient déjà un ou plusieurs enfants augmente.

4.1.2 *Couverture du suivi gynécologique*

Le suivi gynécologique est une consultation de prévention qui comprend la prescription de contraception, de dépistage d'infections sexuellement transmissibles (IST) et la prévention de cancers gynécologiques (cancer du col de l'utérus, et cancer du sein). Les professionnels de santé capables d'assurer le suivi gynécologique sont les gynécologues, les médecins généralistes, et les sages-femmes. Actuellement en France, les recommandations sur le suivi gynécologique sont floues concernant l'âge de début et la fréquence de réalisation de

³ INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

l'examen clinique gynécologique. La HAS⁴ n'a, à ce jour, fait aucune recommandation de bonne pratique destinée aux professionnels de santé réalisant le suivi gynécologique. Le CNGOF⁵, quant à lui, préconise une consultation annuelle dès le début de l'activité sexuelle et ce, tout au long de la vie de la patiente [1]. Le rapport de Santé Publique France indique qu'une première consultation de gynécologie se fait au moment où la patiente en ressent le besoin et incite à une « régularité » du suivi sans en préciser la fréquence [17].

Notre étude a révélé que 78% (n=361) de nos patientes avaient un suivi gynécologique régulier et que les femmes vivant en Maine-et-Loire sont significativement mieux suivies au niveau gynécologique que les femmes habitant en Loire-Atlantique (87% contre 74%) (p<0,05).

4.1.2.1 *Les différents indicateurs influençant le suivi gynécologique*

Notre étude montre que 22% (n=99) des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier. Ce chiffre est similaire à celui du sondage IFOP⁶, où, 22% des femmes déclarent ne pas avoir de suivi gynécologique régulier. La raison étant une méconnaissance de l'importance de ces consultations [4].

L'âge semble être un facteur déterminant dans la régularité du suivi gynécologique. En effet, dans notre étude, les jeunes femmes de moins de 25 ans se font moins suivre au niveau gynécologique que les femmes de plus de 25 ans (54% contre 87%) (p <0,05). Un mémoire de 2017, retrouve le même facteur influençant le suivi gynécologique [18]. En effet l'étude montrait que les femmes de plus de 26 ans avaient un suivi plus régulier (81% ; n=975) que les femmes de moins de 26 ans (66% ; n=401) [18]. L'une des hypothèses serait le lien avec l'arrivée du premier enfant. Effectivement, en France la moyenne d'âge du premier enfant est actuellement de 30,6 ans selon l'INSEE, en 2017. De ce fait, les femmes auraient un suivi moins régulier au niveau gynécologique car elles rencontreraient moins de professionnels de santé avant la première grossesse [16]. En effet, la grossesse amène les femmes à consulter un spécialiste, qu'il s'agisse d'une sage-femme, d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue, où la prise d'informations sur le suivi gynécologique de prévention peut être fait.

Cependant nous ne montrons pas de différence significative avec les différentes tranches d'âge 25-32 ans, 33-40 ans, 41-49 ans, 50-85 ans. Nous pourrions penser en regardant la *Figure 2* que les femmes de 50 à 85 ans se font moins suivre au niveau gynécologique que les autres mais ceci n'est pas démontré de manière significative. Alors que dans une étude de 2014, les femmes de plus de 60 ans et les femmes de moins de 30 ans sont significativement moins bien suivies que les autres [19].

⁴ HAS : Haute Autorité de Santé : élabore des recommandations pour les professionnels de la santé, du social, et du médico-social afin d'optimiser et d'harmoniser les pratiques et leurs organisations.

⁵ CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : une société savante pour le développement et le progrès sous toutes leurs formes de la gynécologie et de l'obstétrique.

⁶ Sondage IFOP pour le conseil national de l'Ordre des sages-femmes réalisé du 7 au 21 août 2017 auprès d'un échantillon représentatif de la population française féminine âgées de 15 ans ou plus, composé de 1064 femmes.

Les femmes qui travaillent sont significativement mieux suivies au niveau gynécologique que les femmes sans emploi (86% contre 60%) ($p < 0,05$). Mais nous n'avons pas prouvé significativement que les femmes ayant un niveau d'études plus important, ont un meilleur suivi gynécologique que les femmes ayant un niveau d'étude inférieur (88% contre 81%). Ces résultats montrent que le fait d'avoir un travail est un facteur déterminant dans la couverture du suivi gynécologique. En revanche, un meilleur niveau d'études ne garantit pas d'être mieux suivies ($p > 0,05$). Ces résultats sont en accord avec l'étude de 2017 où le fait de ne pas avoir d'emploi est un frein au suivi gynécologique puisque les femmes au chômage, les mères au foyer, les étudiantes, et les retraitées avaient un suivi moindre par rapport aux autres femmes en activité [18]. Le jeune âge des étudiantes a une répercussion négative sur la couverture du suivi gynécologique. De plus les femmes au chômage, ou à la recherche d'un emploi sont plus à risque de difficultés financières, d'une mauvaise couverture sociale, et d'isolement sociale. Pour les mères au foyer, nous supposons qu'elles doivent être plus en retrait de la vie sociale et semblent être plus préoccupées par la santé de leur enfant que leur propre santé à elle.

Nous pouvons aussi observer que les nullipares se font moins suivre au niveau gynécologique que les femmes ayant déjà au moins un enfant (70% contre 84%) ($p < 0,05$). Une étude récente de 2019 menée en région PACA montre également ce constat. Dans ce rapport, 74,6% des nullipares avaient un suivi gynécologique contre 84% des femmes ayant déjà au moins un enfant [20]. Nous supposons, que cela aurait un lien avec le jeune âge. En effet dans notre étude, 90% des nullipares ont entre 18 et 32 ans, et la moitié a moins de 25 ans. Ces résultats sont donc à mettre en lien avec le taux important de femmes de moins de 25 ans, qui ont un suivi gynécologique moins important comparées au plus de 25 ans ($p < 0,05$).

Par ailleurs nous avons fait l'hypothèse que plus le dernier enfant est jeune, mieux elles sont suivies au niveau gynécologique, de par la prise en charge récente de la grossesse et la prise d'informations lors de ces consultations. Cependant nous ne montrons pas de différence significative pour le suivi gynécologique chez les femmes ayant des enfants plus jeunes comparées aux femmes dont l'âge du dernier enfant est plus âgé.

Le statut marital a également un impact sur le suivi gynécologique. Dans notre étude, 83% des femmes se déclarant en couple ont un suivi gynécologique comparés aux femmes seules où elles ne sont que 58% ($p > 0,05$). Nous pouvons supposer que ces femmes en couples ont des enfants, et que par le biais des enfants et des grossesses elles se font plus suivre. Le fait d'être célibataire avec des enfants, veuves avec des enfants, ou séparées/divorcées avec des enfants peut également entraîner des difficultés socio-économiques et peut également entraîner un manque de temps pour s'occuper de sa santé.

Le suivi gynécologique est significativement meilleur en Maine-et-Loire (87%) comparé au département de Loire Atlantique (74%) ($p < 0,05$). Cela est probablement la conséquence d'une expérimentation qui a été faite entre 2010 et 2014 [21]. En effet, le Maine-et-Loire faisait partie des 13 départements sélectionnés pour l'expérimentation du dépistage organisé du frottis cervico-vaginal. Cette expérimentation a donc pu inciter les femmes vivant en Maine-et-Loire à venir faire leur consultation de suivi gynécologique annuel. Nous pouvons également faire l'hypothèse que l'offre de soin doit être meilleure en Maine-et-Loire qu'en Loire Atlantique. Alors qu'au départ nous pensions que les populations vivant dans un

milieu plus rural avaient des difficultés d'accès aux soins et par conséquent devaient avoir un taux de couverture plus faible.

D'autre part, nous observons que les femmes de nationalités étrangères ont une couverture du suivi gynécologique moins importante de manière significative comparées aux femmes de nationalité françaises (50% contre 80%) ($p < 0,05$). Nous ignorons s'il s'agit d'un facteur de vulnérabilité ou d'un manque d'éducation à la santé. En effet, nous ne leur avons pas posé la question concernant leur couverture sociale.

Nous avons fait l'hypothèse que les femmes ayant des antécédents familiaux et/ ou personnels de cancers gynécologiques auraient un taux de couverture plus important. Cependant nous n'avons pas réussi à le prouver significativement.

Sept femmes sur dix ont répondu que la fréquence du suivi gynécologique devait être tous les ans. Vingt-six pour cent ont répondu qu'il devait être fait tous les 2 ans et 5% d'entre elles ont dit que la bonne fréquence du suivi gynécologique devait être tous les 3 ans. Seulement 4 femmes ont répondu qu'il devait être tous les 4 ans et plus. Si nous leur avons demandé leur avis sur la fréquence du suivi gynécologique, nous ignorons si elles suivent réellement leur propre recommandation. Nous n'avons aucune certitude d'un suivi annuel concret concernant les 67% de femmes ayant répondu que cet examen devait être pratiqué tous les ans. Cette question a sans doute surestimé la connaissance des femmes sur la fréquence du suivi gynécologique. En effet dans une étude de 2019, seulement une femme sur deux consultait une fois par an, 56 femmes sur les 531 femmes étudiées ne consultaient jamais [20].

Au final notre étude montre qu'avoir plus de 25 ans, d'être en activité, d'être en couple, d'avoir au moins un enfant, et d'avoir une nationalité française permet d'avoir un taux de couverture gynécologique significativement plus important. Le fait également de vivre dans le département du Maine et Loire, permet également d'avoir significativement un meilleur suivi gynécologique plutôt qu'en Loire-Atlantique.

4.1.2.2 *Suivi gynécologique oui ? Mais par qui ?*

En France, trois catégories de soignants se répartissent le suivi gynécologique de routine : les gynécologues, les médecins généralistes, et les sages-femmes. Dans notre étude, parmi les 78% ($n=361$) ayant un suivi gynécologique régulier, 27% ($n=97$) se font suivre par leur médecin traitant, 54% ($n=194$) par un gynécologue et 19% ($n=68$) par une sage-femme.

1. *Les différentes raisons d'acceptation ou non du suivi gynécologique par un médecin traitant*

Dans notre étude sur les 361 femmes qui avaient un suivi gynécologique régulier, 27% ($n=97$) étaient suivies par leur médecin traitant. Ce qui est plus important que les chiffres retrouvés dans la littérature. Une étude de 2019, en région PACA⁷, montrait que 6% des femmes se faisaient suivre par leur médecin traitant [20]. Et une étude de 2017, montrait que

⁷ Provence Alpes Côte D'Azur

7,2% des femmes interrogées se faisaient suivre par leur médecin généraliste [18]. L'hypothèse principale évoquée pour cette différence, est que la densité médicale en gynécologues-obstétriciens est moins importante qu'au niveau national. Effectivement en 2018, en France, la densité moyenne était de 27,3 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus. Alors qu'en région Pays de la Loire, il y avait 21 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Cela représente 25% de moins par rapport à la densité moyenne nationale. En France, les médecins peuvent être gynécologues obstétriciens ou gynécologues médicaux, ces derniers ne pratiquent que de la gynécologie. En quelques années, la densité des médecins spécialistes en gynécologie médicale a diminué, passant de 8,4 en 2012 à 5,6 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus, en 2018. L'écart de la densité de ces médecins spécialistes en gynécologie médicale se creuse avec la moyenne nationale, en région Pays de Loire, passant de -38% en 2012 à -42% en 2018 [23].

Nous avons également fait l'hypothèse que les médecins généralistes étaient plus nombreux en région Pays de Loire pour pallier au manque de gynécologues, mais aussi par intérêt pour la discipline. En effet 31% des femmes vivant en Loire-Atlantique et 24% des femmes vivant en Maine-et-Loire se faisaient suivre par leur médecin traitant. Cependant il n'y a pas de différence significative entre ces deux départements pour le choix du médecin traitant. Cette hypothèse peut être confirmée puisque depuis 2013, le nombre de médecins généralistes augmente de + 0,5% par an dans la région Pays de La Loire (baisse de -0,3% en France)[24]. Alors qu'au niveau national on recensait 87 801 médecins généralistes en 2018 soit une baisse de 7% des effectifs depuis 2010 [22]. Par ailleurs il y a une féminisation de la profession puisqu'il y avait 48,2 % de femmes recensées en 2018 contre 39,2% en 2010.

Les raisons du choix du médecin traitant pour faire le suivi gynécologique étaient la commodité avec la proximité du domicile pour 35% des femmes, et l'habitude pour 25% des femmes. Dix-neuf pour cent des femmes ont dit avoir des difficultés à trouver un gynécologue (pas de suivi de nouvelle patiente ou médecin à la retraite). En effet en Région Pays de Loire, 28% des gynécologues ont plus de 60 ans, et sont donc proche de la retraite, et seulement 13% sont âgés de moins de 35 ans [23]. Cela explique les difficultés à trouver un gynécologue dans la région. C'est pourquoi le médecin traitant est souvent plus disponible pour une urgence gynécologique que les gynécologues. En 2008, la fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale a fait une étude sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Les résultats étaient que 41% des femmes suivies par un médecin généraliste déclaraient que c'était un choix lié au déficit de gynécologues en France, des « *délais de rendez-vous trop longs pour 27 %, et une absence de gynécologue de proximité pour 13% d'entre elles* ». Cette étude dit également que « *parmi les femmes qui sont habituellement suivies par un gynécologue, une femme sur quatre consulterait son médecin traitant en cas d'urgence en raison de l'impossibilité d'avoir un rendez-vous en urgence avec son gynécologue ou la distance trop importante pour se rendre chez lui* » [25]. La confiance en son « *Médecin de famille* » a été formulée par 19% des femmes de notre étude. Ce sentiment de familiarité avec son médecin traitant peut permettre aux femmes de se sentir à l'aise lors de la consultation. De plus, le fait de connaître le dossier médical de la patiente depuis longtemps permettrait de rendre plus accessible la consultation.

Nous avons également fait l'hypothèse que si le médecin généraliste était un homme, les patientes pourraient être gênées pour faire ce suivi. Seules sept femmes sur les 97 suivies par un généraliste sur le plan gynécologique l'ont choisi parce que c'était une femme. 49 femmes sur 173 ont évoqué leur refus d'être suivies par un homme. Notre hypothèse, même si elle n'est pas totalement confirmée peut être considérée comme vérifiée par un nombre de personnes étudiées.

À la question « *Accepteriez-vous d'être suivie par votre médecin traitant au niveau gynécologique s'il était disponible* », la moitié des femmes ont répondu oui, et l'autre moitié non. Nous pouvons remarquer que dans les 176 réponses positives, 49% n'ont pas donné de justification à leur réponse. Cinquante-deux pour cent des femmes ayant développé leurs réponses affichent les mêmes raisons que précédemment, à savoir : la proximité, la praticité et l'accessibilité du médecin généraliste. Elles ajoutent le sentiment de confiance et « *d'aisance* » envers leur médecin traitant. Dans les 173 réponses négatives à la question, nous remarquons que seulement 17% des réponses n'ont pas de justification. Les femmes paraissent donc plus à l'aise pour justifier leurs réponses négatives. Presque la moitié des femmes indiquent ne pas vouloir être suivies par leur médecin traitant car ce dernier peut parfois manquer de connaissance en gynécologie, parce que ce n'est pas un spécialiste. 28% se disent gênées d'être examinées par un homme. Cet argument pourrait tendre à l'avenir à baisser puisque il y a une importante féminisation de la profession (+9% en 5 ans dans la région Pays de La Loire) [24]. Cependant une étude de 2014, montre que cela n'influence pas forcément le choix du praticien. En effet dans cette étude 20,1% se disent gênées si le professionnel est un homme mais pour autant cela n'influçait par leur suivi gynécologique [19].

2. Les différentes raisons d'acceptation ou non du suivi gynécologique par un gynécologue

Dans notre étude, 54% (n=194) des femmes étaient suivies par un gynécologue. Cinquante-trois pour cent des femmes vivant en Loire-Atlantique contre 57% en Maine-et-Loire étaient suivies par un gynécologue. Tandis que dans l'étude de 2019 de la région PACA, 88% des femmes étaient suivies par un gynécologue et seulement 6% consultaient une sage-femme et 6% un médecin généraliste [20]. Nous avons vu précédemment que le nombre de gynécologues est en baisse en région Pays de Loire comparé à la moyenne nationale (21 contre 27,3 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus) [23]. Au vu de la croissance démographique constante de +0,7% par an en Pays de Loire, [26] du vieillissement de la population et de l'annonce de nombreux départs à la retraite de gynécologues médicaux, il va y avoir un frein au suivi gynécologique par un gynécologue. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les femmes ligériennes ont déjà commencé à pallier le manque de gynécologues en se dirigeant vers une sage-femme ou un médecin généraliste pour le suivi gynécologique. En effet dans notre étude les femmes qui sont suivies par un médecin traitant ou une sage-femme, 14% (n=23/165) d'entre elles disent qu'elles ont des difficultés à trouver

un gynécologue, ou bien que leur gynécologue est parti à la retraite et qu'il n'était pas remplacé.

Le gynécologue était choisi pour sa compétence et sa spécialisation allant de pair avec la notion de savoir-faire (40%). La confiance et la qualité de la relation avec le gynécologue semblait avoir de l'influence sur le choix du professionnel (15%). Le fait que le gynécologue soit recommandé par quelqu'un de proche accentue ce choix (10%). Ces données sont retrouvées dans l'étude de 2008, puisque « *les préférences pour un suivi gynécologique sont liées avant tout aux compétences du gynécologue (46%) et à la confiance qu'il inspire (29%)* » [25].

3. *Les différentes raisons d'acceptation ou non du suivi gynécologique par une sage-femme*

Il y avait en 2018, 22 812 sages-femmes qui exerçaient en France⁸ soit une progression de +8,7% depuis 2014. L'âge moyen des sages-femmes était de 41 ans en 2018. La densité moyenne était de 156,6 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans [27]. La profession est majoritairement féminine, puisque seulement 2,71% des sages-femmes sont des hommes [28].

1433 sages-femmes exerçaient en Pays de la Loire en 2017 [29]. L'effectif global a fortement augmenté depuis le début des années 2000, à un rythme (environ +4% en moyenne chaque année) plus marqué qu'au plan national [30]. Cette dynamique démographique explique la forte progression des sages-femmes de moins de 35 ans, qui représentent aujourd'hui 37% des effectifs. Près de 300 sages-femmes ont un exercice libéral en Pays de La Loire. Leur effectif a progressé deux fois plus rapidement que celui des salariées au cours des quinze dernières années. Cette offre correspond à une densité de sages-femmes libérales un peu plus importante dans la région (35 pour 100 000 femmes de 15-49 ans) comparé au plan national (29 pour 100 000 femmes de 15-49 ans). Les départements de Loire-Atlantique et Maine-et-Loire comptabilisent entre 38 et 40 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. Depuis la loi HPST⁹ de 2009 [31], les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention de toutes femmes en âge de procréer, c'est-à-dire jusqu'à la ménopause, et en bonne santé. Néanmoins, les limites sont peu claires, notamment sur le suivi post ménopausique. Cependant, ce qui est sûr c'est que si une femme a des signes évocateurs de pathologies, elle devra être orientée vers un médecin. En effet les sages-femmes sont assez limitées dans leur champ de compétence pour traiter des pathologies. Prenons comme exemple une infection urinaire, la sage-femme peut traiter l'infection chez une femme enceinte mais non chez une femme non enceinte. Dans notre étude, 19% (n=68) des femmes se font suivre par une sage-femme. Alors que dans l'étude de 2019 en région PACA seulement 6% se faisaient suivre par une sage-femme [20]. En Loire-Atlantique elles sont 16% à se faire suivre par une sage-femme et 17% en Maine-et-Loire, cette forte proportion s'explique par un nombre important de sages-femmes libérales dans la région. Nous pouvons

⁸ Source data DREES

⁹ Loi Hôpital Patients Santé Territoires

supposer que les femmes qui ont choisi une sage-femme pour leur suivi gynécologique, ont des enfants. En effet dans la vie d'une femme, la première rencontre avec une sage-femme se situe souvent au moment de la première grossesse. Par conséquent, les sages-femmes ont plus l'occasion de faire le suivi gynécologique chez des femmes ayant déjà des enfants. Effectivement, dans notre étude 69% (n=47) des femmes suivies par une sage-femme, avaient déjà au moins un enfant. De plus cette hypothèse est renforcée par le fait que 16% (n=11) des femmes indiquent qu'elles l'ont choisie comme professionnel car elle la connaissait depuis la grossesse et depuis leurs séances de rééducation du périnée.

Les raisons des femmes pour le choix d'une sage-femme étaient pour presque la moitié des cas le fait d'avoir un bon relationnel avec elle, et d'avoir confiance en elle (41%). La notion de proximité, praticité, et rapidité dans la prise de rendez-vous est aussi mentionnée pour près de 19% des femmes suivies par une sage-femme. Seulement sept femmes ont indiqué choisir une sage-femme parce que c'était une femme.

À la question « *Accepteriez-vous d'être suivie par une sage-femme au niveau gynécologique si elle était disponible* », 84% (n=304) ont répondu oui. Dans les 304 réponses positives, un peu moins de la moitié des femmes n'ont pas donné de justification à cette réponse. Nous pouvons supposer que les femmes ayant répondu oui ne savaient peut être pas que les sages-femmes pouvaient faire de la gynécologie. Alors que 87 femmes justifient leur réponse par le fait que les sages-femmes ont « *les compétences spécialisées en gynécologie, des connaissances dans le corps de la femmes, la maternité* » les femmes supposaient « *qu'elles ont les mêmes compétences qu'un gynécologue* ». On voit bien que certaines femmes ont la connaissance des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique, mais n'ont pas la notion que ces compétences sont limitées comparées à un gynécologue. Les notions d'écoute, de douceur, de mise en confiance sont aussi beaucoup retrouvées, ainsi que le fait que les sages-femmes prennent le temps pendant les consultations (12% ; n=35). Ces résultats sont retrouvés dans le mémoire de 2017, puisque sur les 1802 femmes interrogées 78,4% ignoraient que les sages-femmes puissent effectuer le suivi gynécologique de prévention et prescrire une contraception [18]. Soixante-treize pour cent seraient prêtes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention. Les raisons de ce choix étaient que « *les sages-femmes avaient une formation adaptée pour effectuer ce suivi, les sages-femmes semblaient plus accessibles et disponibles, le délai d'obtention de rendez-vous est plus rapide, dans le souci de la relation soignant-soigné* ».

Dans les 42 réponses négatives, 13 n'ont pas justifié leur réponse. Et 20 femmes (48%) indiquent que les sages-femmes peuvent manquer de connaissance pour certaines pathologies gynécologiques, qu'elles sont parfois limitées dans leurs prescriptions, et qu'elles préfèrent les voir dans le cadre d'une grossesse. Cet argumentaire a donc été cité 20 fois sur 346 femmes qui ont donné une réponse à la question, cela représente 6% des effectifs. Dans l'étude de 2017, 13,4% d'entre elles ne sont pas prêtes à être suivies par une sage-femme sur le plan gynécologique. Les raisons étant que leur suivi actuel était satisfaisant, qu'elles avaient plus confiance en un médecin, et qu'il y avait un manque d'information sur les modalités de suivi par une sage-femme [18]. Dans une autre étude de 2017, parmi les femmes qui ne voulaient pas consulter une sage-femme, 87% ont expliqué préférer aller consulter leur

professionnel habituel, 9,68% relient le métier de sage-femme avec la grossesse, l'accouchement, et l'après accouchement [3].

Au final, la majorité des femmes étudiées sont suivies par un gynécologue du fait de sa spécialité. Le suivi par un gynécologue aurait l'avantage de séparer le suivi gynécologique du suivi médical général. Avec la féminisation des trois professions, les femmes auraient une plus grande facilité pour faire leur suivi gynécologique, en particulier chez les jeunes filles, qui peuvent éprouver une certaine gêne lors de leur première consultation. En effet la féminisation peut apporter une diminution de la gêne, une confiance accrue avec des relations de femmes à femmes. De même, du fait de la croissance démographique constante, du vieillissement de la population, et de l'annonce de nombreux départs à la retraite de gynécologues médicaux, nous pouvons émettre l'hypothèse que les médecins généralistes et les sages-femmes devront assumer une partie des suivis gynécologiques afin d'assurer les besoins de la population française. Malgré le manque de gynécologues dans la région, le suivi gynécologique réalisé par un professionnel de santé est au choix de chacune.

4.1.2.3 *Les raisons du non suivi au niveau gynécologique*

Dans notre étude, 22% des femmes n'avaient pas de suivi gynécologique régulier. La plupart des raisons semblait être un oubli de leur part (25%) et un manque d'information puisqu'elles n'étaient pas au courant qu'il fallait avoir un suivi gynécologique régulier (24%). Le fait que leur médecin traitant ne leur en parlait pas fut aussi une des raisons pour une femme sur quatre (24%). Le manque de temps est retrouvé pour une femme sur 5. Les femmes indiquent aussi le manque de gynécologue, puisqu'elles ont des difficultés dans la prise de rendez-vous. Le manque de connaissances sur les compétences des sages-femmes en matière de gynécologie est évoqué pour 18% d'entre elles. Le fait de se trouver en bonne santé et de penser qu'elles ne sont pas à risque de cancer gynécologique est signalé par 14 femmes. Ces résultats sont également retrouvés dans l'étude de 2019 en région PACA [20]. Dans ce rapport, les raisons de l'absence de suivi étaient que les femmes n'en ressentaient pas le besoin, que les délais d'obtention d'un rendez-vous étaient trop longs, que le tarif de consultation était trop élevé, et que les femmes éprouvaient des difficultés pour trouver un professionnel [20]. Dans l'étude de 2017, 32% des femmes ont jugé la consultation non nécessaire ; 17% éprouvaient des difficultés à prendre rendez-vous ; 6,5% de ces femmes expliquaient l'irrégularité de leur suivi par l'absence de gynécologue proche de leur domicile [18].

Au final certaines femmes éprouvent des difficultés à trouver un professionnel et choisissent quelqu'un d'autre ou ne font aucun suivi gynécologique.

4.1.3 *Connaissance en dépistage et prévention des cancers gynécologiques*

4.1.3.1 *Vaccination HPV et dépistage du cancer du col de l'utérus*

Le cancer du col de l'utérus est le 4^{ème} cancer de la femme dans le monde, avec plus de 560 000 nouveaux cas par an et 311 365 décès par an. 85% des cas se trouvent dans les pays en voie de développement [32]. En France le cancer du col de l'utérus est le 12^{ème} cancer féminin et la 10^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme. Il y a 3 000 nouveaux cas de cancer du col, 235 000 cytologies anormales, et 35 000 lésions précancéreuses par an. Ces lésions au niveau du col sont dues principalement au virus HPV¹⁰. Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible fréquente avec laquelle 85 % à 90% des individus qui seront en contact au cours de leur vie. En effet, l'infection par le virus HPV n'est pas stoppée par les préservatifs. Malgré une fréquence importante, 90% des virus HPV seront éliminés naturellement dans les 2 ans. Il s'agit néanmoins d'un problème de santé publique car les virus HPV sont responsables de lésions précancéreuses et in fine responsables de cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin, du pénis, de l'anus et des cancers ORL. L'ensemble de ces cancers ont une importante morbi-mortalité [32]. Depuis plusieurs années, il a été développé et introduit une prévention des virus HPV oncogènes par le biais d'une vaccination préventive. Cependant, en France, le taux de vaccination est faible puisqu'il était de 21,4% en 2017 [7].

Le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait au moyen d'un frottis cervico-vaginal. Ce dernier consiste en un prélèvement cellulaire au niveau du col de l'utérus, effectué afin de repérer d'éventuelles anomalies cellulaires pouvant évoquer la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer du col utérin. Il permet une prise en charge précoce et augmente ainsi les chances de guérison. Nous avons émis l'hypothèse que les femmes ne savaient pas à quoi servait le frottis cervico-vaginal. Dans notre questionnaire nous leur avons donc posé la question à quoi servait le frottis cervico-vaginal selon elles. Nous avons donc regroupé leur définition dans des groupes d'idées. Nous observons donc que seulement 16% (n=73) des femmes ont donné la bonne définition du frottis cervico-vaginal. Vingt-deux pour cent (n=103) des femmes pensaient que le frottis cervico-vaginal permettait de dépister les infections sexuellement transmissibles et/ou d'autres infections vaginales. Trente-sept pour cent (n=169) pensaient que le frottis cervico vaginale dépistait des maladies sans donner d'autres précisions sur la localisation, la maladie, le virus, etc... Dix-neuf pour cent (n=86) d'entre elles avaient la notion de dépistage de cancers, mais sans en donner de localisation exacte. Cette méconnaissance est retrouvée dans une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 2011 parue dans la revue française de médecine générale [33]. Elle montrait que le rôle et les enjeux du frottis cervico-vaginal étaient mal connus. La recherche de cancer génital était souvent indiquée mais le site était mal différencié : col, utérus, ovaire. Bien que l'idée de recherche d'une infection était omniprésente, l'objectif du frottis cervico-vaginal était mal

¹⁰ HPV : Human Papilloma Virus

connu. En effet, plus de deux tiers des femmes interrogées ne semblaient pas considérer le frottis cervico-vaginal comme un examen de dépistage [33].

Dans notre étude, 79% (n=362) des femmes de 18 à 85 ans ont répondu avoir déjà eu un frottis cervico-vaginal. Cependant, les recommandations pour le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, sont la réalisation d'un frottis cervico vaginal à un rythme triennal après deux frottis cervico-vaginal normaux réalisés à un an d'intervalle, entre 25 et 65 ans. Dans notre étude, les femmes de plus de 25 ans ont un taux de participation de 94% (n=326), et ce de manière significative en comparant les moins de 25 ans, qui, elles avaient un taux de participation de 31% (n=36). Ce taux de couverture est bien supérieur à la moyenne nationale, que montre l'INCa¹¹ en indiquant que seulement 61,2% des femmes âgées entre 25 et 65 ans ont réalisé ce test de dépistage entre 2010 et 2014 [8].

Nous avons émis l'hypothèse que le taux de participation au test de dépistage a pu être amélioré par l'expérimentation du dépistage organisé qui a été faite en Maine-et-Loire entre 2010 et 2012. Cette expérimentation a été menée dans 13 départements et a été mise en œuvre pour améliorer le dépistage conformément au plan cancer 2014-2019. Cette dernière consistait à envoyer une invitation de relance chez les femmes de 25 à 65 ans qui n'avaient pas fait de frottis cervico-vaginal depuis plus de 3 ans. Le gain du dépistage organisé avait été estimé à 12% [34]. C'est pourquoi, le 4 mai 2018, un arrêté fut publié [6]. Le gouvernement lance donc un programme de dépistage organisé ayant pour objectif de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30% en 10 ans, en atteignant 80% du taux de couverture de la population cible tout en rendant le dépistage plus facilement accessible. Il vise à améliorer la qualité du dépistage et du suivi de toutes les femmes et comprend l'invitation par courrier à celles ne réalisant pas régulièrement ce dépistage. Ainsi les populations plus vulnérables et/ ou plus éloignées du système de santé pourront être dépistées.

Il n'y a par ailleurs, pas de différence de couverture du frottis cervico-vaginal entre les femmes vivant en Maine-et-Loire et les femmes habitant en Loire-Atlantique, comme le montre le tableau en *annexe n°XI*.

Nous avons également demandé l'âge de leur premier test de dépistage. Vingt-six pour cent (n=94) ont indiqué que leur premier frottis cervico-vaginal a été fait entre 12 et 17 ans. Quarante-huit pour cent (n=174) ont indiqué qu'il a été effectué entre 18-24 ans. Cela signifie que plus de 70% de ces femmes ont eu leur premier frottis cervico vaginal hors recommandations, c'est-à-dire à moins de 25 ans. Or, le risque de cancer du col de l'utérus est rare avant 25 ans. Effectivement, ce dernier met en général plusieurs années avant de se développer à la suite d'une infection par HPV après un contact sexuel.

Il est vrai que si nous pratiquons un test de dépistage chez les moins de 25 ans, des lésions seraient alors découvertes alors qu'elles seront susceptibles de disparaître naturellement dans les deux ans. Cela entraînerait donc des traitements inutiles et susceptibles d'avoir un impact négatif sur les grossesses à venir [35]. C'est ainsi que des travaux d'évaluation des pratiques professionnelles menés sur les données des bases médico-administratives françaises (G.Maura et coll.) ont montré que 35,5% des femmes de moins de 25 ans avaient eu un dépistage par

¹¹ Institut national du cancer

frottis cervico-vaginal au cours des trois années précédentes [34]. Les mauvaises pratiques professionnelles n'expliquent pas à elles seules le fait que 70% des femmes ont eu un frottis cervico-vaginal avant 25 ans. Nous avons également supposé que du fait de leur méconnaissance sur la définition du frottis cervico vaginal, ces femmes ont confondu le frottis cervico vaginal avec un prélèvement vaginal à la recherche d'une infection sexuellement transmissible, ou d'une autre infection comme une mycose par exemple. En effet, seulement 26 femmes sur les 268 (9%) ayant eu leur premier test de dépistage entre 12 et 24 ans, ont donné une bonne définition du frottis cervico-vaginal. Si ces jeunes femmes, âgées de 12 à 24 ans, avaient réellement eu un test de dépistage par frottis cervico vaginal, nous pouvons nous demander quel a été l'impact psychologique d'une pose de spéculum chez elles. Le dépistage sous optimal chez certaines femmes est peut être la conséquence d'une expérience désagréable car il a été fait trop jeune.

Dans notre étude nous ne connaissons pas leur fréquence en matière de test de dépistage. Nous avons seulement l'indication si elles sont à jour ou non au niveau de leur frottis cervico-vaginal. Nous pouvons ainsi voir que presque la moitié des femmes ont leur dernier test de dépistage qui datait de moins d'un an (46% ; n=168). Cette bonne couverture, récente, peut être surestimée du fait du lancement du dépistage organisé dans le Maine-et-Loire depuis 2010 mais aussi par le fait du lancement du dépistage organisé depuis l'arrêté du 4 mai 2018 [6]. En effet, parmi les femmes ayant leur dernier frottis cervico-vaginal datant de plus de 3 ans, 2 avaient reçu un courrier de la sécurité sociale qui les invitaient au test de dépistage elles venaient toutes les 2 du Maine-et-Loire. Pour les 26 femmes n'ayant pas reçu d'invitation pour le dépistage, 22 venaient de Loire-Atlantique, 3 vivaient ailleurs, et 1 seule femme était originaire du Maine-et-Loire.

Nous avons également émis l'hypothèse que si les frottis cervico-vaginal était récent, c'est parce que notre population a été sélectionnée en suites de couches pour la plupart, et que par le biais de la grossesse et de la rencontre avec les professionnels de santé, les femmes ont eu accès au test de dépistage. En effet, dans 30% des cas, le dernier frottis cervico-vaginal a été effectué dans le cadre d'une grossesse. Ce qui a permis de « rattraper » les femmes ayant eu un test de dépistage au-delà des 3 ans recommandés. Nous pouvons également voir que les sages-femmes participent de manière plus importante au dépistage du cancer du col de l'utérus. Nous savons que 15% des derniers frottis cervico-vaginaux ont été faits par une sage-femme alors que, dans le cadre du premier test de dépistage, seulement 3% avaient été faits par une sage-femme. Cela suppose donc que les sages-femmes font partie intégrante du suivi gynécologique et que les femmes ont tendance à particulièrement les consulter pendant leur grossesse.

Ces données montrent donc qu'il y a une grande hétérogénéité de pratiques que ce soit sur le sur-dépistage de certaines femmes, mais aussi sur l'absence de dépistage pour d'autres. En 2010, la HAS indiquait que seulement 8% respectaient l'intervalle recommandé de 3 ans entre 2 examens cytologiques normaux à un an d'intervalle. 52% des 25-65 ans se faisaient dépister à un rythme sous optimal (absence de frottis cervico-vaginal en 6 ans ou plus de 3 ans et demi entre 2 examens). A contrario, 41% se faisaient sur-dépister (rythme entre deux frottis cervico-vaginal de moins de 2 ans et demi) [36].

Nous avons supposé que si les femmes avaient un rattrapage au niveau de leur frottis pendant la grossesse, les femmes ayant des enfants de moins de 3 ans étaient alors toutes à jour. Cependant, nous n'avons pas pu prouver cette hypothèse de manière scientifique (cf. *Tableau IV*).

Dans la majorité des cas, le premier test de dépistage a été fait par le gynécologue (63%). Trente et un pour cent (n=113) ont été faits par le médecin traitant. En revanche, la sage-femme est peu sollicitée pour le premier frottis cervico-vaginal (3% ; n=11).

Les patientes n'ayant jamais réalisées de frottis, déclarent à 43% (n=42) que cela ne leur a jamais été proposé. Parmi ces 42 femmes, 6 avaient plus de 25 ans et étaient donc éligibles au dépistage. Pour ce qui est des différentes raisons de ne jamais avoir eu de frottis cervico-vaginal. Quarante-deux pour cent (n=41) des femmes ont mentionné qu'elles n'avaient pas l'âge pour faire ce test, parmi elles, 4 avaient 25 ans ou plus (26 ans). Dix-sept pour cent (n=17) indiquaient qu'elles ne savaient pas qu'il fallait en faire un, parmi elles, 4 femmes avaient plus de 25 ans (27 ; 28 ; 29 ; 30 ans). Quinze pour cent (n=15) ne savaient pas à quoi cela servait. D'après l'INCa, il existe plusieurs freins au dépistage du cancer du col de l'utérus [8]. Le premier étant la patiente elle-même car certaines ne se considèrent pas à risque ou alors plus concernées par cela comme le pense certaines femmes ménopausées. Cependant dans notre étude les femmes de plus de 50 ans disent avoir eu un test de dépistage récent. Il y a également la méconnaissance des femmes sur le cancer du col de l'utérus, parce que ces femmes ignorent les risques du cancer et ignorent les moyens de dépistages. C'est ce qu'on retrouve dans notre étude avec les 15 femmes qui ne savaient pas à quoi le frottis cervico-vaginal servait. L'INCa indique aussi des freins liés plutôt à l'accès au dépistage. En effet, pour assurer une couverture suffisante, il faudrait plus de 3 gynécologues pour 10 000 femmes âgées de 25 à 65 ans alors que nous avons indiqué qu'en 2018, en France il y avait en moyenne 2,7 gynécologues pour 10 000 femmes âgées de 15 ans et plus [37]. Dans la région Pays de Loire le taux était de 2,1 gynécologues pour 10 000 femmes âgées de 15 ans et plus [23]. Il existe d'autres freins comme par exemple les difficultés socio-économiques en lien avec l'avance de frais et les dépassements d'honoraires de certains professionnels. D'autres obstacles persistent comme l'accès aux structures de santé, notamment en milieu rural, et les délais d'attente de rendez-vous parfois trop longs [18].

Il est important de noter que quatre femmes sur 98 ont indiqué de pas être à risque de cancer du col de l'utérus puisqu'elles étaient vaccinées contre l'HPV. En étant vaccinées elles se considèrent donc moins à risque d'avoir un cancer du col de l'utérus et du coup se font moins dépister. Cependant, les vaccins existants ne protègent pas contre la totalité des types HPV potentiellement oncogènes et la durée de la protection conférée par ces vaccins n'est pas clairement documentée. En France, il existe 3 vaccins avec le Gardasil®, sur le marché depuis 2006, qui protège contre les HPV 6, 11, 16 et 18. Le Cervarix®, sur le marché depuis 2007, qui protège contre les HPV 16 et 18. Enfin, le Gardasil 9®, sur le marché depuis 2015, qui protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, et 58. Désormais toute nouvelle vaccination doit être initiée avec le vaccin Gardasil 9®. Le vaccin est remboursé à 65% par l'assurance maladie [38].

Nous pouvons alors nous demander si, à l'avenir, les femmes vaccinées se feront moins dépistées comparées aux femmes non vaccinées. Une étude au Danemark prouve que les femmes vaccinées contre les HPV avaient plus souvent l'intention de participer au dépistage que les femmes non vaccinées [39]. Au Pays de Galles, dans une cohorte de 30 882 femmes, 48,5 % avaient été vaccinées contre les HPV et 45,9% avaient participé au dépistage. Parmi les femmes vaccinées, 13,9% présentaient une cytologie anormale comparée à 16,7% des femmes non vaccinées [40]. Pour ces résultats, la question se pose du type de vaccin. En effet, aujourd'hui par le biais du nouveau vaccin Gardasil 9®, les femmes vaccinées sont mieux protégées contre l'HPV comparées aux femmes ayant reçu les autres vaccins. Cette étude montre aussi que les femmes vivant dans une certaine précarité sociale et/ou dans des zones moins favorisées, étaient moins susceptibles d'être vaccinées et moins susceptibles de participer au dépistage [40]. Cependant, une étude de 2014 faite en Australie a montré que la participation au dépistage était significativement plus faible chez les femmes vaccinées comparativement aux femmes non vaccinées du même âge [41].

En France, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles entre 11 et 14 ans, par le Haut Conseil de la Santé Publique avec un âge de rattrapage limité à 19 ans révolu. En effet, la vaccination est plus efficace si les jeunes filles ne sont pas encore exposées au virus HPV. Comme l'infection aux virus HPV est une infection sexuellement transmissible et que l'âge du premier rapport sexuel est en moyenne de 17,6 ans pour les filles en France [42]. Plus la vaccination est faite tôt, plus elle est efficace comme le prouve une étude australienne de 2013 qui évaluait l'impact de l'âge de la vaccination HPV sur les verrues génitales (HPV) [43]. Depuis 2012, le Haut conseil de la Santé Publique préconise que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes soient vaccinés contre l'HPV jusqu'à 26 ans et chez les personnes immunodéprimées jusqu'à 19 ans passés [36]. Mais depuis décembre 2019, la HAS recommande d'élargir la vaccination contre les papillomavirus humains à tous les adolescents de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus. La HAS recommande de faciliter l'accès à la vaccination et de lutter contre les inégalités socio-économiques en permettant la prise en charge à 100% du vaccin (alors qu'il était auparavant de 65%) [44]. Tout est fait en sorte pour que le taux de couverture vaccinale augmente. En effet, une modélisation française de 2015, montre qu'il y a une perte de chance énorme liée à la mauvaise couverture vaccinale. Cette modélisation disait que si on vaccinait 70% de la population féminine, 1 300 cancers du col de l'utérus, 415 cancers de l'anus, 20 cancers vulvaires, 15 cancers du vagin seraient évités et 660 vies seraient sauvées par an [45]. Cependant, en France nous sommes dans un modèle de financement de paiement à l'acte. De ce fait, cela ne permet pas à la France d'avoir un modèle préventif. La prévention de la vaccination (coût du vaccin : 117,64€ pour le Gardasil 9® [46]) rapportera moins d'argent que le traitement d'un cancer du col de l'utérus (avec traitement de chimiothérapies, etc..). En effet un cancer du col de l'utérus coûte 9 164€ pour un stade I et 26 886€ pour un stade IV [47]. Sans le vouloir, les moyens de paiement des professionnels entraînent un défaut de prévention.

Dans notre étude, la couverture vaccinale chez les moins de 32 ans est de 37%. Ce taux est donc meilleur que la moyenne nationale (24%) [44]. En France, la couverture vaccinale est très faible comparée à d'autres pays comme l'Australie qui a une couverture vaccinale de plus de 80% [10]. Le taux de vaccination de l'étude est plus important que la moyenne nationale. Pour expliquer notre taux supérieur à la moyenne nationale française, on peut supposer que notre population avait un meilleur niveau socio-économique que la population nationale. En effet, presque la moitié de notre population travaillait et avait un niveau d'étude important. Par ailleurs, les femmes ayant un niveau d'études supérieur au bac avaient significativement une meilleure connaissance du vaccin HPV que les femmes ayant un niveau d'étude inférieur au bac (77% contre 48%) ($p < 0,05$). Cependant, nous pouvons voir qu'il y a une méconnaissance concernant la définition du vaccin. Effectivement, seulement 24,6% (n=113) des femmes ont donné la bonne définition du vaccin, à savoir qu'il protège contre les infections par le virus HPV et limite le risque d'avoir un cancer du col de l'utérus. Nous observons dans la *Figure 19* qu'il n'y a pas de différence significative entre la bonne définition du vaccin HPV et le niveau d'études. Toutefois, la connaissance de la définition du vaccin HPV (24,6%) est meilleure que la connaissance de la définition du frottis cervico-vaginal (16%). C'est pourquoi, nous pouvons penser que les femmes étudiées ont une meilleure connaissance en matière de prévention du cancer du col de l'utérus plutôt qu'en dépistage.

Les professionnels ayant informé les femmes vaccinées sur la vaccination HPV étaient en grande majorité des cas (73%) les médecins généralistes. Dans 8% des cas l'information incombait d'un gynécologue. Et pour 7% des cas, elle incombait d'un parent. Nous pouvons voir par ces résultats que la sage-femme ne fait pas partie des professionnels de santé pratiquant la prévention du cancer du col de l'utérus. Nous pouvons supposer que la première consultation avec une sage-femme se situe souvent au moment d'une première grossesse dont l'âge moyen est de 30 ans environ. Par conséquent, les sages-femmes ont peu ou pas l'occasion de vacciner les jeunes filles contre le papillomavirus.

Nous pouvons également voir que 6% des jeunes femmes vaccinées l'ont été vers 12-13ans. Soixante-seize pour cent ont été vaccinées entre 14 et 17 ans. Nous pouvons donc penser que la prévention se situe dans cette tranche d'âge-là, ce qui correspond à un niveau scolaire de 3^{ème} et lycées. De manière générale, les cours d'éducation à la vie sexuelle et affective sont données aux adolescents et adolescentes de cet âge. Or, lors de ces cours, les moyens de prévention et de dépistages peuvent être abordés. Cependant, dans notre étude nous ne voyons pas le réel impact de ces cours d'éducation sur ces jeunes femmes. De plus, elles ont déclaré avoir reçu l'information par le biais de leur médecin traitant pour la majorité des cas.

La moitié des femmes de moins de 32 ans (52% ; n=96), soit disant non vaccinées, indiquent qu'on ne leur a jamais proposé la vaccination HPV. Dix-huit pour cent (n=33) des femmes ont dit que c'était un choix et qu'elles ne voulaient pas, alors que 11% (n=21) ont déclaré le refus de la vaccination par un des parents. Environ 10% (n=18) des femmes interrogées disent ne pas savoir si elles étaient vaccinées ou non. Seize pour cent (n=30) ont dit redouter ou avoir redouté des effets indésirables alors que 3% (n=6) ont clairement affirmé

un discours anti-vaccin. Il vrai qu'en France, il existe des croyances collectives sur les dangers de la vaccination et cela amène une partie de la population à la refuser. Actuellement, la vaccination contre le papillomavirus n'est pas obligatoire, elle repose sur l'initiative du citoyen à se faire vacciner ou faire vacciner sa fille, ou non. Dans une revue de gynécologie et d'obstétrique, 41% des français douteraient de la sécurité des vaccins. Trente-six pour cent des mères sont convaincues de l'intérêt du vaccin, alors qu'en 2008 elles étaient 61% à être convaincues [48]. Cette baisse de notoriété pour le vaccin anti-HPV est en partie due à une exposition médiatique sur la survenue de maladies auto-immunes après vaccination. Dans une étude faite en France, 38,1% des mères interrogées se sont déclarées hostiles à vacciner leurs filles principalement parce qu'elles trouvaient le vaccin trop récent, et qu'elles craignaient les effets indésirables [49]. Dans une autre étude, de 2009, sur 606 étudiantes toulousaines, 30,4% n'étaient pas vaccinées. Les raisons étant pour 56,5% une méconnaissance du vaccin, 21,5% par peur des effets secondaires, et 11% ne s'estimaient pas à risque [50]. Nous nous sommes donc demandées si les médecins traitants étaient eux aussi peu favorables à la vaccination, étant donné le nombre important de non informées (52%). Une étude de 2016, montre que les réticences envers la vaccination ne concernaient pas uniquement le grand public mais se développaient également chez les professionnels. En effet, c'était surtout le vaccin contre l'HPV qui était remis en cause. Dans cette étude le vaccin HPV n'est « *jamais proposé* » par près de 10% des médecins, et proposé seulement « *parfois* » par environ 18%. 59% indiquent que les connaissances à propos des risques du vaccin manquent et 23% doutent de son efficacité. Étonnamment, 6% des médecins participant à l'étude pensent qu'il existe un lien possible entre le déclenchement de la sclérose en plaque et le vaccin anti-HPV [51]. Cela nous vient à penser que si la couverture vaccinale est faible, cela est sans doute due à l'hésitation du médecin traitant à vacciner les jeunes filles d'une part et la réticence des parents envers la vaccination d'autre part. En 2014, une pétition avait été signée par 630 médecins, ces derniers indiquaient leur doute sur l'efficacité du vaccin, et des possibles effets indésirables qu'ils pouvaient avoir. C'est pourquoi une étude de l'ANSM¹² et de l'assurance maladie, portant sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans, a montré que la vaccination contre l'HPV par Gardasil® ou Cervarix® n'entraînaient pas d'augmentation du risque de survenue de maladies auto-immunes [52]. Concernant l'efficacité du vaccin, une méta-analyse de 2019, publiée dans la revue The Lancet, a montré une baisse importante des cancers du col de l'utérus 5 à 8 ans après la vaccination [53]. Cela montre qu'aujourd'hui, les hésitations concernant la vaccination contre l'HPV n'ont plus lieu d'être, et qu'il est important de promouvoir celle-ci auprès des jeunes filles.

Au final, dans notre étude il y a une relativement bonne couverture pour le test de dépistage du cancer du col de l'utérus, mais ces résultats sont possiblement biaisés par la sélection des femmes lors de la distribution du questionnaire. Ils sont également biaisés par le fait que le dépistage organisé s'est mis en place durant l'étude, ce qui a amené les femmes à venir consulter pour se mettre à jour. Pour ce qui est de la prévention du cancer du col de l'utérus, la couverture des femmes étudiées est encore très faible et en deçà des

¹² Agence National de Sécurité du médicament et des produits de Santé

recommandations. Cette couverture vaccinale pourrait être améliorée par l'information concernant l'innocuité du vaccin et les avantages de ce dernier dans toute la population mais également chez les professionnels de santé. Le fait de pouvoir vacciner aujourd'hui les hommes limiterait l'infection HPV par contact sexuel et permettrait de diminuer le taux de cancer du col de l'utérus en France dans les années à venir. Cependant, notre étude montre également le manque de connaissances des femmes concernant le test de dépistage et les moyens de prévention. Il nous apparaît clairvoyant que si les femmes étaient mieux informées, le taux de couverture de vaccination augmenterait de manière considérable. Ces informations devront avant tout toucher les populations vulnérables. En effet, les femmes non vaccinées ou ne participant pas aux tests de dépistages appartiennent majoritairement aux catégories socio-professionnelles les plus modestes. [54].

4.1.3.2 *Dépistage cancer du sein*

Avec près de 58 459 nouveaux cas de cancer du sein en France métropolitaine pour l'année 2018, le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent, et il constitue également la première cause de mortalité par cancer chez les femmes avec environ 12 000 décès par an (12 146 décès en 2018) [55]. Le nombre de nouveaux cas a beaucoup augmenté entre 1990 et 2018 (+1,1% par an en moyenne) en lien avec l'amélioration des techniques de dépistages. Par ailleurs il y a une baisse régulière de la mortalité depuis 2005 (-1,5% par an). En effet, le cancer du sein fait partie des cancers de bon pronostic, avec une survie nette à 5 ans de 87% pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010. En région Pays de Loire, environ 230 ligériennes de moins de 65 ans décèdent chaque année du cancer du sein [12]. Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Plusieurs facteurs de risque jouent un rôle dans le développement d'un cancer du sein, comme les facteurs hormonaux et reproductifs, les antécédents familiaux ou personnels, les prédispositions génétiques, les facteurs de risques liés aux modes de vie ou à l'environnement (consommation d'alcool, tabac, surpoids, etc...). Mais il y a également les facteurs de risque liés à l'âge, en effet près de 80% des cancers du sein se développent après 50 ans [56].

Par conséquent, plusieurs actions sont mises en place afin de favoriser une détection précoce du cancer du sein. Un examen clinique des seins par un professionnel de santé est recommandé tous les ans dès l'âge de 25 ans [57]. Cet examen est indolore et rapide et permet de détecter une éventuelle anomalie. Il peut être réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue, ou une sage-femme. Cette palpation mammaire annuelle, devrait être complétée par un auto-examen des seins par les femmes elle-même. L'autopalpation, si elle est bien réalisée, et faite régulièrement, permettrait aux femmes d'avoir une meilleure connaissance de l'anatomie de leurs seins, mais également de constater d'éventuelles modifications et ainsi détecter toutes anomalies.

Selon les recommandations, l'examen des seins doit se faire à partir de 25 ans. Dans notre étude, seulement 66% (n=226) des plus de 25 ans avaient une palpation de manière régulière et ce de manière significativement différent des moins de 25 ans (p<0,05).

Pour expliquer les 40% (n=46) des femmes de moins de 25 ans ayant un examen mammaire régulier, nous supposons que certaines avaient un antécédent familial de cancer du sein chez les apparentés du premier degré. Il se trouve que parmi elles, seulement 4 avaient un antécédent familial de cancer du sein au premier degré. En effet, la HAS recommande pour les femmes à risque élevé de cancer du sein, d'avoir un examen clinique rapproché à partir de 20 ans. Ce dernier est annuel si le risque est élevé (cancer du sein chez les apparentés du premier degré). Mais il doit être tous les 6 mois à partir de 20 ans, si le risque est très élevé (femmes ayant été atteinte d'un cancer du sein ou des ovaires, ou cancers du sein chez les apparentés du premier degré et portage de la mutation BRCA 1 ou 2) [57].

Soixante-deux pour cent (n=140) des plus de 25 ans ont un examen des seins annuel. Cela signifie donc que pour l'ensemble des femmes de plus de 25ans, seulement 41% (%=140/345) avaient un examen mammaire tous les ans. Parmi les 226 femmes de plus de 25 ans, ayant un examen mammaire régulier, 25% (n=56) pensaient qu'il devait être fait tous les 2 ans, 8% (n=18) pensaient qu'il devait être fait tous les 3 ans. Tandis que 5% (n=11) pensaient qu'il devait être fait tous les 6 mois. Parmi les 11 femmes ayant répondu « *tous les 6 mois* », seulement 4 avaient des antécédents familiaux de cancer du sein au premier degré. Parmi ces 4 femmes, nous n'avons pas de notion de prédisposition génétique particulière. Nous avons également supposé que ces 11 femmes avaient un examen mammaire dans le cadre de leur grossesse, ce qui pourrait expliquer un examen rapproché, mais seulement 3 femmes avaient des enfants âgés de moins de 3 ans, 7 femmes avaient des enfants de plus de 10 ans, et 1 entre 3 et 10 ans. Donc ce n'est pas le fait d'avoir un examen mammaire pendant la grossesse qui a influencé la fréquence rapproché de leur examen. Concernant la fréquence de l'examen mammaire, les résultats sont retrouvés dans l'étude de 2019. En effet, 59% des femmes estimaient que la palpation mammaire devait être réalisée 1 fois par an, 23% pensaient qu'elle devait être faite tous les 2 ans, et 11% tous les 6 mois. Et enfin 7% des femmes pensaient que cela devait être fait tous les 5 ans [20].

Parmi tous nos résultats, il convient de dire qu'il existe une hétérogénéité des prises en charges avec des patientes insuffisamment dépistées et des patientes sur-dépistées. Il existe par ailleurs une méconnaissance des femmes sur les modalités de dépistage du cancer du sein. Dans l'hypothèse où les femmes ne sont pas les seules responsables du défaut d'examen des seins, nous avons cherché si les professionnels de santé avaient une bonne pratique de cet examen. Dans une étude de 2005, 9 généralistes sur 10 examinaient les seins de leurs patientes, mais seuls 6 sur 10 pensaient le faire correctement [58]. Dans une autre étude, datant de 2016, portant sur l'examen des seins chez des sages-femmes libérales, 9,4% d'entre elles ne pratiquaient pas cet examen. Parmi elles 56% ne se sentaient insuffisamment formées à la palpation [59]. Il serait donc intéressant de savoir si tous les professionnels pratiquent cet examen, et à quelle fréquence ils le font. Dans l'*annexe XVII*, nous voyons une différence entre le fait de suivre les recommandations d'une palpation annuelle à partir de 25 ans en fonction du professionnel de santé. On peut supposer que les sages-femmes ont plus tendance à suivre les recommandations à 73%, alors que pour les gynécologues les recommandations sont respectées à 68% et pour les médecins traitant les recommandations sont respectées à 56%. Cependant cela n'est pas prouvé scientifiquement puisque $p > 0,05$. De plus les données

sont basées sur du déclaratifs, nous ne pouvons pas prouver les affirmations des femmes étudiées.

Dans 10% (n=26) des cas cet examen se fait dans le cadre de la grossesse. Parmi ces 10% (n=26), 20 femmes avaient des enfants de moins de 3 ans. Nous supposons donc qu'elles ont répondu dans ce cadre-là, puisque pendant les consultations de grossesse, un examen des seins est fait.

Parmi celles qui n'ont pas d'examen mammaire régulier, 87% (n=103) des plus de 25 ans, indiquent qu'on ne leur a jamais proposé. Parmi ces femmes, 71% (n=73) avaient un suivi gynécologique régulier. Dans notre échantillon, 23% (n=28) des femmes de plus de 25 ans, ne savaient pas qu'il fallait faire cet examen. Parmi elle, 71% (n=20) avaient un suivi gynécologique régulier. À noter que dans notre échantillon, 10% (n=12) ont dit pratiquer l'autopalpation de manière régulière, et donc n'avaient pas besoin de professionnel de santé pour le faire. Cependant, l'autopalpation mammaire c'est bien, mais cela ne substitue en aucun cas la palpation mammaire annuelle par un professionnel de santé.

Par ailleurs, en absence de facteur de risque pour lesquels un dépistage spécifique du cancer du sein est recommandé, une mammographie tous les 2 ans doit être faite à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans. Elle peut être complétée par une échographie si nécessaire. Cette mammographie, tous les 2 ans à partir de 50 ans, entre dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Les clichés sont alors lus par un premier radiologue et complétés si besoin par un bilan immédiat. Tous les clichés normaux lors de la première lecture sont relus par un deuxième radiologue expérimenté. Dans notre étude, on retrouve la totalité des femmes de plus de 50 ans (n=46) ayant pratiqué au moins une mammographie. Cependant dans notre questionnaire nous ne savons pas la fréquence exacte de participation à ce dépistage. Notre bonne couverture chez les plus de 50 ans n'est pas comparable avec la moyenne nationale. En effet on estime que le système français de dépistage organisé est de bonne qualité, néanmoins le taux de participation reste insuffisant. Il est vrai qu'après une montée entre 2004 et 2008, puis une phase de stabilisation, le taux de participation a commencé à diminuer et atteint 50,1% en 2016 [60]. Le taux de cancers dépistés est de l'ordre de 7 pour 1000 [60]. Cependant il est à noter que la région Pays de la Loire est en tête des classements des régions réalisant le meilleur taux de dépistage. En effet la Loire-Atlantique à un taux de dépistage de l'ordre de 61,8%, alors que le Maine-et-Loire a un taux de participation de 59,4% [12].

Cependant nous pouvons observer dans nos résultats, que 77% des mammographies ont été faites suite à une orientation par un professionnel de santé. Nous voyons également dans la *Figure 16*, que 30% (n=30) avaient entre 40 et 50 ans lors de leur première mammographie. Mais nous observons surtout que la moitié des femmes avaient moins de 40 ans lors de leur première mammographie. Nous nous sommes interrogés si le dépistage organisé pouvait commencer avant l'âge de 40 ans. Cependant, nous rappelons que 80% des cancers du sein touchent des personnes âgées de plus de 50 ans [56]. Ces orientations jeunes au dépistage par mammographie, font partie intégrante d'une palpation mammaire suspecte. Cela fait donc partie des moyens de dépistage du cancer du sein qui existent en France. Dans une publication de Santé Publique France de Février 2019, 80% des femmes qui entraient

dans un dépistage organisé, déclaraient avoir déjà effectué une mammographie hors programme [61]. Ce résultat rejoint le nôtre de 77% des mammographies faites hors programme.

Pour ce qui est des différentes raisons pour lesquelles les femmes n'ont jamais eu de mammographie, étant donné que la totalité des femmes de plus de 50 ans ont réalisé ce test de dépistage, la question nous semble difficile à analyser. Nous pouvons juste indiquer que seulement 3 femmes de plus de 40 ans avec des antécédents familiaux de cancers du sein du premier degré n'ont pas fait de mammographie. Or, la HAS recommande de débiter une surveillance radiologique 5 ans avant l'âge du diagnostic du cancer du sein le plus jeune, chez les apparentés au premier degré, pour les femmes à risque élevé de cancer du sein. Une mammographie peut être alors réalisée au plus tôt à partir de 40 ans, mais cela est discuté au cas par cas [57]. À noter une amélioration des connaissances pour ce dépistage organisé du cancer du sein puisque que 47% des femmes ayant répondu « non » à la mammographie, ont répondu qu'elles étaient trop jeunes pour faire ce dépistage, en effet aucune femmes de 50 ans ont répondu à cet item. Nous avons trouvé une étude qui nous indique les raisons de la couverture insuffisante pour le dépistage organisé. En effet cette étude montre que la participation au programme de dépistage organisé est particulièrement insuffisante auprès des femmes économiquement défavorisées et chez les femmes plus âgées (70-74 ans) [62].

Au final dans notre étude, les femmes sont relativement bien informées sur le dépistage organisé du cancer du sein. Cependant il existe une méconnaissance du dépistage du cancer du sein, par le biais de la palpation mammaire. Nous pouvons supposer que parmi celles qui ne font pas de palpation mammaire, les professionnels de santé ne leur proposent pas. Mais toutes nos réponses sont basées sur du déclaratif, et il nous paraît difficile de savoir si les professionnels ont bien proposé et pratiqué l'examen des seins.

4.2 Moyens qui peuvent être mis en place pour améliorer la couverture du suivi gynécologique

Notre étude nous montre donc que le taux de couverture du suivi gynécologique n'est pas optimal. Nous avons prouvé que les femmes jeunes, seules, nullipares, sans activité professionnel se faisaient moins suivre au niveau gynécologique que les autres. C'est pour cela que la HAS a sorti de nouvelles recommandations, pour améliorer le dépistage des femmes plus défavorisées et plus vulnérables. Comme nous l'avons expliqué, depuis l'arrêté de 2018, le dépistage du cancer du col de l'utérus, est entré dans un programme de dépistage organisé. Une lettre sera donc envoyée aux femmes dont leur test de dépistage excédera la limite recommandée [6]. La HAS lutte également contre l'inégalité pour la prévention du cancer du col, puisque le 16 décembre 2019, elle a publié un communiqué de presse indiquant qu'elle recommandait la vaccination pour tous les sexes de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus. Mais elle recommande également à ce que le vaccin soit remboursé à 100%, ce qui n'était pas le cas avant. Cela va donc faciliter l'accès à la vaccination et lutter contre les inégalités socio-économiques [44].

Les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus ont également changé récemment pour pallier aux inégalités d'accès au dépistage [36]. En effet depuis juillet 2019, la HAS a mis en ligne ses nouvelles recommandations en matière de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus. Elle indique le maintien des modalités de dépistages du cancer du col de l'utérus et des stratégies de triages pour les femmes âgées de 25 à 30 ans. C'est-à-dire que le dépistage pour le 25-30 ans, reste fondé sur la réalisation de deux examens cytologiques (FCV) à un an d'intervalle, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal. Dans ce cadre-là, l'examen cytologique en milieu liquide est recommandé. En effet ce dernier permet la réalisation d'un test HPV sur le même prélèvement. Cela évite donc une re-convocation de la femme pour effectuer un second prélèvement. C'est surtout pour les femmes de 30-65 ans que les modalités changent. Désormais à partir de 30 ans, la HAS recommande que le test HPV remplace l'examen cytologique. Ce test HPV sera réalisé donc 3 ans après le dernier frottis cervico-vaginal dont le résultat était normal. Le rythme entre deux dépistages par test HPV sera de 5 ans, dès lors que le résultat du test sera négatif.

Pour ce qui est des populations plus défavorisées, la HAS met en place l'auto-prélèvement vaginal. Ce dernier deviendra une alternative au prélèvement cervical fait par un professionnel de santé. Mais cet auto-prélèvement sera réservé à une population particulière. En effet il sera proposé, à partir de 30 ans, à toutes les femmes non dépistées ou insuffisamment dépistées. Cela permettra donc de faciliter l'accès aux dépistages des femmes qui ne se font jamais dépistées ou qui ne se font pas dépistées selon le rythme recommandé. Ensuite pour les femmes de 30 à 65 ans dont un test HPV aura été proposé en dépistage primaire, une stratégie de triage en deux temps sera recommandée. Après un test HPV positif un examen cytologique réflexe devra être réalisé. Si le résultat de la cytologie est ASC-US ou avec des anomalies plus sévères, la femme sera rappelée pour une colposcopie. Si le résultat de la cytologie est négatif, un test HPV sera réalisé un an plus tard. Si ce test HPV de triage, réalisé un an plus tard est positif, une colposcopie doit être faite, sinon un nouveau test de dépistage par test HPV doit être proposé 5 ans plus tard. La HAS indique également que l'utilisation du double immuno-marquage p16/Ki67 n'a plus lieu d'être en dépistage primaire ou test de triage [36]. D'une part ces nouvelles recommandations ont l'avantage de permettre l'égal accès au dépistage pour toute les femmes françaises, mais d'autre part elle a plusieurs inconvénients : Comment harmoniser toutes ces recommandations chez les professionnels de santé pratiquant ce dépistage ? Comment les femmes peuvent-elles avoir accès à cette information et comment peuvent-elles comprendre ces modifications ? Il faudra plusieurs années aux professionnels de santé et aux femmes pour s'approprier ces nouvelles recommandations. Mais c'est un point majeur qui va permettre l'amélioration de la couverture du suivi gynécologique de toutes les femmes. En *annexe XXV*, se trouve l'algorithme de prise en charge des femmes de 30 à 65 ans dans le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus, selon les nouvelles modalités.

Notre étude nous informe que 95% (n=438) des femmes ont un médecin traitant, et que 89% (n=390) l'ont vu dans l'année. Nous voyons par cette information que les messages de prévention et d'informations doivent se faire dans les cabinets des médecins libéraux. En effet

la plupart des femmes de la population générale ont un médecin traitant. Outre le fait qu'elles doivent recevoir toutes les informations sur les modalités de dépistage et de prévention des cancers gynécologiques par le médecin traitant. Elles peuvent également s'informer seule, par le moyen de livrets informatifs, ou d'affiches qui peuvent être présentées en salle d'attente. Nous sommes actuellement en train d'élaborer un prototype de livret informatif à distribuer aux femmes. Vous trouverez le prototype en *annexe XXVI*. Cependant nous remarquons qu'actuellement peu de publicités à la télévision ou la radio sont mises en place pour informer les femmes sur les moyens de prévention et de dépistage de cancers gynécologiques. Au lancement du vaccin Gardasil® en 2006, une publicité avait fait sa place à la télévision [63]. Mais en août 2010, l'ANSM prend la décision « *d'interdire une publicité pour un médicament mentionné à l'article L.5122-1, premier alinéa, du code de la santé publique destinée aux personnes habilitées à prescrire ou délivrer ces médicaments ou à les utiliser dans l'exercice de leur art* » [64]. Par ailleurs, une association créée en 2014, sensibilise, informe, et soutient les patientes, les familles et les proches de toutes personnes atteintes de maladies gynécologiques, et aident à faire avancer la recherche. Cette association s'appelle IMAGYN¹³, et a été créée par une dizaine de patientes atteintes de cancers gynécologiques. Par leur slogan « *une fois par an* », elles se sont entourées de personnalités connues, des chanteuses, des actrices, des présentatrices, pour informer les femmes, via des vidéos, qu'une consultation de gynécologie doit se faire une fois par an [65]. Ces vidéos ont été relayées de nombreuses fois sur les réseaux sociaux.

Pour ce qui est de l'information des sages-femmes pratiquant de la gynécologie, une campagne nationale d'information en 2016 a été publiée, celle-ci informait la population des nouvelles missions confiées aux sages-femmes [66]. Nous observons dans notre étude que les femmes ont de plus en plus recours aux sages-femmes pour leur suivi gynécologique.

4.3 Limites et biais de l'étude

Bien que notre étude retrouve de nombreux résultats significatifs, nous devons néanmoins souligner de nombreux biais. Le premier est un biais de sélection dans notre étude. Tout d'abord le nombre de femmes interrogées n'était pas satisfaisant d'un point de vue quantitatif. En effet nous avons eu 460 questionnaires de femmes âgées de 18 à 85 ans. Comme nous avons dit précédemment, la population de femmes âgées de 18 à 32 ans est 3 fois plus représentée que dans la population générale. Nous ne pouvons donc pas comparer nos résultats à la population générale. Les femmes les plus jeunes ont donc plus répondu aux questionnaires, car nous les avons interrogées dans les services de maternité, des urgences gynécologiques, dans les rues, mais aussi chez les coiffeurs.

De plus, la distribution du questionnaire n'a pas permis d'avoir un échantillon semblable à la population générale puisque seules les personnes voulant répondre aux questionnaires montraient un intérêt au sujet. En effet dans les services de suites de couches, le questionnaire était rempli sur la base du volontariat des femmes. Il en était de même dans le

¹³ Initiative des Malades Atteintes de cancers Gynécologiques

service des urgences et dans les salons de coiffure. Etant donné que le questionnaire se trouvait sur la table de la salle d'attente, les femmes voulant le remplir étaient indéniablement intéressées par le sujet. De même notre population était assez aisée, comme nous l'avons expliqué auparavant (cf. Page 22). Le fait également d'avoir distribué dans les salons de coiffure nous a permis d'avoir des femmes de tous les âges pour répondre à ce questionnaire, cependant ces femmes avaient un niveau social plus important. C'est pourquoi nous avons eu des difficultés à avoir une population de femmes assez hétérogènes, autant au niveau de la nationalité, de l'âge, de leur niveau social, et de leur couverture sociale. Les femmes inaccessibles aux systèmes de santé français sont souvent les femmes vulnérables, ne comprenant pas bien la langue. Or, au départ nous ne voulions pas exclure ces femmes de l'étude. Cependant au début de la distribution de notre questionnaire nous avons dû faire face à de nombreux refus. Nous voulions distribuer le questionnaire en centre de protection maternelle et infantile, mais également à la PASS¹⁴ à Nantes. Mais les professionnels ont refusé la distribution du fait de la barrière de la langue.

Nous avons également un biais de sélection dépendant de l'enquêtrice, puisque lors de la distribution dans la rue, les femmes abordées ont été sélectionnées. Seules celles, acceptant de remplir le questionnaire étaient intéressées par le sujet. Celles qui ont refusé, étaient gênées, ou n'avaient pas le temps. Or, ce sont les profils de ces femmes-là qui auraient été intéressants à analyser. En effet si elles ont refusé, est-ce parce qu'elles n'ont pas de suivi gynécologique ? Avaient-elles toutes les connaissances en matière de dépistage et de moyens de préventions des cancers gynécologiques ?

Nous avons également un biais de mesure. Les réponses données par les femmes sont basées sur du déclaratif. Nous n'avons aucun moyen de vérifier la vérité dans leurs données. En effet notre taux de couverture de dépistage par frottis cervico-vaginal peut être surestimé par la confusion d'un prélèvement vaginal, au vue du nombre important de femmes ayant eu leur premier test entre 12 et 17 ans. De plus le fait que le dépistage organisé ait été mis en place au moment de la distribution du questionnaire a dû modifier le nombre de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. De même notre taux de couverture vaccinale n'est pas vérifiable puisque nous n'avions pas accès aux carnets de vaccination des femmes.

Pour finir, notre questionnaire était beaucoup trop détaillé, et contenait beaucoup de questions dont un nombre importantes étaient des questions ouvertes, ce qui n'a pas aidé dans l'analyse des données. En effet plus de 61 questionnaires ont été exclus car ils n'étaient pas complets. Nous aurions pu reformuler le questionnaire et interroger les femmes sur leurs couvertures sociales, car cela nous a manqué dans l'analyse. Nous n'avons pas demandé la fréquence de consultation pour leur suivi gynécologique. Nous ne savons pas non plus la réelle fréquence de mammographies chez les femmes de plus de 50 ans.

¹⁴ Permanence d'accès aux soins : une structure de prise en charge médico-sociale pour faciliter l'accès aux personnes démunies.

5 CONCLUSION

La couverture du suivi gynécologique de notre échantillon est similaire au taux de couverture nationale (78%). Ce taux de couverture est amélioré par le fait d'avoir plus de 25 ans, d'être en activité, d'être en couple, d'avoir au moins un enfant et d'avoir une nationalité française. Le fait de vivre en Maine-et-Loire a permis aux femmes d'avoir une meilleure couverture du suivi gynécologique qu'en Loire-Atlantique, cela s'explique par l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, existant depuis 2010 en Maine-et-Loire.

Le professionnel le plus choisi pour le suivi gynécologique était le gynécologue, pour ses compétences et sa spécialité. Cependant, au vue de la baisse importante du nombre de gynécologues, les femmes ont de plus en plus recours aux médecins généralistes et aux sages-femmes. Les femmes étudiées sont libres de choisir le professionnel assurant leur suivi gynécologique. Le médecin est apprécié pour sa proximité et sa prise de rendez-vous facile. La sage-femme, elle, est appréciée pour ses compétences, sa proximité, et le fait d'avoir un bon relationnel avec ses patientes. Les femmes se sentent davantage prêtes à aller voir une sage-femme plutôt que leur médecin traitant pour assurer leur suivi gynécologique, puisque cela permettrait de le séparer de leur suivi médical général.

Ce mémoire montre une importante méconnaissance des femmes en matière de suivi gynécologique, de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, ainsi qu'une méconnaissance des moyens de préventions du cancer du col de l'utérus. Le manque d'informations sur le suivi annuel gynécologique est retrouvé chez 24% des femmes n'ayant pas de suivies. Peu de femmes ont donné la bonne définition du frottis cervico-vaginal et du vaccin contre l'HPV, ainsi leur bonne couverture en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus laisse penser qu'il a été surestimé. De plus, ces données ont été déclarées par les patientes et nous n'avons aucun moyen de les vérifier. En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, un tiers des femmes de plus de 25 ans n'ont pas d'examen mammaire régulier, dans 87% des cas, la raison est qu'on ne leur a jamais proposé. À noter, que le taux de participation au dépistage du cancer du sein chez les plus de 50 ans est de 100%. Cependant 77% des mammographies déjà réalisées ont été faites hors programme de dépistage, la moitié de ces femmes l'avaient fait avant l'âge de 40 ans.

Toutes les nouvelles recommandations, qui viennent de sortir concernant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et ses différentes modalités, la vaccination universelle chez les jeunes, avec une prise en charge à 100% de ces moyens de prévention et de dépistages vont permettent une amélioration du taux de participation au test de dépistage et de la vaccination. Pour informer les femmes de l'importance des consultations gynécologiques, nous réfléchissons à proposer un dépliant informatif à donner aux femmes dans les services d'urgences gynécologiques et obstétriques, dans les services de consultations gynécologiques ainsi que dans les cabinets des médecins traitants et des sages-femmes libérales.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. CNGOF. Examen gynécologique - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010 [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf
2. Malmartel A, Rigal L. [Gynaecologic follow up, physicians involved and cervical smears: An accumulation of social disparities]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). mai 2016;45(5):459-66.
3. Lingen J. Contraception, suivi gynécologique de prévention et compétences dans ces domaines : quelle est la représentation des sages-femmes d'aujourd'hui ? 2017.
4. CNOSF. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
5. HAS. 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 30 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/dépistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
6. Legifrance. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus | Legifrance [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
7. INCa (Institut National du cancer). Les cancers en France - L'essentiel des faits et chiffres. 2019.
8. INCa. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2018 [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-dépistage-sensibiliser-et-convaincre>
9. ARS Pays de Loire. 13ème semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus : des actions en Pays de la Loire [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/13eme-semaine-europeenne-de-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus-des-actions-en-pays-de-la-loire>
10. Heard I, Floret D. Vaccins contre les papillomavirus humains (HPV) - Dernières recommandations du Haut conseil de la santé publique, et premiers résultats cliniques et virologiques. médecine/sciences. 1 déc 2013;29(12):1161-6.
11. INCa. Dépistage du cancer du sein - Se faire dépister [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>

12. ARS Pays de Loire. Le Centre de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) : une réorganisation régionale réussie [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-centre-de-coordination-des-depistages-des-cancers-crcdc-une-reorganisation-regionale-reussie>
13. HAS. Rappel d'information sur la vaccination contre les papillomavirus humains par le Gardasil® [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1710328/fr/rappel-d-information-sur-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-humains-par-le-gardasil
14. Insee. Population par sexe et groupe d'âges en 2019 | Insee [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
15. Insee. Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe en 2018 | Insee [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872>
16. Insee. Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303349?sommaire=3353488>
17. Association SPARADRAP, Santé Publique France. La première consultation gynécologique [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-premiere-consultation-gynecologique>
18. CHEVALIER L. Le suivi gynécologique de prévention - Evaluation du suivi gynécologique de prévention et de la compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de contraception chez 1802 femmes [Mémoire étudiante sage-femme]. Metz; 2017.
19. DEWEZ E. Le suivi gynécologique en milieu rural: état des lieux et freins - Etude réalisée auprès de 27 cabinets de médecin généralistes de la région Nord-Pas de Calais. Mémoire étudiante sage-femme; 2013
20. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA. 24 avr 2019 [cité 2 déc 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381103>
21. Dr DUPORT N, BELTZER N. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Evaluation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérenne et les neuf départements expérimentaux. Expérimentation 2010-2014. Santé publique France; 2016.
22. Dr BOUET Patrick, Président. Synthèse de l'activité régulière - Situation au 1er Janvier 2018 [Internet]. Ordre National des Médecins; [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
23. Observatoire Régional de la santé Pays de La Loire, ARS Pays de la Loire, Région Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de La Loire Gynécologues médicaux et obstétriciens - situation 2018 et évolution [Internet]. 2019 [cité 21 déc 2019]. Disponible sur:

https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/LSO_Demographie_Prof/2019_17_med_spe_gynecologues.pdf

24. Observatoire Régional de la santé Pays de La Loire. Démographie des médecins généralistes en Pays de La Loire - Situation 2018 et évolution [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-lso/Med_spe_donnees2018/OLD_2019_8_med_spe_generalistes.pdf
25. PERIGOIS E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique - Synthèse et Résultats. Sondage Réalisé Par Fédération National Collèges Gynécologie Médicale En Mai 2008. 6 nov 2008;5.
26. Insee. Pays de la Loire : la dynamique démographique ralentit mais reste soutenue - Insee Analyses Pays de la Loire - 69 [Internet]. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3681164>
27. Beyond 20/20 WDS - Rapports- La démographie des autres professions de santé -Sages-femmes [Internet]. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,982
28. MACSF. Sages-femmes : les chiffres clés [Internet]. MACSF.fr. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Actualites/chiffres-cles-sages-femmes>
29. CNOSF. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
30. ORS Pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire - Décembre 2016 - Sages-femmes [Internet]. 2016 [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-lso/AccompSoinsPrev/SagesFemmes/pdf_sagesfemmes_lsoonline.pdf
31. Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86 | Legifrance [Internet]. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_86
32. Institut national du cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Organisation et mise en place du programme de dépistage organisé. 2019.
33. Gambiez-Jourmard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. La revue Française de médecine générale - Volume 22 N°98; 2011.
34. Santé Publique France. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html

35. INCa. Êtes-vous concernée ? - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 24 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Etes-vous-concernee>
36. HAS, Avec la participation de Santé Publique France. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019.
37. Insee. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937>
38. Santé Publique France. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
39. Hestbech MS, Gyrd-Hansen D, Kragstrup J, Siersma V, Brodersen J. How does HPV vaccination status relate to risk perceptions and intention to participate in cervical screening? a survey study. *BMC Public Health*. 03 2016;15:708.
40. Beer H, Hibbitts S, Brophy S, Rahman MA, Waller J, Paranjothy S. Does the HPV vaccination programme have implications for cervical screening programmes in the UK? *Vaccine*. 1 avr 2014;32(16):1828-33.
41. Budd AC, Brotherton JML, Gertig DM, Chau T, Drennan KT, Saville M. Cervical screening rates for women vaccinated against human papillomavirus. *Med J Aust*. 1 sept 2014;201(5):279-82.
42. Ined. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
43. Ali H, Donovan B, Wand H, Read TRH, Regan DG, Grulich AE, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ* [Internet]. 18 avr 2013 [cité 26 déc 2019];346. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f2032>
44. HAS. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus
45. Uhart M, Dahlab A, Bresse X, LARGERON N. Loss Of Opportunity Linked With The Suboptimal Coverage Rate Of Hpv Vaccination In France. *Value Health*. 1 nov 2015;18(7):A462.
46. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche info - GARDASIL 9, suspension injectable en seringue préremplie. Vaccin Papillomavirus Humain 9-valent (Recombinant, adsorbé) - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=65017887>

47. Arveux P, Bénard S, Bouée S, Lafuma A, Martin L, Cravello L, et al. Coût de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus en France. *Bull Cancer (Paris)*. 1 févr 2007;94(2):219-24.
48. GENESIS. Vaccins anti-HPV : la couverture française et internationale [Internet]. *REVUE GENESIS*. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/vaccins-anti-hpv-la-couverture-francaise-et-internationale/>
49. 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.
50. Mehu-Parant F, Rouzier R, Soulat J-M, Parant O. Eligibility and willingness of first-year students entering university to participate in a HPV vaccination catch-up program. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. févr 2010;148(2):186-90.
51. Institut de Recherche en Santé Publique, Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN). Etats des lieux des connaissances et des actions d'amélioration de la couverture vaccinale dans le cadre de l'action 1.2.5 u Plan Cancer 2014-2019. [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/02/RAPPORT_V7_final-erratum-version-compr%C3%A9ss%C3%A9e.pdf
52. ANSM. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>
53. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, Ali H, Boily M-C, et al. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 10 août 2019;394(10197):497-509.
54. Santé Publique France. 11e semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: [/liste-des-actualites/11e-semaine-europeenne-de-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus](#)
55. INCa. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
56. INCa. Facteurs de risque - Cancer du sein [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
57. HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 déc 2019]. Disponible

sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage

58. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Sante Publique (Bucur)*. 2005;Vol. 17(1):109-19.
59. DARAIZE M, Sous la direction de Docteur de HERCE Isabelle. Interêt, rôle et compétences des sages-femmes libérales vis-à-vis de la palpation mammaire de dépistage [Internet] [Mémoire étudiante sage-femme]. CHU d'Angers; 2016. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20112110/2016MFASMA5394/fichier/5394F.pdf>
60. Santé Publique France. Quelles performances pour le programme de dépistage organisé du cancer du sein en France ? [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: [/liste-des-actualites/quelles-performances-pour-le-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-france](#)
61. Santé Publique France. « Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein » - Etudes et enquêtes - Résultats et évolution des indicateurs de performance depuis 2004 en France métropolitaine. Santé Publique France; 2019.
62. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. *Sante Publique (Bucur)*. 10 juin 2015;Vol. 27(2):213-20.
63. Dailymotion. Gardasil la publicité diffusée à la télévision - Vidéo dailymotion [Internet]. Dailymotion. [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x54jx0>
64. ANSM. Décision du 31 août 2010 interdisant une publicité pour un médicament mentionnée à l'article L. 5122-1, premier alinéa, du code de la santé publique destinée aux personnes habilitées à prescrire ou délivrer ces médicaments ou à les utiliser dans l'exercice - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/Decisions/Injonctions-decisions-de-police-sanitaire-sanctions-financieres-interdictions-de-publicite-Interdictions-de-publicite/Decision-du-31-aout-2010-interdisant-une-publicite-pour-un-medicament-mentionnee-a-l-article-L.-5122-1-premier-alinea-du-code-de-la-sante-publique-destinee-aux-personnes-habilitees-a-prescrire-ou-delivrer-ces-medicaments-ou-a-les-utiliser-dans-l-exercice-de-leur-art-GARDASIL>
65. IMAGYN. Les Vidéos IMAGYN [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.imagyn.org/les-videos-imagyn/>
66. ONSSF . Le ministere lance une campagne d'information sur la profession de sage-femme [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <https://onssf.org/actualites-professionnelles/le-ministere-lance-une-campagne-dinformation-sur-la-profession-de-sage-femme/>

ANNEXES

Annexe I: Questionnaire anonyme distribué aux femmes	2
Annexe II: Suivi gynécologique en fonction de la situation maritale	8
Annexe III: Suivi gynécologique en fonction de la parité	8
Annexe IV: Répartition par tranche d'âge, de l'âge du dernier enfant de la population étudiée	8
Annexe V: Suivi gynécologique en fonction des antécédents personnels	8
Annexe VI: Suivi gynécologique en fonction des antécédents familiaux	9
Annexe VII: Les différentes raisons du suivi gynécologique par le professionnel de santé choisi	10
Annexe VIII: Réponses à la question "Si votre médecin traitant était disponible accepteriez-vous que celui-ci vous suive au niveau gynécologique"	11
Annexe IX: Réponses à la question "Si une sage-femme était disponible accepteriez-vous qu'elle vous suive au niveau gynécologique"	12
Annexe X: Les différentes raisons du non suivi au niveau gynécologique	13
Annexe XI: Couverture du frottis cervico-vaginal (FCV) en fonction du département (Maine-et-Loire et Loire-Atlantique)	13
Annexe XII: Cadre et professionnel qui a fait le premier frottis cervico-vaginal (FCV)	14
Annexe XIII: Cadre et professionnel qui a fait le dernier frottis cervico-vaginal (FCV)	14
Annexe XIV: La ou les raisons de ne jamais avoir eu de frottis cervico vaginal.....	14
Annexe XV: Examen des seins en fonction de l'âge	15
Annexe XVI: Fréquence et examen mammaire chez les plus de 25 ans	15
Annexe XVII: Professionnel pratiquant l'examen des seins en fonction des recommandations de l'HAS	15
Annexe XVIII: Description de la totalité des femmes étudiées ayant eu une palpation mammaire de manière régulière	16
Annexe XIX: Les différentes raisons de ne jamais avoir eu d'examen mammaire pour l'ensemble de l'échantillon	16
Annexe XX: Les différentes raisons de ne jamais avoir d'examen mammaire chez les plus de 25 ans	17
Annexe XXI: Les différentes raisons de ne jamais avoir eu de mammographie	17
Annexe XXII: Les différentes personnes qui ont proposé la vaccination HPV	17
Annexe XXIII: Les différents professionnels de santé qui ont fait la vaccination HPV	18
Annexe XXIV: Les différentes raisons de la non vaccination HPV dans la population totale étudiée	18
Annexe XXV: Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du cancer du col de l'utérus	19
Annexe XXVI: Prototypage du livret informatif sur le suivi gynécologique (page N°1)	20

Questionnaire ANONYME :

Défaut de couverture du suivi gynécologique des femmes

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études à l'école de sages-femmes de Nantes, je réalise une étude sur le suivi gynécologique des femmes et les raisons éventuelles de l'absence de suivi.

Afin de répondre à cette question, nous avons élaboré un questionnaire ANONYME, destiné à toutes les femmes.

Vos réponses sont ANONYMES et ne serviront qu'à cette étude uniquement.

Cette étude a pour but d'évaluer le suivi gynécologique des femmes et de comprendre les éventuelles raisons d'un suivi insuffisant. Avec les différentes réponses, nous souhaiterions pouvoir adapter au mieux l'information faite aux femmes afin de pouvoir améliorer ce suivi et en faciliter l'accès. Cela permettrait aussi de promouvoir le suivi gynécologique chez des femmes sans pathologie, par les sages-femmes puisque leurs compétences sont assez méconnues du grand public.

A) Généralités :

- 1) Quel âge avez-vous ? *
- 2) Quelle est votre nationalité ? *
- 3) Actuellement vous * :
 - Travaillez
Si oui, précisez votre profession :
 - Êtes en recherche d'emploi
 - Êtes étudiante ou en formation professionnelle
 - Êtes mère au foyer
 - Sans emploi
- 4) Situations familiales :
 - a. Êtes-vous ? *
 - En couple
 - Célibataire
 - Séparée, divorcée ou veuve
 - b. Avez-vous des enfants ? *
 - Non
 - Oui
Si Oui : Combien ?
 - Age du dernier enfant ?
- 5) Lieu de résidence *,
Indiquez le code postal :
- 6) Antécédents * :
 - a. Avez-vous des antécédents personnels ? (maladies, diabète, hypertension, cholestérol, phlébite, embolie pulmonaire, cancer, maladie de la thyroïde, VIH ...)
Si oui lesquels ?
.....
.....
 - b. Dans votre famille, y a-t-il des antécédents de maladies, si oui de quels types ? (précisez qui : fratrie et parents uniquement) (suite question au verso-page n°2)

- Côté maternel (maladies, diabète, cancer du sein, cancer des ovaires, cancer du col de l'utérus, cancer de l'endomètre, hypertension, phlébite, embolie pulmonaire, autres cancers, etc...):

7) Avez-vous un médecin généraliste ?

- Oui
- Non

Si oui, de quand date votre dernière consultation chez lui ?

- ≤1an
- >1 an
- > 2 ans
- >3 ans

B) Concernant votre suivi gynécologique (suivi de votre contraception, frottis, palpations des seins, ..):

8) Avez- vous un suivi au niveau gynécologique * ?

- Oui (si Oui répondre aux questions ci-dessous B) 8) a.)
- Non (si Non répondez aux questions ci-dessous B) 8) b. → Page n°3)

a. OUI : Vous avez un suivi gynécologique

1. Qui fait votre suivi gynécologique ?

- Votre médecin traitant
- Votre gynécologue
- Votre sage-femme

4. Si une sage-femme était disponible, accepteriez-vous que celle-ci vous suive au niveau gynécologique ?

- Oui
- Non

→ Pourquoi ?

2. Pourquoi cette personne plutôt qu'une autre ?

.....

.....

3. Si votre médecin traitant était disponible accepteriez-vous que celui-ci vous suive au niveau gynécologique ?

- Oui
- Non

→ Pourquoi ?

.....

5. A votre avis, quelle est la bonne fréquence du suivi gynécologique, pour une femme sans maladie particulière ?

- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- Tous les 4 ans et plus

b. NON. Vous n'avez pas de suivi gynécologique :

1. La raison (ou les raisons) pour laquelle vous ne faites pas de suivi gynécologique (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je ne savais pas qu'il fallait avoir un suivi régulier au niveau gynécologique | <input type="checkbox"/> Mon gynécologue est parti en retraite, et je n'ai pas réussi à en trouver un autre |
| <input type="checkbox"/> Je ne me considère pas à risque de faire un cancer gynécologique | <input type="checkbox"/> Je ne savais pas que les sages-femmes pouvaient faire le suivi gynécologique |
| <input type="checkbox"/> Manque de temps | <input type="checkbox"/> Mon médecin traitant ne veut pas le faire |
| <input type="checkbox"/> Il y a beaucoup d'attente pour avoir un rendez-vous | <input type="checkbox"/> Autres raisons : |
| <input type="checkbox"/> C'est un oubli de ma part | |
| <input type="checkbox"/> Mon médecin traitant ne m'en parle pas | |
| <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de mutuelle | |
| <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de notion de dépistage | |
| | |

C) Frottis :

9) A votre avis, à quoi sert le frottis cervico-vaginal ? *

.....
.....
.....

10) Avez-vous déjà eu un frottis cervico-vaginal ? *

- Oui (Si Oui répondre aux questions 10) a. ci-dessous, et 10) b. → page n°4)
- Non (Si Non répondre aux questions 10) c. → page n°4)

Si la réponse est **OUI**

Vous avez déjà eu un frottis :

a. Votre Premier frottis :

- Quel âge aviez-vous lors de votre 1^{er} frottis ? (approximativement)
.....
.....
- Vous avez fait ce 1^{er} frottis :
 - Dans le cadre d'une grossesse
 - Dans le cadre d'un suivi gynécologique
- Qui a fait ce 1^{er} frottis ?
 - Votre médecin traitant
 - Votre gynécologue
 - Votre sage-femme

b. Votre dernier frottis :

- Votre dernier frottis date de quand ?
 - De < 1 an
 - Entre 1 an et 2 ans
 - Entre 2 et 3 ans
 - > 3 ans
 - Si plus de 3 ans, avez-vous reçu un courrier de la sécurité sociale vous invitant à le faire dans le cadre d'un dépistage organisé ?
 - Oui
 - Non
- Vous avez fait ce dernier frottis :
 - Dans le cadre d'une grossesse
 - Dans le cadre d'un suivi gynécologique
- Qui vous a fait ce dernier frottis ?
 - Mon médecin traitant
 - Mon gynécologue
 - Ma sage-femme

Si la réponse est NON ;

Vous n'avez jamais eu de frottis :

c. Pourquoi vous n'avez jamais eu de frottis ? (plusieurs réponses possibles)

- Je ne savais pas qu'il fallait en faire un
- On ne me l'a jamais proposé
- Je n'ai pas l'âge
- Je ne me considère pas à risque de cancer du col puisque j'ai été vacciné contre le papilloma virus (HPV)
- Je n'ai jamais eu de rapport sexuel
- Je ne suis pas bien remboursée
- Le coût est important
- Je ne sais pas à quoi ça sert
- Autres raisons :

.....
.....

D) Examen des seins:

11) Avez-vous un examen des seins par un professionnel de santé de manière régulière ? *

- Oui (si la réponse est oui répondre aux questions 11) a. b. c.)
- Non (si la réponse est non répondre aux questions 11) d.)

Si la réponse est OUI :

a. Vous bénéficiez de cet examen mammaire (palpation des seins) tous les :

- 6 mois
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans et plus

b. Quel est le professionnel de santé qui vous examine ?

.....
.....

c. Dans quelle cadre ?

- Dans le cadre d'un suivi de grossesse
- Dans le cadre d'un suivi gynécologique

Si la réponse est NON

d. Vous n'avez pas d'examen mammaire régulier, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Je ne savais pas qu'il fallait faire cet examen
- On ne me l'a jamais proposé
- Je me considère trop jeune, car je ne suis pas à risque de cancer du sein
- Je pratique moi-même la palpation de mes seins, il n'est donc pas nécessaire qu'un professionnel de santé le pratique
- Je fais des mammographies tous les 2 ans, je n'ai donc pas besoin de cet examen supplémentaire
- Il n'y a pas de cancer du sein dans ma famille
- Autres raisons :

.....
.....

12) Avez-vous déjà effectué une mammographie? *

- Oui (répondre à la question ci-dessous)
- Non (répondre à la question ci-dessous)

Si la réponse est OUI :

• Dans quel cadre ?

- Suite à une orientation par un professionnel de santé (sage-femme, gynécologue, médecin traitant)
- Suite à un dépistage organisé (la sécurité sociale vous a envoyé une lettre de convocation)

• A quel âge avez-vous fait votre 1^{ère} mammographie ?

.....
.....

Si la réponse est NON :

• Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- On ne me l'a pas proposée
- Je suis trop jeune
- Je n'ai pas d'antécédents familiaux de cancers du sein
- Je n'ai pas envie
- C'est un examen douloureux
- Manque de temps
- Je n'ai pas de mutuelle
- Difficulté de prise de rendez-vous
- Autres raisons :

.....
.....

Vaccination contre le Papilloma virus (Gardasil®, Cervarix®)

13) Savez-vous à quoi sert le vaccin ? *

- Oui
- Non

Si oui, quel en est le but, selon vous ?

.....

.....

14) Avez-vous été vaccinée contre le papilloma|virus ? (Gardasil®, Cervarix®) *

- Oui
- Non

Si la réponse est OUI :

a. Qui vous l'a proposé ?

.....

.....

.....

b. Qui vous l'a fait ?

.....

.....

.....

c. A quel âge l'avez-vous fait ?

.....

.....

.....

Si la réponse est NON :

▪ Pourquoi ne pas s'être fait vacciner ? (plusieurs réponses possibles)

- Car j'ai plus de 32 ans, et cela n'existait pas quand j'étais plus jeune
- On ne me l'a jamais proposé
- Je redoute (ou je redoutais) les effets indésirables
- Parce que mes parents ne voulaient pas
- Parce que je ne voulais pas
- Autres raisons :

.....

.....

Merci de votre participation

Annexe II: Suivi gynécologique en fonction de la situation maritale

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Suivi gynécologique		P-value
		Oui	Non	
Situation maritale	N=460			
En couple	83% (n=381)	83% (n=315)	17% (n=66)	P<0,05
Célibataire, séparée, divorcée, ou veuve	17% (n=79)	58% (n=46)	42% (n=33)	

Annexe III: Suivi gynécologique en fonction de la parité

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Suivi gynécologique		P-value
		Oui	Non	
Parité	N=269			
1	46% (n=123)	85% (n=104)	15% (n=19)	p=0,964
2	32% (n=85)	85% (n=72)	15% (n=13)	
3	16% (n=43)	84% (n=36)	16% (n=7)	
4 et plus	7% (n=18)	89% (n=16)	11% (n=2)	

Annexe IV: Répartition par tranche d'âge, de l'âge du dernier enfant de la population étudiée

Caractéristiques	Nombre N= 273	Effectif en % N= 100%
Age du dernier enfant		
0 -3 ans	173	63%
>3ans-10 ans	41	15%
>10ans	55	20%
Non renseigné	4	2%

Annexe V: Suivi gynécologique en fonction des antécédents personnels

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Suivi gynécologique		P-value
		Oui	Non	
Antécédents personnels	N=460			
Pas d'antécédents	78% (N=360)	76% (n=275)	24% (n=85)	p=0,07
Antécédents personnels n'ayant pas de conséquences sur les pathologies gynécologiques	18% (N=82)	83% (n=68)	17% (n=14)	
Antécédents personnels de pathologies gynécologiques, de cancers gynécologiques, de cancer du sein	6% (N=28)	93% (n=26)	7% (n=2)	

Annexe VI: Suivi gynécologique en fonction des antécédents familiaux

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Suivi gynécologique		P-value
		Oui	Non	
Antécédents familiaux		N=460		
Pas d'antécédents familiaux	53% (N=244)	81% (n=198)	19% (n=46)	p=0,156
Antécédents familiaux de cancers de l'appareil génital (ovaires, utérus, col de l'utérus)	5% (N=22)	86% (n=19)	14% (n=3)	
Antécédents familiaux de cancer du sein	14% (N=65)	71% (n=46)	29% (n=19)	
Autres pathologies familiales n'ayant pas de rapport avec des maladies gynécologique ou cancer du sein	35% (N=163)	75% (n=122)	25% (n=41)	

***Annexe VII:** Les différentes raisons du suivi gynécologique par le professionnel de santé choisi*

Caractéristiques	Nombre N= 97	Effectif en % N= 100%
<u>Pourquoi êtes-vous suivi par le médecin traitant ?</u>		
Meilleure acceptabilité (Praticité, proximité du domicile)	34	35%
Habitude	24	25%
Difficulté à trouver un gynécologue / gynécologue parti à la retraite	18	19%
Confiance-Médecin de famille	18	19%
Rapidité rendez-vous	13	13%
Non renseigné	9	9%
Mon médecin traitant a une formation gynécologique	9	9%
Préférence avec une femme praticienne	7	7%
Pas d'antécédents gynécologique – Méconnaissance du rôle de la sage-femme	5	5%
Autres	3	3%

Caractéristiques	Nombre N= 194	Effectif en % N= 100%
<u>Pourquoi êtes-vous suivi par le gynécologue-obstétricien ?</u>		
Spécialiste	78	40%
Non renseigné	29	15%
Confiance-Bon relationnel	21	11%
Habitude	20	10%
Recommandations/ Gynécologue de ma mère/ GO de ma sœur	19	10%
Depuis ma grossesse	15	8%
Antécédent médical, gynécologique et obstétrique	14	7%
Préférence avec une femme praticienne	12	6%
Médecin traitant ne fait pas de suivi gynécologique	5	3%
Autres	6	3%
Méconnaissance du rôle de la sage-femme	2	1%

Caractéristiques	Nombre N= 68	Effectif en % N= 100%
<u>Pourquoi êtes-vous suivi par une sage-femme ?</u>		
Confiance- bon relationnel	28	41%
Rapidité rendez-vous	13	19%
Proximité du domicile	13	19%
Depuis ma grossesse/ Depuis ma rééducation du périnée	11	16%
Préférence avec une femme praticienne	7	10%
Spécialiste	6	9%
Recommandations	6	9%
Difficulté à trouver un gynécologue / gynécologue parti à la retraite	5	7%
Non renseigné	5	7%
Habitude	3	4%

***Annexe VIII:** Réponses à la question "Si votre médecin traitant était disponible accepteriez-vous que celui-ci vous suive au niveau gynécologique"*

Caractéristiques	Nombre N= 176	Effectif en % N= 100%
<u>« Pourquoi OUI vous accepteriez d'être suivi par votre médecin traitant s'il était disponible ? »</u>		
Non renseigné	87	49%
Confiance – à l'aise	33	19%
Praticité et proximité domicile/ rapidité rendez-vous	30	17%
Si professionnel formé et aussi compétent	13	7%
Me connaît (dossier médical)	10	6%
Autres	8	5%
Pas d'antécédent gynécologique et obstétrique	5	3%
S'il était une femme oui	6	3%
Pourquoi pas ?	5	3%
Il le faisait auparavant	6	3%
Solution de secours	3	2%

Caractéristiques	Nombre N= 173	Effectif en % N= 100%
<u>« Pourquoi NON vous n'accepteriez pas d'être suivi par votre médecin traitant s'il était disponible ? »</u>		
Manque de connaissances au niveau gynécologique / N'est pas spécialiste	77	45%
C'est un homme/gêne	49	28%
Non renseigné	29	17%
Autres	18	10%
Médecin traitant surchargé/Difficile de prendre un rendez-vous	4	2%
Antécédent gynécologique et obstétrique/ Besoin d'un suivi spécifique	2	1%

***Annexe IX:** Réponses à la question "Si une sage-femme était disponible accepteriez-vous qu'elle vous suive au niveau gynécologique"*

Caractéristiques	Nombre N= 304	Effectif en % N= 100%
« Pourquoi OUI, vous accepteriez d'être suivi par une sage-femme si elle était disponible ? »		
Non renseigné	138	45%
Compétences spécialisées gynécologies, corps de la femme, maternité, supposent les mêmes compétences qu'un gynécologue	87	29%
Sage-femme plus douce, à l'écoute, prend le temps, met en confiance	35	12%
Rapidité rendez-vous et proximité	17	6%
Depuis ma grossesse	14	5%
Oui car souvent c'est une femme praticienne	10	3%
Autres	8	3%
Pourquoi pas ?	7	2%
Si pas d'antécédent gynécologique ou obstétriques particuliers	6	2%
Si elle a bonne réputation	6	2%
C'est déjà le cas	5	2%
Solution de secours si médecin traitant ou gynécologue non disponibles	4	1%

Caractéristiques	Nombre N= 42	Effectif en % N= 100%
« Pourquoi NON, vous n'accepteriez pas d'être suivi par une sage-femme si elle était disponible ? »		
Non renseigné	13	31%
Peut manquer de connaissance sur certaines pathologies/ suivi que pour grossesse/ limiter dans certaines prescriptions	20	48%
Confiance en mon gynécologue	4	10%
Autres	6	14%

Annexe X: Les différentes raisons du non suivi au niveau gynécologique

Caractéristiques	Nombre N= 99	Effectif en % N= 100%
« La raison (ou les raisons) pour laquelle vous ne faites pas de suivi gynécologique »		
C'est un oubli de ma part	25	25%
Je ne savais pas qu'il fallait avoir un suivi régulier au niveau gynécologique	24	24%
Mon médecin traitant ne m'en parle pas	24	24%
Manque de temps	18	18%
Il y a beaucoup d'attente pour avoir un rendez- vous	18	18%
Je ne savais pas que les sages-femmes pouvaient faire le suivi gynécologique	18	18%
Je ne me considère pas à risque de faire un cancer gynécologique	11	11%
Déménagement récent	5	5%
Seulement pour suivi de grossesse	5	5%
Mon médecin traitant ne veut pas le faire	4	4%
Je n'ai pas de mutuelle	4	4%
Peur	4	4%
Mon gynécologue est parti en retraite et je n'ai pas réussi à en trouver un autre	3	3%
J'attends mes 25 ans pour le faire	3	3%
En bonne santé, donc je ne consulte pas	3	3%
Je n'ai pas de médecin traitant	2	2%
Je n'ai pas de notion de dépistage	1	1%

Annexe XI: Couverture du frottis cervico-vaginal (FCV) en fonction du département (Maine-et-Loire et Loire-Atlantique)

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	FCV		P-value
		Oui	Non	
Lieux	N=405			
Loire-Atlantique	73% (n=295)	77% (n=227)	23% (n=68)	p=0,64
Maine-et-Loire	27% (n=110)	79% (n=87)	21% (n=23)	

Annexe XII: Cadre et professionnel qui a fait le premier frottis cervico-vaginal (FCV)

Caractéristiques	Nombre N= 362	Effectif en % N= 100%
<u>Cadre du 1^{er} FCV</u>		
Dans le cadre d'un suivi gynécologique	308	85%
Dans le cadre d'une grossesse	35	10%
Autres	17	5%
Non renseigné	2	1%

Caractéristiques	Nombre N= 362	Effectif en % N= 100%
<u>Qui a fait ce 1^{er} FCV ?</u>		
Gynécologue	229	63%
Médecin traitant	113	31%
Sage-femme	11	3%
Autres	7	2%
Non renseigné	2	0%

Annexe XIII: Cadre et professionnel qui a fait le dernier frottis cervico-vaginal (FCV)

Caractéristiques	Nombre N= 362	Effectif en % N= 100%
<u>Cadre du dernier FCV</u>		
Dans le cadre d'un suivi gynécologique	255	70%
Dans le cadre d'une grossesse	90	25%
Non renseigné	11	3%
Autres	6	2%

Caractéristiques	Nombre N= 362	Effectif en % N= 100%
<u>Qui a fait ce dernier FCV ?</u>		
Gynécologue	200	55%
Médecin traitant	94	26%
Sage-femme	56	15%
Non renseigné	12	3%

Annexe XIV: La ou les raisons de ne jamais avoir eu de frottis cervico vaginal

Caractéristiques	Nombre N= 98	Effectif en % N= 100%
<u>« Pourquoi vous n'avez jamais eu de frottis ? »</u>		
On ne me l'a jamais proposé	42	43%
Je n'ai pas l'âge	41	42%
Je ne savais pas qu'il fallait en faire un	17	17%
Je ne sais pas à quoi ça sert	15	15%
Autres	13	13%
Je n'ai jamais eu de rapport sexuel	10	10%
Je ne me considère pas à risque de cancer du col de l'utérus puisque j'ai été vacciné contre l'HPV	4	4%
Le coût est important	2	2%

Annexe XV: Examen des seins en fonction de l'âge

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Examen des seins régulier		P-value
		Oui	Non	
Age	N=460			
Moins de 25 ans	25% (n=115)	40% (n=46)	60% (n=69)	p <0,05
≥ 25 ans	75% (n=345)	66% (n=226)	34% (n=119)	

Annexe XVI: Fréquence et examen mammaire chez les plus de 25 ans

Caractéristiques	Nombre N= 226	Effectif en % N= 100%
<u>Chez les plus de 25 ans, examen des seins tous les :</u>		
1 an	140	62%
2 ans	56	25%
3 ans et plus	18	8%
6 mois	11	5%
Non renseigné	1	0%

Annexe XVII: Professionnel pratiquant l'examen des seins en fonction des recommandations de l'HAS

Caractéristiques	Effectif en % (Nombre)	Palpation tous les ans chez les plus de 25 ans		P-value
		Oui	Non	
Professionnel de santé pratiquant l'examen des seins	N=226			
Gynécologue	59% (N=134)	68% (n=91)	32% (n=43)	p=0,146
Médecin traitant	28% (N=63)	56% (n=35)	44% (n=28)	
Sage-femme	15% (N=33)	73% (n=24)	25% (n=9)	
Radiologue	5% (N=12)	17% (n=2)	83% (n=10)	

***Annexe XVIII:** Description de la totalité des femmes étudiées ayant eu une palpation mammaire de manière régulière*

Caractéristiques	Nombre N= 272	Effectif en % N= 100%
Examen des seins tous les :		
1 an	166	61%
2 ans	66	24%
3 ans et plus	22	8%
6 mois	15	6%
Non renseigné	3	1%

Caractéristiques	Nombre N= 272	Effectif en % N= 100%
Professionnel qui a examiné :		
Gynécologue	155	57%
Médecin traitant	83	31%
Sage-femme	40	15%
Radiologue	14	5%
Autres	3	1%

Caractéristiques	Nombre N= 272	Effectif en % N= 100%
Cadre de l'examen des seins :		
Cadre d'un suivi gynécologique	224	82%
Cadre d'un suivi de grossesse	26	10%
Autres	17	6%
Non renseigné	5	2%

***Annexe XIX:** Les différentes raisons de ne jamais avoir eu d'examen mammaire pour l'ensemble de l'échantillon*

Caractéristiques	Nombre N= 188	Effectif en % N= 100%
« Pourquoi vous n'avez pas d'examen mammaire régulier ? »		
On ne me l'a jamais proposé	167	89%
Je ne savais pas qu'il fallait faire cet examen	51	27%
Autres	31	16%
Il n'y a pas de cancer du sein dans ma famille	20	11%
Je pratique moi-même la palpation de mes seins, il n'est donc pas nécessaire qu'un professionnel de santé le pratique	15	8%
Je me considère trop jeune, car je ne suis pas à risque de faire un cancer du sein	10	5%
Je fais des mammographies tous les 2 ans, je n'ai donc pas besoin d'examen supplémentaire	1	1%

Annexe XX: Les différentes raisons de ne jamais avoir d'examen mammaire chez les plus de 25 ans

Caractéristiques	Nombre N= 119	Effectif en % N= 100%
<u>Chez les plus de 25 ans, les raisons de ne pas avoir d'examen mammaire régulier</u>		
On ne me l'a jamais proposé	103	87%
Je ne savais pas qu'il fallait faire cet examen	28	23%
Autres	23	19%
Il n'y a pas de cancer du sein dans ma famille	7	5%
Je pratique moi-même la palpation de mes seins, il n'est donc pas nécessaire qu'un professionnel de santé le pratique	12	10%
Je me considère trop jeune, car je ne suis pas à risque de faire un cancer du sein	3	2%
Je fais des mammographies tous les 2 ans, je n'ai donc pas besoin d'examen supplémentaire	1	0%

Annexe XXI: Les différentes raisons de ne jamais avoir eu de mammographie

Caractéristiques	Nombre N= 360	Effectif en % N= 100%
<u>« Pourquoi vous n'avez jamais eu de mammographie? »</u>		
On ne me l'a jamais proposé	256	71%
Je suis trop jeune	170	47%
Je n'ai pas d'ATCD familiaux de cancers du sein	84	23%
Autres	12	3%
Manque de temps	11	3%
Je n'ai pas envie	8	2%
Je n'ai pas de mutuelle	3	1%
C'est un examen douloureux	4	1%

Annexe XXII: Les différentes personnes qui ont proposé la vaccination HPV

Caractéristiques	Nombre N= 111	Effectif en % N= 100%
<u>Qui a proposé la vaccination HPV ?</u>		
Médecin traitant	82	73%
Gynécologue	9	8%
Parents	8	7%
Campagne (collège, planning familial)	6	5%
Publicité –média	4	3%
Autres	3	3%
Pédiatre	1	1%

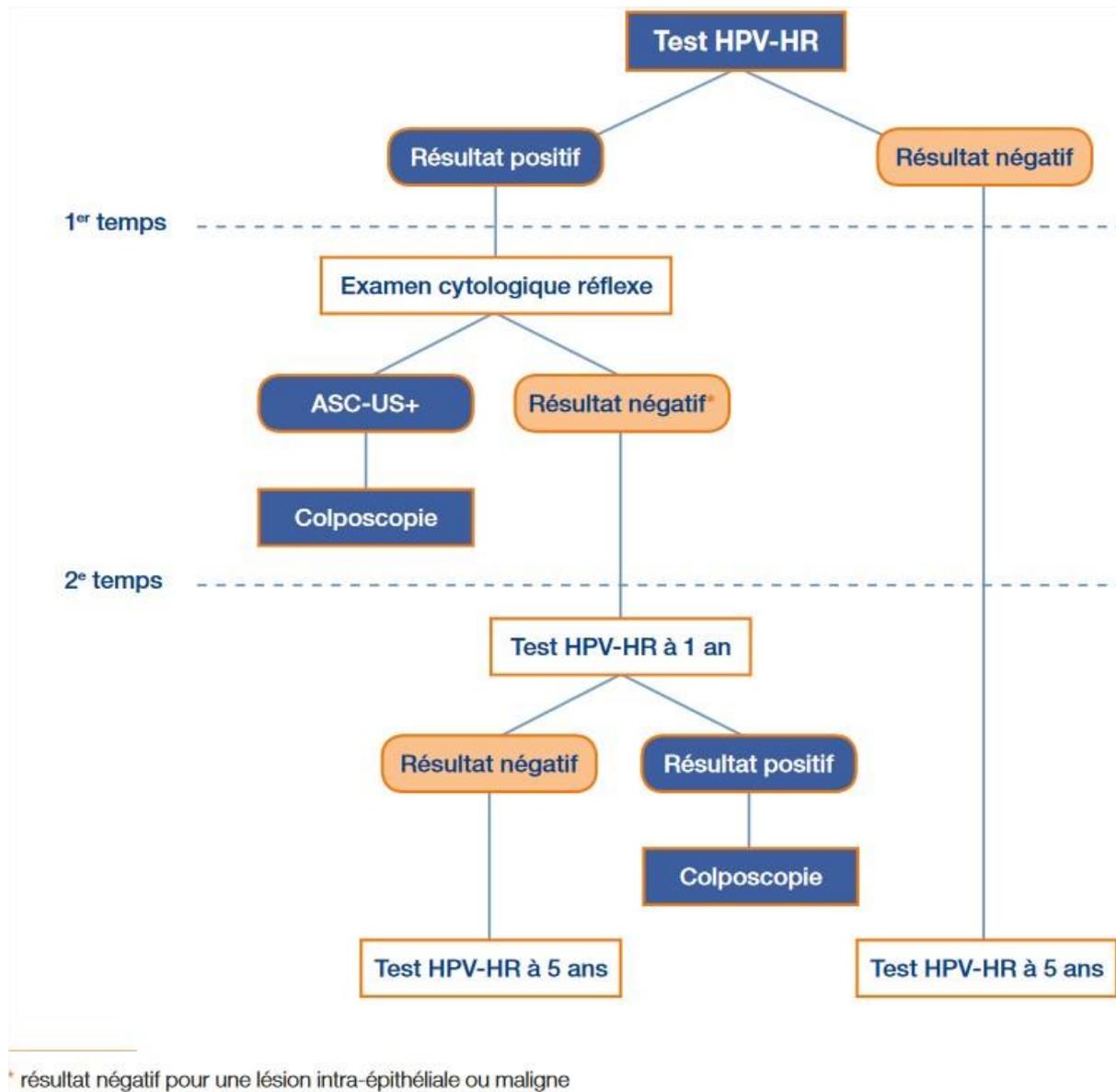
Annexe XXIII: Les différents professionnels de santé qui ont fait la vaccination HPV

Caractéristiques	Nombre N= 111	Effectif en % N= 100%
<u>Qui a fait la vaccination HPV ?</u>		
Médecin traitant	96	86%
Infirmière	7	6%
Gynécologue	5	5%
Ne sait pas	2	2%

Annexe XXIV: Les différentes raisons de la non vaccination HPV dans la population totale étudiée

Caractéristiques	Nombre N= 349	Effectif en % N= 100%
<u>Les différentes raisons de ne pas s'être fait vacciner contre l'HPV ?</u>		
Car j'ai plus de 32 ans, et cela n'existait pas quand j'étais plus jeune	160	46%
On ne me l'a jamais proposé	132	38%
Je redoute (ou je redoutais) les effets indésirables	34	10%
Parce que je ne voulais pas	35	10%
Parce que mes parents ne voulaient pas	21	6%
Ne sait pas (si vaccinée, ne connaît pas le vaccin)	19	5%
Anti –vaccin	9	3%
Selon patiente cela était trop tard	9	3%
Peu d'informations/ ou désinformations	6	2%
Autres	6	2%
Pas de vaccin dans mon pays	3	1%

Annexe XXV: Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du cancer du col de l'utérus



Le suivi gynécologique

Pourquoi ?

Il est indispensable :

- Pour le dépistage et la prévention de nombreuses pathologies féminines, le suivi de votre contraception → **C'est un examen de contrôle systématique annuel** ⁴.
- Diagnostic et traitement d'une pathologie

Quand ?

- À partir du début de l'activité sexuelle chez la femme.
- Recommandé tous les ans

Comment ?

Il y a différentes étapes lors d'un examen gynécologique :

- **Interrogatoire** : motif de consultation, différents antécédents personnels, familiaux, symptômes, contraception, activité sexuelle, ...
- **Examen des seins (inspection et palpation)** : repérer d'éventuelles anomalies (nodules, écoulement) → **rôle dans le dépistage du cancer du sein.**
- **Inspection et palpation de l'abdomen**
- **Examen du périnée** : inspection des organes génitaux externes.
- **Examen du pelvis** : avec un spéculum, pour voir la cavité vaginale, le col de l'utérus → **C'est à ce moment là que le se fera le frottis cervico-vaginal.**
- **Toucher vaginal** : examen de la cavité pelvienne pour évaluer le col utérin, l'utérus et les ovaires

Le suivi gynécologique

Pourquoi se faire suivre au niveau gynécologique?



Bibliographie :

1. Tout savoir sur les papillomavirus. Disponible sur <https://www.cancer.fr/le-cancer/le-papillomavirus>.
2. Inca, Dépistage du cancer du col de l'utérus
3. Inca, Dépistage du cancer du sein.
4. CNGOF- Examen gynécologique - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Autres éléments bibliographiques :

- HAS, Recommandations Haute Autorité de Santé
- Ameli.fr

Auteurs :

- Dr GUEUDRY Pauline, gynécologue-obstétricienne
- Mlle COYEAU Marion, étudiante sage-femme



Le papillomavirus 1

Les papillomavirus humains, également appelés **HPV** sont des virus très répandus. Ils touchent **les zones intimes** (vulve, vagin, col de l'utérus, anus, sphère ORL (bouche et gorge)) et peut être responsables de cancers.

Environ **75% des hommes et des femmes sexuellement actifs seront infectés par des papillomavirus au cours de leur vie. 90% des virus HPV sont éliminés naturellement dans les 2 ans.**

Le cancer du col de l'utérus est lié aux papillomavirus.

En France ², le cancer du col de l'utérus c'est :

- **≈ 8 femmes diagnostiquées / jour**
- **≈ 3 décès / jour**

La vaccination anti-papillomavirus existe:

Le vaccination est recommandée chez les jeunes âgés de **11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus**. Le vaccin est aujourd'hui **remboursé à 100%**. Ce vaccin ne protège pas à 100% des cancers du col de l'utérus, il n'exempt donc pas d'un suivi gynécologique régulier (avec test de dépistage tous les 3 ans).

Les consultations de gynécologie préventive et de prescription de contraception peuvent se faire auprès de:

- **Votre médecin traitant**
- **Ou votre gynécologue**
- **Ou votre sage-femme**

Dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique

Frottis cervico-vaginal:

Le frottis de dépistage est, avec la vaccination, le meilleur moyen de lutter contre le cancer du col de l'utérus. Il permet de mettre en évidence d'éventuelles lésions pré-cancéreuses et de les traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer.

Pour qui?

Pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans.

A quel rythme?

Un 1^{er} frottis à l'âge de 25 ans, puis un 2^{ème} frottis à un an d'intervalle sont recommandés. Si les résultats sont normaux, un frottis sera fait alors 3 ans après. A partir de 30 ans, un test HPV sera fait tous les 5 ans.

Désormais le dépistage du cancer du col de l'utérus fait parti du programme de dépistage organisé. Vous allez alors recevoir un courrier pour faire votre examen de dépistage.

Par qui?

Le frottis de dépistage peut être réalisé par votre médecin traitant, votre gynécologue ou bien votre sage-femme.

Comment?

L'examen se fait en position gynécologique. Le professionnel de santé prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus à l'aide d'une petite brosse. L'examen est indolore et ne prend que quelques minutes. Le prélèvement de cellules est envoyé dans un laboratoire spécialisé.

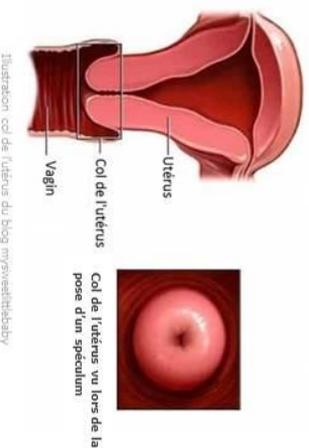


Illustration col de l'utérus du blog myswaesthetics

Résultats:

Les résultats vous sont envoyés dans les 3 semaines. Dans 96% des cas, le résultat est normal. Dans 4% des cas le résultat est anormal, c'est-à-dire que des cellules anormales ont été détectées. Des examens complémentaires vont alors être faits: un nouveau test ou encore une colposcopie (examen détaillé du col de l'utérus).

Coûts:

Le coût de la consultation et de l'analyse du test est désormais pris en charge à 100% dans le cadre du dépistage organisé.

Dépistage du cancer du sein 3:

Cancer du sein en France:

- 59 000 nouveaux cas estimés en 2017 → **cancer le plus fréquent chez la femme.**
- Responsable de 12 000 décès en 2017.
- 80% des cancers du sein touchent les personnes âgées de plus de 50 ans.

Vous avez moins de 50 ans:

Quel que soit le niveau de risque (présence ou non d'antécédents familiaux de cancer du sein), **dès l'âge de 25 ans**, il est recommandé de **réaliser un examen clinique des seins (palpation) une fois par an**. Cet examen rapide indolore permet de détecter une éventuelle anomalie. Il peut être réalisé par un généraliste, un gynécologue, ou une sage-femme.

Vous avez entre 50 et 74 ans:

Tous les 2 ans, si vous avez entre 50 et 74 ans, vous êtes invitée à faire **une mammographie** (examen radiologique) et un examen clinique chez un radiologue agréé dans le cadre du programme de dépistage organisé. L'ensemble est pris en charge à 100%.

- Dans 93% des cas aucune anomalie n'a été décelée, une seconde lecture par un deuxième radiologue est faite. Dans un délai d'environ 2 semaines, vous recevez les résultats de la seconde lecture.
- Dans moins de 7% des cas une anomalie est identifiée. Le radiologue peut vous proposer des examens complémentaires ou une surveillance rapprochée. Dans la plupart des cas l'anomalie est bénigne.

- **Au final, sur 1000 femmes dépistées, 7 cancers du seins seront diagnostiqués.**

RÉSUMÉ

Contexte: En 2017, la couverture du suivi gynécologique était de 79% en France. Il existe différents moyens de prévention et de dépistage des cancers du col de l'utérus et des cancers du sein. En 2014, en France, seulement 61,2% des femmes de 25 à 65 ans réalisaient un test de dépistage de cancer du col de l'utérus, et 21% des jeunes filles ont été vaccinées contre le papillomavirus depuis sa mise en disposition sur le marché en 2006. En 2017, seulement 50,7% des femmes ont participé au dépistage du cancer du sein.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le taux de couverture du suivi gynécologique chez les femmes vivant en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs connaissances et la couverture sur les différents moyens de dépistage et de prévention qui existent en France au niveau gynécologique.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive et bi-centrique auprès de femmes de 18 à 85 ans à Nantes et à Cholet, du 23 mars 2019 au 1^{er} septembre 2019. Les critères d'inclusion étaient toutes femmes majeures comprenant le français.

Résultats : Sur 460 femmes interrogées, 78% avaient un suivi gynécologique régulier. 16% ont donné la bonne définition du frottis cervico vaginal, leur couverture en matière de dépistage du cancer du col était de 94% pour les plus de 25 ans. En ce qui concerne la prévention du cancer du col de l'utérus, 24,6% ont donné la bonne définition du vaccin. La couverture vaccinale était de 37% chez les moins de 32 ans. 66% des femmes de plus de 25 ans avaient un examen mammaire régulier, et la totalité des femmes de plus de 50 ans participaient au dépistage du cancer du sein.

Conclusion : Le fait d'avoir plus de 25 ans, d'être en activité, d'être en couple, d'avoir au moins un enfant, et d'avoir une nationalité française permet d'avoir un taux de couverture gynécologique significativement plus important. Il y a une importante méconnaissance des femmes dans les moyens de prévention et de dépistage des cancers gynécologiques. Les nouvelles recommandations concernant la vaccination contre l'HPV, le lancement du dépistage organisé ainsi que celui du test HPV chez les 30-65 ans permettront d'améliorer leur couverture. Le livret informatif permettra également aux femmes d'avoir toutes les connaissances sur le suivi gynécologique et ses différentes modalités.

Mots clefs : Suivi gynécologique, cancer du col de l'utérus, cancer du sein, vaccination HPV