

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Comment les professionnels de santé parlent-ils du papillomavirus à leurs patientes dans le cadre du dépistage par frottis cervico-utérin ?

Etude qualitative auprès des professionnels de santé des départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine-et-Loire

RAFIK Marine

Née le 25/09/1987 à Enghien-les-bains (95)

Sous la direction de Mme BARON Céline

Membres du jury

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume | Président

Madame le Professeur BARON Céline | Directeur

Madame le Professeur MARCHAIS Véronique | Membre

Madame ROUILLARD Cécile | Membre

Soutenue publiquement le :
18 décembre 2018

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée RAFIK Marine
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 13/11/2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine

KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie
ATER		
FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine
AHU		
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
CONTRACTUEL		
VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A mon président de Jury, Monsieur le Professeur Guillaume LEGENDRE

Je vous remercie de me faire l'honneur d'être le Président de ce jury de thèse, et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A ma directrice de thèse, Madame le Professeur Céline BARON,

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de m'avoir guidée tout au long de ce travail, par vos conseils avisés. Mais également pour votre investissement auprès des internes de Médecine Générale.

Aux membres de mon jury,

A Madame le Professeur Véronique MARCHAIS,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame Cécile ROUILLARD,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Soyez assurée de mes remerciements et de ma sincère reconnaissance.

Aux professionnels de santé qui m'ont aidé dans ce travail,

A Madame le Docteur Anne-Sophie LE DUC- BANASZUK, CAP Santé 49

Je vous remercie de votre gentillesse et votre disponibilité lors du projet initial.

A Monsieur le Docteur Eric LAVOINE,

Je vous remercie pour vos explications concernant le frottis et le test HPV qui ont enrichi mon travail.

Aux 12 professionnels qui ont accepté de participer à la thèse,

Sans vous, ce travail n'aurait pu être réalisé. Merci pour votre participation et d'avoir accepté de partager vos points de vue lors des entretiens.

Aux soignants de tous horizons et aux patients que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus universitaire.

REMERCIEMENTS

A ma famille,

A mes parents Anne et Hamid,

Pour vos encouragements constants dans tous les domaines de ma vie. Vos adaptations « toutes naturelles » au cours de toutes ces années (mention spéciale aux petits plats de la P1, aux livres photocopiés et aux 1600 km pour aller chercher mon classeur de sémio !).

A mon frère Vincent,

Pour ton soutien inconditionnel. Le courage et la volonté avec lesquels tu animes tes projets professionnels depuis déjà de nombreuses années sont une source d'inspiration pour moi.

Aux familles Rafik, Guillaumot et Pontonnier au complet pour le soutien qui vous m'avez apporté.

Aux amis,

Aux amis d'enfance : Mathilde, François et leurs parents, c'est bon de vous revoir malgré les années qui passent.

Aux Amiénois(es) et leur tribu d'ici et d'ailleurs : Elé, Claire, Elodie, Ai Chinh, Mathilde, Anne Ga, Katia, Flox, Djou pour tous ces moments d'amitié, dans les joies et les galères, même éparpillées, c'est toujours un réel plaisir de vous retrouver !

A Alexander, Alexandre, Audrey et Lise, pour tous les moments partagés depuis l'externat.

Aux Angevin(e)s : la team lavalloise : Pauline, Mély, Hélène, Geneviève et Jen, Lucie Adri, Annelore ... et aux belles rencontres liées à Bastien (les poitevins, Lavallois et Deux Sèvriens). Merci d'avoir embellie cet internat.

A Bastien, mon compagnon de route, pour ta patience, ton aide précieuse et ton soutien dans ce travail et quand j'en ai besoin. En nous souhaitant le meilleur pour nos projets à venir.

Liste des abréviations

AGC	Anomalie des Cellules Glandulaires
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASC-US	Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIN	Néoplasie Cervicale Intra-épithéliale
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPO	Centre de Pathologie de l'Ouest
DU	Diplôme Universitaire
FCU	Frottis cervico-utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPV	Papillomavirus Humain
HPV-HR	Papillomavirus Humain à Haut Risque
HPV-BR	Papillomavirus Humain à Bas Risque
HSIL	Lésion intraépithéliale de haut grade
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS	Institut de Veille Sanitaire
LSIL	Lésion intraépithéliale de bas grade
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. POPULATION

- 1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES
- 1.2. PROFILS D'ACTIVITES

2. PRINCIPAUX RESULTATS

2.1. L'HISTOIRE NATURELLE DE L'HPV ET LE CONTEXTE DE L'INFECTION ARGUMENTAIENT L'AGE DU FROTTIS CERVICO-UTERIN

2.1.1. *Les connaissances de l'HPV justifiaient l'application des recommandations préconisant le frottis de 25 à 65 ans*

2.1.2. *La limite du FCU à 65 ans dépendait plus de la vie sexuelle des patientes que de l'histoire naturelle de l'infection HPV*

2.1.3. *L'estimation du potentiel infectieux de l'HPV déterminait la décision de réaliser le FCU en dehors des recommandations*

2.2 L'IST HPV « UNE IST PAS COMME LES AUTRES » ETAIT ABORDEE PAR SA PREVENTION

2.2.1 *L'abord de la vaccination HPV qui ne concernait en France que les filles permettait d'informer de l'IST HPV et de ses conséquences.*

2.2.2 *L'information sur l'inefficacité du préservatif contre l'HPV variait, allant d'une certitude affirmée à une imprécision exprimant les doutes*

2.2.3 *L'IST HPV, est une IST particulière, de transmission majoritairement sexuelle, non dépistée et non recherchée chez le partenaire*

2.3 LES CARACTERISTIQUES DES LESIONS INDIQUES PAR L'HPV PERMETTENT UNE INFORMATION ADAPTEE SUR L'INTERET DU FCU

2.3.1 *L'infection HPV n'était pas grave et sans conséquence sur la fertilité mais elle était impliquée dans la genèse du cancer du col selon le type d'HPV*

2.3.2 *Les lésions liées à l'HPV régressaient majoritairement, la persistance de l'infection HPV entraînait des anomalies du FCU, qui non dépistées pouvaient se cancériser*

2.4 L'INFORMATION SUR LE DEPISTAGE DES ANOMALIES DU COL ET LEUR LIEN AVEC L'INFECTION HPV S'ADAPTAIENT A LA FEMME

2.4.1 *Elle était opportune et se modifiait selon les convictions et la réticence de la patiente à réaliser le frottis*

2.4.2 *Elle s'adaptait qualitativement à la patiente pour faciliter la compréhension*

2.5 LE LIEN ENTRE HPV ET ANOMALIES DU FROTTIS ETAIT LE PLUS SOUVENT EVOQUE DEVANT UN RESULTAT DE FROTTIS ANORMAL ET PRINCIPALEMENT SI CELUI-CI ETAIT ASC-US

2.5.1 *Supposé connu par les patientes ayant déjà eu un FCU, il était rarement reprécisé lors d'un nouveau frottis*

2.5.2 *Le lien pouvait être fait quand le FCU était réalisé en phase liquide*

2.5.3 *Il était le plus souvent abordé en présence de l'anomalie ASC-US, dont une option de suivi comportait la réalisation du test HPV*

2.6 L'INFORMATION SUR L'HPV S'ENTOURAIT DE PRECAUTIONS CAR ELLE SOULEVAIT LA QUESTION D'UNE INFIDELITE DU CONJOINT

2.6.1 *L'information précisait l'incapacité à dater la contamination et l'impossibilité d'affirmer une infidélité du conjoint en cas d'infection HPV*

2.6.2 *L'attitude préventive allait jusqu'à prédire l'absence d'HPV si le couple n'avait pas eu de relation sexuelle extérieure*

2.6.3 *L'information était succincte et vigilante majorée en cas de test HPV positif*

2.7 LES PARTICULARITES DE L'INFORMATION SUR L'HPV EN CAS DE FROTTIS ASC-US

2.7.1 *L'information sur le lien entre HPV et ASC-US était souvent intégrée*

2.7.2 *La recherche de l'HPV n'était pas toujours énoncée à la patiente*

2.7.3 *L'annonce du résultat de test HPV n'était pas toujours concomitante*

2.7.4 *L'information sur le test HPV nécessitait des précautions pour limiter la crainte du cancer, qui était ravivée si test HPV positif*

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES

1.1 **Forces de l'étude**

1.2 **Faiblesses de l'étude**

2. DISCUSSION DES RESULTATS

2.1 **L'information sur l'HPV était délivrée dans une temporalité variable pour justifier l'intérêt, la compréhension du frottis et favoriser la prévention**

2.2 **L'information sur la transmission de l'HPV, majoritairement sexuelle était délicate, ses autres modes étaient peu abordés**

2.3 **L'infection HPV fréquente, n'était pas dépistée, n'entraînait pas sa recherche chez le partenaire, ni celles des autres localisations ou des autres IST**

2.4 **La prévention de l'HPV par le vaccin était certaine et consensuelle, celle sur le préservatif incertaine**

2.5 **Une réinfection par l'HPV après guérison était possible**

2.6 **L'information sur l'HPV dans le cadre du FCU ASC-US était hétérogène, inconstante et prudente, elle était difficile en cas de test HPV positif.**

2.7 **Il existait un décalage entre recommandations et pratique du FCU par les professionnels qui s'appuyaient sur leur connaissance de l'HPV et le contexte de l'infection**

2.7.1 *Arguments des professionnels à respecter les recommandations concernant l'âge de début du dépistage par le FCU*

2.7.2 *Arguments des professionnels à débuter le frottis avant 25 ans*

2.7.3 *Arguments des professionnels à respecter les recommandations concernant l'âge de fin du dépistage par le FCU*

2.7.4 *Arguments des professionnels à poursuivre le FCU après 65 ans*

2.8 **La phase liquide était majoritairement utilisée car permettait la réalisation du test HPV reflexe mais il existait des freins à son usage**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Le cancer invasif du col de l'utérus (CCU) était, en 2012, le 11e cancer chez la femme en France métropolitaine et le 12e plus meurtrier. L'âge moyen du diagnostic était de 54 ans avec un pic à 40 ans, celui du décès de 66 ans (1)

En 2015, 2797 nouveaux cas et 1092 décès par CCU ont été estimés. Les taux d'incidence et de mortalité sont en baisse régulière depuis 1980 avec cependant un ralentissement depuis 2000. Ce cancer, de relativement bon pronostic est l'un des seuls en France, pour lequel le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic, passant de 68% sur la période 1989 à 1993 à 62% pour 2005 à 2010. Le plan cancer 2014-2019 a pour objectif de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30% à 10 ans. (2)

Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

Un lien a été démontré entre la survenue de lésion dysplasique ou cancéreuse et la persistance d'une infection à Papillomavirus Humain (HPV). La gravité de l'atteinte étant conditionnée en partie par le potentiel oncogène du HPV, dépendant du génotype. On distingue les HPV à haut risque (HPV-HR), 16 et 18 (responsables de 70% des CCU, et de plus de 50% des lésions précancéreuses de haut grade), 31, 33, 35... (2), et les HPV à bas risque (HPV-BR) : 6, 11, 42, 43..., plutôt responsable de condylomes génitaux, de végétations bénignes extra-génitales (anus, larynx) (1).

L'infection à HPV survient le plus souvent par contact sexuel, dans les premières années suivant le début de la sexualité avec une prévalence maximale des HPV oncogènes entre 15 et 25 ans (3). Au cours de leur vie 80% des hommes et des femmes sexuellement actifs y sont exposés (4).

Dans 80% des cas, l'infection est transitoire, sans conséquence cervicale (4), la clairance totale survenant généralement en 8 à 10 mois (5). Le processus de cancérisation est d'environ 13 ans en cas d'infection HPV persistante. (Annexe 1). (4)

Parmi les facteurs d'oncogenèse démontrés on retrouve : le tabagisme, un début de sexualité avant 14 ans, l'immunodépression, la contraception oestroprogestative, le nombre élevé de grossesse, la multiplicité des partenaires, les antécédents d'infection sexuellement transmissible (IST). (4)

Prévention du cancer du col de l'utérus

La prévention primaire vaccinale :

Il existe 2 types de vaccin depuis 2008, Cervarix® (HPV-HR 16, 18) et Gardasil® (HPV 16, 18, 6, 11 ainsi que les HPV-HR 31, 33, 45, 52, 58, dans sa deuxième version autorisée sur le marché en 2015). Ils sont recommandés et pris en charge chez les filles immunocompétentes, ainsi que chez les filles et les garçons immunodéprimés, entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolu. Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, la vaccination HPV est recommandée jusqu'à l'âge de 26 ans, en prévention des lésions anales précancéreuses ou cancéreuses, et des condylomes. Chez les enfants des deux sexes, candidats à une transplantation d'organe solide, la vaccination peut être débutée à l'âge de 9 ans. (6)

La couverture vaccinale est estimée inférieure à 40% en France, ce qui est insuffisant pour induire une immunité de groupe. (4) Fin 2015, seulement 13.7 % des jeunes filles âgées de 16 ans avaient reçu un schéma vaccinal complet. (2)

La prévention secondaire par le frottis cervico-utérin (FCU)

L'Institut National du Cancer (INCa) préconise un dépistage du CCU par FCU triennal après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle, de 25 à 65 ans, chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle, vaccinées ou non contre l'HPV.

La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) précise en 2013, qu'un démarrage anticipé du dépistage à 20 ans peut être discuté s'il existe des facteurs de risque de CCU : partenaires multiples ($\geq 3-5/\text{an}$), IST chronique, VIH. Ainsi en Guyane, département à la population au risque estimé de CCU plus élevé, le dépistage débute à 20 ans. (7)

L'OMS autorise l'arrêt du dépistage à 65 ans sous réserve que les 2 précédents FCU étaient normaux. Tandis que la H.A.S. précise que chez une femme âgée de 65 à 70 ans, un FCU pourra être proposé si : impossibilité de vérifier que les 2 derniers FCU étaient normaux, en cas d'absence de suivi gynécologique régulier et enfin si aucun FCU a été réalisé les 3 dernières années. (7)

Le taux de couverture du FCU est estimé à 60%. La mise en place d'un dépistage organisé à l'échelle nationale, prévu pour 2018 a pour objectif d'augmenter ce taux à 80%, et de faciliter l'accès au dépistage des populations les plus éloignées du système de santé. (8) Des expérimentations ont été initiées en 2010 dans 13 départements, dont le Maine-et-Loire en collaboration avec CAP Santé 49, centre de coordination départemental du dépistage organisé du cancer colorectal et du sein en Maine-et-Loire.

Le FCU peut être réalisé en milieu liquide ou conventionnel, sur lames. Son résultat est donné selon la classification de Bethesda 2014. Les lésions dysplasiques cervicales correspondent aux néoplasies cervicales intra épithéliales (CIN), classées de CIN 1 à 3 et sont retrouvées plus fréquemment dans les lésions LSIL et HSIL de la classification de Bethesda.

Le FCU est classé ASC-US (cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée) dans près de 1 à 3 % des cas. (9) Cette anomalie peut être retrouvée dans tous les états du col : normal, dysplasie cervicale dont 20 à 54 % de CIN 1, 5 à 10% de CIN 2 et CIN 3 et exceptionnellement un cancer invasif. (10) La présence des HPV serait constatée dans 25 à 56% des frottis ASC-US d'après la synthèse de 5 études publiées en 2004 (11) et dans 50.6% selon l'étude Naneix et al, dont 37.7% de HPV-HR. Il s'agirait dans 17.1% des HPV 16 et 18 selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), à partir de l'analyse de FCU réalisés en 2012. (12)

Selon les recommandations de l'Institut National du Cancer, de décembre 2016 (Annexes 2 et 3), en cas de cytologie ASC-US, une recherche d'HPV à haut risque est recommandée en première intention. Pour les femmes de moins de 30 ans, un double immunomarquage p16/Ki67 réflexe peut être proposé à la place du test HPV si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide. La colposcopie et

la cytologie répétée ne sont plus recommandées en première intention. (13) Le test HPV est aussi indiqué comme premier bilan d'une cytologie AGC (anomalies des cellules glandulaires), et dans le suivi à un an d'un FCU LSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade) avec colposcopie normale (13).

Néanmoins, en France, le test HPV n'est remboursé, qu'en cas de FCU classé ASC-US. Il n'a pas sa place au sein du dépistage du cancer du col de l'utérus contrairement à d'autres pays où il est utilisé seul ou en association au FCU. Il est le plus souvent réalisé sur le FCU en phase liquide (test HPV reflexe) ou à partir d'un second prélèvement en milieu dédié en cas de FCU initial sur lame.

Le FCU peut être pratiqué par les gynécologues, médecins généralistes, maïeuticiens depuis 2009 même en dehors de la grossesse, ainsi que par les médecins biologistes dans certains laboratoires d'analyse médicale, sur prescription. C'est un acte médical, qui doit systématiquement être précédé d'une information délivrée par le professionnel de santé. (1). Celle-ci nécessite un ajustement adapté au degré d'anxiété de la patiente et à ses connaissances. (14)

Concernant le rendu d'un FCU anormal, dans une étude européenne réalisée en 2012, plus d'un quart des françaises disaient ne pas comprendre ce mauvais résultat, et réclamaient davantage d'information. Après avoir discuté du diagnostic et du traitement avec leur gynécologue, la moitié restait inquiète, un tiers se sentait rassurée et 20% confiante. (15)

Sachant que 5 à 10% des frottis cervico-utérins ASC-US correspondent à des lésions de haut grade (10) pouvant évoluer vers un cancer du col utérin, que la présence de l'HPV est déterminante dans le processus de cancérogénèse, que deux techniques de FCU existent, dont seule la phase liquide permet la recherche de l'HPV reflexe, il paraît pertinent d'apprécier l'information délivrée aux patientes par les professionnels de santé, à propos du papillomavirus, dans leur pratique du frottis.

MÉTHODES

Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative isolée, par entretien individuel semi dirigé.

Les objectifs

L'objectif principal était d'explorer l'information sur le papillomavirus délivrée aux patientes par les professionnels de santé dans leur pratique du frottis cervico-utérin.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer l'information concernant le lien entre infection à HPV et FCU anormal, le contenu de l'information à propos du FCU ASC-US, les éléments d'information concernant un résultat de test HPV positif ou négatif.

Le recrutement de la population

L'échantillon était constitué de professionnels de santé : médecins généralistes, maïeuticiens, et gynécologues exerçant dans les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe, ayant été confrontés à un frottis cervico-utérin ASC-US.

Les professionnels répondant aux critères d'inclusion et acceptant de participer à l'étude, ont été invités à une rencontre pour réaliser l'entretien. N'ont pas été inclus, les maïeuticiens et médecins généralistes ne pratiquant pas de FCU, les médecins non thésés, ainsi que les professionnels de santé n'ayant jamais été confrontés à un FCU ASC-US.

Le recrutement a été de deux types : recrutement direct, et par « boule de neige ». Le recrutement direct s'est fait par sollicitation des professionnels par la thésarde, par téléphone ou par courriel si celui-ci était connu, afin de leur présenter l'étude. Les coordonnées téléphoniques ont été extraites à partir de l'annuaire pages jaunes. Le recrutement par « boule de neige » concernait ceux qui étaient susceptibles de participer à l'étude selon les premiers professionnels contactés.

La stratégie d'échantillonnage est la variation maximale sur les caractéristiques socio-professionnelles et sur celles de la technique de réalisation du frottis cervico-utérin. Concernant les variables socio-professionnelles, il s'agissait de l'âge, du sexe, de la profession, du lieu d'exercice

(commune rurale ou urbaine), du département (Mayenne, Sarthe ou Maine-et-Loire), du mode d'exercice (ambulatoire ou hospitalier, privé ou public, seul ou en groupe ou Maison de santé pluridisciplinaire, présence ou non d'un secrétariat), et de la date de l'installation. Concernant la technique du FCU, celui-ci pouvait être réalisé en phase liquide ou conventionnelle, sur lames.

La taille de l'échantillon a été dépendante de l'observation de la saturation théorique des données lors de la réalisation des entretiens.

Le recueil de données

Le recueil de données s'est fait par entretien semi-dirigé, à l'aide du guide d'entretien mis en annexe (Annexe 4), élaboré à partir de la littérature, par hypothèses sous-jacentes, et après lecture d'ouvrages de méthodologie. (16, 17, 18). Il débutait par une présentation de la thésarde, et une explication du projet de thèse. Il explorait ensuite 2 domaines d'information : celui de l'information générale à propos du frottis cervico-utérin par les professionnels, puis celui de l'annonce d'un résultat classé ASC-US. Il s'agissait d'explorer le lien entre infection à HPV et FCU anormal, l'annonce du résultat de frottis ASC-US et du suivi de cette anomalie, l'explication à propos du test HPV et de son résultat. Les présupposés à la question de recherche ont été rédigés en amont de la réalisation des entretiens.

Les 12 entretiens se sont déroulés de novembre 2017 à avril 2018, selon le souhait des professionnels de santé, sur leur lieu d'exercice ou au lieu de leur choix. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, ainsi qu'un second enregistrement sonore de précaution, par une caméra orientée de façon à ne pas visualiser l'interlocuteur. La durée de l'entretien était en moyenne de 38 minutes, allant d'un minimum de 15 à un maximum de 67 minutes. Le consentement écrit de chaque professionnel à l'enregistrement de l'entretien et sa retranscription à des fins de recherche a été recueillis avant l'entretien (Annexe 5). Un journal de bord a été utilisé afin d'y consigner toute observation pouvant apporter des éléments pertinents à l'analyse des entretiens.

L'exploitation des données

Le contenu des entretiens a été retrancrit intégralement sur Word, à l'aide d'un logiciel de reconnaissance vocale puis anonymisé. Le verbatim a été analysé par regroupement des unités de sens

linguistique, par thème puis sous thème, à l'aide du logiciel N'vivo ® pour les premiers entretiens puis sur Word. Il s'agissait d'un double codage, par la thésarde et la directrice de thèse. L'analyse des données a eu lieu de décembre 2017 à juillet 2018

L'avis du comité d'éthique

L'étude a reçu un avis favorable, du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), avant sa réalisation le 7 novembre 2017. (Annexe 6)

La recherche bibliographique

Le logiciel Zotero ® a été utilisé pour le stockage et l'organisation des données de recherche, ainsi que dans la rédaction de la thèse pour l'insertion des références bibliographiques.

La recherche a été réalisée à partir des sites internet et bases de données scientifiques suivants : CAIRN INFO, SUDOC, DUNE, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, HAUTE AUTORITE DE SANTE, LEGIFRANCE, EM PREMIUM, INSTITUT NATIONAL DU CANCER, INSEE, PRESCRIRE, MINERVA, LA REVUE DU PRATICIEN DE MEDECINE GENERALE

Les mots clés utilisés ont été :

« Test HPV », « frottis ASC-US », « infection à papillomavirus », « Information du patient », « loi du 4 mars 2002 », « impact psychologique d'un résultat de frottis anormal », « cancer du col de l'utérus », « secteur rural », « secteur urbain », « épidémiologie du papillomavirus », « prévention du papillomavirus », « infection sexuellement transmissible », « transmission du papillomavirus » « dépistage du cancer du col de l'utérus » « sexualité de l'adolescent », « sexualité des plus de 60 ans »

RÉSULTATS

1. POPULATION

1.1. Caractéristiques générales

L'échantillon étudié comprenait 12 professionnels de santé, 8 femmes et 4 hommes dont l'âge s'étendait de 29 à 53 ans. 6 étaient médecins généralistes, 3 maïeuticiens et 3 gynécologues-obstétriciens. 5 professionnels exerçaient en Maine-et-Loire, 4 en Mayenne et 3 en Sarthe.

Tableau I : Caractéristiques générales des professionnels

Entretien (E)	Profession	Age (années)	Sexe	Secteur d'exercice	Département	Type d'exercice
1	MG	<35	F	Urbain	49	Privé, remplaçante
2	MG	35 à 50	H	Urbain	53	Privé, MSP
3	M	35 à 50	F	Urbain	53	Privé, EGP
4	MG	>50	F	Urbain	49	Privé, EGP
5	GO	>50	H	Urbain	53	Privé, Structure collective
6	GO	35 à 50	H	Rural	72	Public, Structure collective
7	M	<35	F	Rural	72	Public, Structure collective
8	M	<35	F	Urbain	53	Privé, EGP
9	MG	<35	F	Urbain	49	Public, Structure collective
10	MG	35 à 50	F	Urbain	72	Privé, EGP
11	MG	<35	F	Urbain	49	Public et Privé, Structure collective
12	GO	35 à 50	H	Urbain	49	Public, Structure collective

Profession : MG : Médecin généraliste ; M : Maïeuticien ; GO : Gynécologue-obstétricien

Sexe : F : Femme ; H : Homme

Type de cabinet : MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; EGP : Exercice en Groupe Pluriprofessionnel (n'ayant pas le statut de MSP)

2 professionnels exerçaient en zone classée rurale selon l'INSEE, les autres en secteur urbain.

Le secteur urbain incluait des communes de densité variable allant de 2945 à 151 520 habitants.

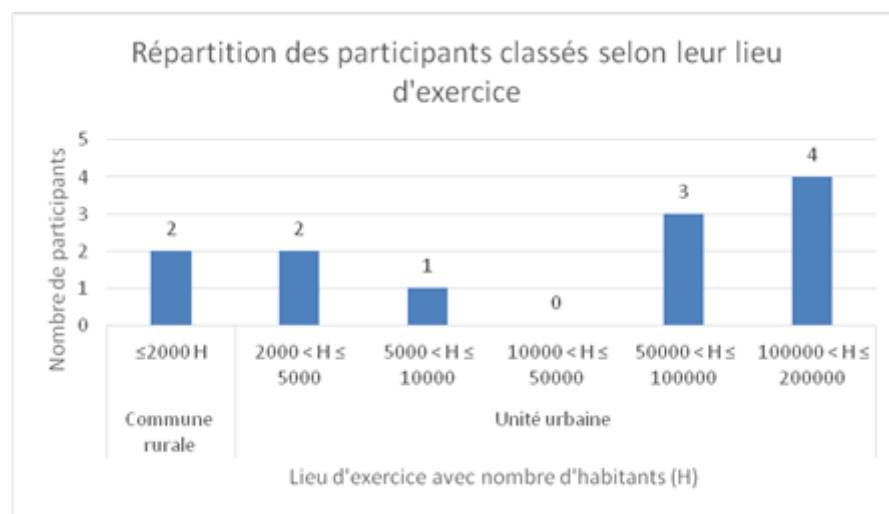


Figure 1 : Répartition des participants selon leur lieu d'exercice

1.2. Profils d'activités

Les professionnels avaient une activité variable de gynécologie. Notre échantillon comptait 3 gynécologues obstétriciens. Plusieurs professionnels étaient titulaires du Diplôme Universitaire (D.U.) de gynécologie : 2 maïeuticiens sur 3, et 3 médecins généralistes sur 6. Parmi ces 3 médecins généralistes, 2 travaillaient dans un service de gynécologie ou de planification familiale.

Un gynécologue obstétricien avait bénéficié d'une formation à l'annonce avec un D.U. d'une durée de 2 ans. Les 11 autres professionnels n'en avaient pas eu.

Tableau II : Activités de gynécologie et formation à l'annonce des professionnels

Entretien (E)	Profession	Gynécologue ou activité orientée en gynécologie	Type d'actes gynécologiques				Formation à l'annonce
			Frottis cervico- utérin	Pose de DIU	Pose d'implant	Suivi de grossesse	
1	MG	Non	Rare,	Rare	Jamais	Rare	Non
2	MG	Non	Fréquent	Rare	Fréquent	Rare	Non
3	M	Oui, D.U. Gynécologie	Fréquent		Rare	Très fréquent	Non
4	MG	Non	Très fréquent,	Fréquent			Non
5	GO	Oui, pas de D.U.	Très fréquent			Rare	Non
6	GO	Oui plusieurs D.U.	Très fréquent				Oui (D.U. d'annonce)
7	M	Oui, pas de D.U.	Rare	Jamais		Très fréquent	Non
8	M	Oui, D.U. Gynécologie	Très fréquent	Fréquent		Très fréquent	Non
9	MG	Oui, centre de planification	Très fréquent			Rarement	Non
10	MG	Oui, D.U. Gynécologie	Très fréquent	Fréquent			Non
11	MG	Oui, plusieurs D.U.	Très fréquent				Non
12	GO	Oui, plusieurs D.U.	Rare	Jamais		Très fréquent	Non

Type d'activité : D.U. : Diplôme Universitaire

Profession : MG : Médecin généraliste ; M : Maïeuticien ; GO : Gynécologue-obstétricien

Le FCU en phase liquide était pratiqué par 3 maïeuticiens, 3 gynécologues obstétriciens et par les 3 médecins généralistes qui étaient titulaires du D.U. de gynécologie. La phase conventionnelle était utilisée par 2 médecins généralistes. Tandis qu'un autre utilisait les 2 techniques selon les modalités de FCU utilisées par le médecin qu'elle remplaçait.

Tableau III : Technique utilisée de frottis cervico-utérin

Entretien (E)	Profession	Technique
1	MG	Liquide et Conventionnelle
2	MG	Conventionnelle
3	M	Liquide
4	MG	Conventionnelle
5	GO	Liquide
6	GO	Liquide
7	M	Liquide
8	M	Liquide
9	MG	Liquide
10	MG	Liquide
11	MG	Liquide
12	GO	Liquide

Conventionnelle : FCU sur lame

Liquide : FCU en phase liquide

Profession : MG : Médecin généraliste ; M : Maïeuticien ; GO : Gynécologue-obstétricien

2. PRINCIPAUX RESULTATS

2.1 L'HISTOIRE NATURELLE DE L'HPV ET LE CONTEXTE DE L'INFECTION ARGUMENTAIENT L'AGE DU FROTTIS CERVICO-UTERIN

2.1.1 Les connaissances de l'HPV justifiaient l'application des recommandations préconisant le frottis de 25 à 65 ans.

Les professionnels les plus anciens avaient modifié leurs pratiques. L'âge de début du FCU était en début de carrière déterminé par celui des premiers rapports sexuels, et le lien avec l'HPV n'était pas encore expliqué aux patientes. « *Il fallait faire le frottis [...] à partir des relations sexuelles [...] après on a su que c'était en lien avec un virus* ». (E4)

L'âge de début et de fin du FCU s'appuyait sur la lenteur de genèse des lésions : « *les lésions liées au papilloma [...] mettent plusieurs années à se développer [...] débuter à [...] 25 ans, c'est safe* » (E2) « *le cancer du col [...] évolue lentement. [...] si le frottis est normal à 65 ans il y a peu de chance de développer un cancer* » (E1).

Le FCU débutait à 25 ans car il existait un risque de traitement abusif de lésions en amont, faisant aborder la notion de clairance virale de l'HPV : « ça peut être délétère de [...] dépister [...] trop tôt [...] le cancer du col [...] on augmente le risque de trouver une anomalie, qui [...] aurait cicatrisé [...] seule » (E9).

De plus, après 25 ans, le contage à l'HPV devenait moins fréquent : « il y a moins [...] de contact avec les [...] papillomavirus » (E8).

2.1.2 La limite du FCU à 65 ans dépendait plus de la vie sexuelle des patientes que de l'histoire naturelle de l'infection HPV.

Le contage avec l'HPV, maximal en début de vie sexuelle justifiait une surveillance par le frottis pendant toute la vie intime de la patiente « à partir d'un [...] partenaire, elle a possiblement été en contact avec du papilloma [...] il y a une surveillance [...] à 25 ans [...] toute sa vie génitale » (E7).

L'âge de 65 ans comme âge de fin du frottis était respecté en cas de couple stable, ou d'absence de sexualité corrélés à un risque faible de contage à l'HPV : « 65 ans si les frottis ont toujours été normaux [...] leur couple [...] stable » (E5), « c'est un cancer [...] sexuellement transmissible, [...] si vous ne l'aviez pas [...] s'il n'y a plus [...] de partenaire [...] le risque de l'attraper est exceptionnel » (E9)

2.1.3 L'estimation du potentiel infectieux de l'HPV déterminait la décision de réaliser le FCU en dehors des recommandations.

Après l'âge de 65 ans, **un changement de partenaire dans les 2 dernières décennies** était fréquemment recherché car associé à un contage tardif à l'HPV : « si elle s'est remariée à 50 ans, pourquoi on arrêterait à 65 » (E11)

Un début de sexualité, avec un contage à l'HPV estimé précoce conduisait à avancer l'âge de début du dépistage : « je le fais plus tôt, quand elles ont [...] eu leur premier rapport à 14 [...] une grossesse avant 25 ans » (E11). La durée d'exposition à l'HPV incitait à réaliser le FCU lorsqu'il s'approchait du délai de genèse des lésions : « une fille [...] de 16 ans [...] vous attendez 25 [...] ça fait neuf ans qu'elle est exposée à des papillomavirus » (E5).

Une conduite sexuelle à risque de contage à l'HPV pouvait déclencher la réalisation du FCU en dehors des recommandations. Le frottis pouvait être réalisé avant 25 ans si la patiente avait « plusieurs partenaires, pas forcément de préservatifs » (E3) ou quel que soit l'âge en cas de « libertinage [...] violences » (E8) ou « si le compagnon n'est pas fiable, il y a risque de transmission du papillomavirus » (E2)

Un antécédent d'infection à l'HPV était en faveur de la poursuite du frottis après 65 ans : « la dame qui a eu une conisation à 55 ans, porteuse du virus [...] je trouve [...] bête, d'arrêter [...] à 65 ans sans tenir compte du passé » (E5).

La présence de facteurs de persistance de l'infection HPV influençait la décision de réaliser le frottis en dehors des recommandations, tel que le tabagisme : « Le tabac, puisqu'il augmente le risque ». (E5)

2.2 L'IST HPV « UNE IST PAS COMME LES AUTRES » était abordée par sa prévention.

2.2.1 L'abord de la vaccination HPV qui ne concernait en France que les filles, permettait d'informer de l'IST HPV et de ses conséquences.

« C'est [...] avant le frottis qu'on parle de l'HPV, par la vaccination » (E4). Elle permettait de réduire partiellement le risque d'infection cervicale à HPV : « ça ne protège pas à 100 %, mais [...] ça [...] limiterait les risques d'avoir une infection au niveau du col » (E5). Elle avait un intérêt majeur en protégeant des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus, car l'HPV en était toujours responsable : « si on évite les infections, à terme, on évitera toute lésion précancéreuse, donc on n'aura pas de cancer » (E6). Elle protégeait également d'autres types de cancers liés à l'HPV : « le vaccin [...] protège du cancer du col [...] et d'autres [...] cancers, qu'on peut attraper [...] quel que soit sa sexualité. » (E9) « virus [...] responsable de cancers [...] oro-pharyngés » (E9).

L'intérêt de la vaccination HPV était appuyé par le fait qu'il n'existe pas de traitement de l'infection HPV « les virus on ne sait pas les traiter, le meilleur moyen pour le contrer, c'est le vaccin. » (E6)

2.2.2 L'information sur l'inefficacité du préservatif contre l'HPV variait, allant d'une certitude affirmée à une imprécision exprimant les doutes

« *Le préservatif protège de la grossesse, du sida, de l'hépatite B [...] C. [...] pas du HPV* » (E5), faisant du vaccin HPV la seule prévention disponible. Les autres IST étaient abordées afin d'appuyer l'intérêt du préservatif malgré son inefficacité sur l'HPV : « *derrière [...] des condylomes [...] peut se cacher une hépatite, un VIH* » (E6).

Néanmoins la question de la protection de l'HPV par le préservatif posait problème car était source d'incertitudes : « *dans mon idée on était protégé par le préservatif [...] on peut l'attraper [...] par les préliminaires, il suffit qu'il y ait pas eu de préservatif* » (E4).

Le préservatif était mentionné comme mode de protection de l'HPV pour l'homme : « *chez les hommes à part la protection primaire par le préservatif on a pas grand-chose* » (E7).

L'information était souvent peu précise, par manque de certitude scientifique : « *je suis pas très précise [...] on est [...] pas très au clair [...] on sait que le préservatif est pas efficace* » (E10)

Elle était parfois faite à la demande : « *Non je n'en parle pas spontanément.* » (E12).

2.2.3 L'IST HPV, est une IST particulière, de transmission majoritairement sexuelle, non dépistée et non recherchée chez le partenaire

Elle était très fréquente : « *c'est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus répandues* » (E6).

C'était une IST car « *le mode de transmission est le plus souvent sexuel* » (E6). Les lésions liées à l'HPV étaient de localisations variées, corrélées à la diversité des pratiques sexuelles. Tout type de rapport sexuel était contaminant : « *ça se transmet par les rapports sexuels quel qu'il soit [...] pénétration vaginale [...] oro pharyngée...* » (E9), même sans pénétration : « *il y a [...] toutes les localisations [...] même s'il n'y a pas eu pénétration sexe à sexe* » (E6).

L'infection HPV au niveau du col de l'utérus était de transmission sexuelle : « *au niveau du col de l'utérus c'est sexuel [...] sinon on ferait des frottis aux vierges* » (E5). De ce fait, en l'absence

d'antécédent de relation sexuelle, une infection cervicale utérine à HPV était exclue : « *on a pas [...] si on n'a pas eu de rapport, de risque d'HPV* » (E4).

Les autres localisations d'HPV étaient compatibles avec une transmission sexuelle mais également avec le contact appuyé d'une surface infectée : « *au niveau vulvaire, périnéal, anal, je veux bien que ce soit la piscine [...] en s'asseyant* » (E5)

Chez l'homme, l'HPV pouvait être responsable comme chez la femme de condylomes et de cancers : « *l'HPV était impliqué dans le cancer de la verge [...] de condylomes de l'urètre* » (E6).

Des photographies de condylomes étaient montrées à la patiente afin qu'elle sache les reconnaître et éviter un éventuel contage : « *je [...] montre des photos [...] des condylomes [...] lésions disgracieuses* » (E6)

La notion de contagion était très souvent abordée, parfois spontanément : « *je leur dis que c'est contagieux* » (E11) ou à la demande : « *si elles me posent la question. [...] c'est assez contagieux* » (E12). L'homme était vecteur de l'infection HPV : « *les garçons et les filles sont porteurs [...] mais c'est les garçons qui transmettent le virus* » (E2) « *le porteur, c'est l'homme* » (E8)

Malgré le caractère contagieux de l'IST HPV, elle ne nécessitait pas, contrairement aux autres IST, de bilan chez le partenaire : « *Il n'y a pas besoin de faire de contrôle particulier chez l'homme* » (E12). L'infection HPV étant souvent asymptomatique chez l'homme : « *les hommes sont asymptomatiques* » (E11) « *au niveau masculin c'est assez peu symptomatique* » (E12)

C'était aussi une IST qu'on ne dépistait pas : « *on chope lors des relations sexuelles [...] mais il n'est pas vraiment considéré [...] IST, au sens qu'on ne le dépiste pas* » (E1). Et qui n'entraînait pas de dépistage systématique des autres IST : « *si [...] elles ont des inquiétudes [...] sur l'infidélité de monsieur, on va refaire les autres sérologies [...] mais sur l'HPV non.* » (E9).

2.3 LES CARACTERISTIQUES DES LESIONS INDUITES PAR L'HPV PERMETTAIENT UNE INFORMATION ADAPTEE SUR L'INTERET DU FCU

2.3.1 L'infection HPV n'était pas grave et sans conséquence sur la fertilité mais elle était impliquée dans la genèse du cancer du col selon le type d'HPV

L'infection HPV en elle-même n'était pas grave. Il était précisé en amont du frottis qu'elle n'était pas fatale : « *Il n'est pas dangereux, [...] pas mortel* » (E6), n'avait pas de conséquence sur la fertilité : « *ça n'empêche pas d'être enceinte [...] de mener des grossesses [...] d'accoucher normalement* » (E5).

L'HPV était un facteur commun à tout cancer du col : « *sans HPV il n'y aurait pas de [...] cancer du col* » (E6). Mais l'évolution d'une infection HPV n'était pas inéluctablement le cancer : « *la présence d'HPV veut dire [...] que ça va aller vers un cancer du col, c'est non [...] il y a des cofacteurs, dont le principal [...] c'est l'HPV* » (E6)

La gravité des lésions était fonction du type d'HPV. Les plus menaçants étaient invisibles macroscopiquement : « *Ceux [...] qui ne donnent pas de signes, c'est [...] les plus dangereux qui peuvent donner un cancer du col* » (E6). Le cancer du col de l'utérus pouvait être fatal : « *le cancer du col de l'utérus, [...] tue 2000 femmes par an* » (E2). Les lésions visibles liées à l'HPV étaient moins inquiétantes : « *ceux [...] bruyants [...] sont moins grave, mais ils causent un préjudice esthétique* » (E6).

2.3.2 Les lésions liées à l'HPV régressaient majoritairement, la persistance de l'infection HPV entraînait des anomalies du FCU, qui non dépistées pouvaient se cancériser.

L'infection HPV et ses lésions pouvaient disparaître. La notion de clairance était abordée lors du frottis : « *dans la majorité, on s'en débarrasse tout seul [...] Ça ne laisse pas de traces* » (E4). Le tabac était un cofacteur de réduction de la clairance virale : « *si on fume, [...] on a plus de mal à l'éliminer [...] Je leur dis d'arrêter de fumer* » (E11).

L'infection HPV et ses lésions pouvaient persister dans le temps : « *il y en a [...] qui [...] n'arriveront pas à guérir* » (E9). La persistance de l'infection HPV était à l'origine de la genèse des lésions cervicales : « *au bout d'un [...] temps [...] le virus, [...] va entraîner des modifications [...] on va voir les cellules [...] changer* » (E9). Les lésions liées à l'HPV avaient un potentiel de gravité évolutif, incluant la notion de lésions précancéreuses : « *un processus de transformation [...] aboutit à des lésions précancéreuses puis cancéreuses, si on attend [...] longtemps* » (E11).

2.4 L'INFORMATION SUR LE DEPISTAGE DES ANOMALIES DU COL ET LEUR LIEN AVEC L'INFECTION HPV S'ADAPTAIT A LA FEMME

2.4.1 Elle était opportune et se modifiait selon les convictions et la réticence de la patiente à réaliser le frottis.

Chez la **femme de 25 ans**, elle se faisait dans l'information préalable à la réalisation du premier frottis : « *J'explique ça, pour les filles qui n'ont pas encore eu de frottis* » (E5).

Lors de la réalisation du frottis chez une **femme ayant une fille** l'information était opportune : « *J'en parle chez la femme de plus de 25 ans si elle a une fille qui peut être concernée par le vaccin* ». (E9)

Chez la **femme ayant déjà eu un frottis, mais n'en connaissant pas l'intérêt** dans le dépistage des lésions liées à l'HPV elle était précisée : « *on s'aperçoit qu' [...] elles ne savent pas pourquoi on fait des frottis donc je réexplique.* » (E5)

En cas de réticence à la réalisation du frottis, l'information sur l'HPV pouvait être plus approfondie : « *on peut expliquer [...] quand on sent, qu'elle est réticente* » (E7)

Chez des patientes pensant avoir un risque faible d'infection à l'HPV, l'information était contournée : « *j'ai [...] un peu de mal à faire les frottis aux [...] femmes [...] pratiquantes mariées [...] qui démarrent une relation sexuelle qu'après le mariage* » (E3) car selon celles-ci « *il ne s'est rien passé avant, [...] elles ne peuvent pas attraper de maladie* » (E3). Afin d'obtenir leur adhésion, l'absence de

lien systématique entre HPV et cancer du col de l'utérus était évoquée « *c'est pas que le papillomavirus qui peut abîmer le col de l'utérus [...] le frottis est toujours utile* » (E3)

2.4.2 Elle s'adaptait qualitativement à la patiente pour en faciliter la compréhension

Il était préconisé dans l'information délivrée sur l'HPV et le frottis ASC-US, l'usage de termes synthétiques : « *rester très circonscrit* » (E6), et d'éviter les termes techniques pouvant être anxiogènes : « *je leur parle pas de métaplasie dysplasie* » (E2). Des analogies pouvaient être réalisées avec d'autres agents infectieux, mieux connus des patientes. « *je fais le parallèle avec la grippe* » (E9).

Il était déconseillé de donner une information trop exhaustive au risque qu'« *on l'aura tellement gargarisé d'informations [...] elle n'aura pas retenu la moitié* » (E6). Ainsi mieux valait favoriser l'expression des patientes pour réduire leurs craintes : « *si on ne lui a pas donné la possibilité de s'exprimer [...] elle repartira avec ses peurs* » (E6)

Des supports écrits étaient utilisés en complément de l'information orale : « *des planches anatomiques [...] spécialisées sur le papillomavirus [...] on a cette évolution de l'infection.* » (E10), « *protocoles de conduite à tenir* » (E4).

Il était recommandé d' « *avoir une consultation dédiée quand il y a des résultats anormaux* » (E10)

2 5 LE LIEN ENTRE HPV ET ANOMALIES DU FROTTIS ETAIT LE PLUS SOUVENT EVOQUE DEVANT UN RESULTAT DE FROTTIS ANORMAL ET PRINCIPALEMENT SI CELUI-CI ETAIT ASC-US.

2.5.1 Supposé connu par les patientes ayant déjà eu un FCU, il était rarement précisé lors d'un nouveau frottis

« *si elles en ont déjà fait, [...] on fait le frottis, et on n'en parle pas.* » (E10)

2.5.2 Le lien pouvait être fait quand le FCU était réalisé en phase liquide.

L'HPV reflexe était évoqué « *ils peuvent lancer tout de suite la recherche d'HPV* » (E4), ce qui représentait un gain de temps car « *un [...] ASC-US ou LSIL [...] sur lame, ça suppose que vous la*

recontactiez [...] qu'elle accepte de revenir » (E5). Et facilitait l'information d'un frottis anormal qui pouvait être complexe : « *c'est pas toujours facile [...] d'expliquer que son frottis est pas tout à fait normal alors qu'ils ont toujours été normaux* » (E5), en disposant de compléments diagnostiques.

2.5.3 Il était le plus souvent abordé en présence de l'anomalie ASC-US, dont une option de suivi comportait la réalisation du test HPV.

Le caractère pathologique du FCU ASC-US était douteux : « *le biologiste ne sait pas [...]. Il n'a pas dit que c'est anormal, [...] non plus que c'est [...] normal.* » (E6). « *ça ne veut pas dire que c'est grave* » (E3). Et « *ASC-US ne veut pas dire malade* » (E5) car « *le frottis c'est pas un examen de diagnostic ... c'est un examen de dépistage* » (E5).

En cas de frottis ASC-US, des examens complémentaires étaient nécessaires pour lever le doute sur une pathologie cervicale : « *on va [...] préciser les choses, soit en identifiant le virus, soit en cherchant [...] p16/Ki67, soit en faisant des biopsies* » (E5), avec souvent priorité au test HPV : « *j'incite [...] à faire la recherche d'HPV* » (E4). La mention du test HPV était fonction de l'âge de la patiente : « *il faut [...] un typage du virus si elles ont plus de 30 ans, [...] pour savoir, [...] si c'est une souche 16 ou 18* » (E11).

2.6 L'INFORMATION SUR L'HPV S'ENTOURAIT DE PRECAUTIONS CAR ELLE SOULEVAIT LA QUESTION D'UNE INFIDELITE DU CONJOINT

2.6.1 L'information précisait l'incapacité à dater la contamination et l'impossibilité d'affirmer une infidélité du conjoint en cas d'infection HPV

En amont du frottis, l'incapacité à dater l'infection était précisée : « *si vous êtes HPV positif [...] je ne peux pas vous dire si c'est votre compagnon actuel, ou [...] d'il y a quelques années* » (E10), mais également l'absence de lien entre infection à HPV et infidélité du conjoint : « *Ça se transmet par les relations, mais [...] ça veut pas dire que le mari a été infidèle* » (E8).

L'éventualité d'un contage à l'HPV par une relation antérieure de la patiente ou du partenaire était précisée : « *ce n'est pas forcément le conjoint qui est allé chercher l'HPV chez une autre [...] ça peut être avec un conjoint antérieur* » (E12) « *Il avait [...] quelqu'un avant ? oui il avait une copine [...] ben [...] c'est sa copine qui lui avait refilé* » (E5)

2.6.2 L'attitude préventive allait jusqu'à prédire l'absence d'HPV si le couple n'avait pas eu de relation sexuelle extérieure.

L'information d'un frottis anormal en amont d'un résultat de test HPV chez une femme, dont les deux partenaires du couple n'avaient eu des relations qu'entre eux, était complexe car soulevait la question d'une infidélité, génératrice d'anxiété : « *il n'y aura pas de raison qu'il y ait du papillomavirus [...] ne vous inquiétez pas* » (E3)

2.6.3 L'information était succincte et vigilante en cas de test positif

La fréquence de l'HPV était précisée en dédramatisant l'IST : « *plus de 90 % des patientes [...] un jour ou l'autre dans leur vie finisse par le contracter* » (E9)

Le caractère sexuellement transmissible n'était pas systématiquement précisé afin de ne pas faire suspecter d'infidélité et était fait à la demande : « *je ne vais pas systématiquement expliquer [...] c'est [...] par voie sexuelle qu'elles l'ont chopé, c'est si on me pose la question* » (E5).

L'information sur l'HPV était succincte pour ne pas incommoder les patientes : « *on rentre pas dans les détails [...] les patientes, sont pas [...] à l'aise avec [...] l'idée que ça puisse être [...] transmis par [...] leur mari, ou un partenaire antérieur* » (E7)

En cas d'antécédent de test HPV négatif, l'information était délicate, certains professionnels étaient succincts afin de ne pas créer de problème conjugal : « *ça arrive que ça revienne comme ça, sans [...] qu'on sache pourquoi [...] je ne m'étale pas plus [...] pour pas qu'il y ait de chasse aux sorcières.* » (E8). Il était expliqué parfois par le manque de sensibilité du précédent test : « *il se peut que le virus existait, c'est juste qu'on ne l'a pas trouvé* » (E6).

2.7 LES PARTICULARITES DE L'INFORMATION SUR L'HPV EN CAS DE FROTTIS ASC-US

2.7.1 L'information sur le lien entre HPV et ASC-US était souvent intégrée

Le frottis ASC-US correspondait à des anomalies cellulaires indéterminées « *ce sont des cellules que l'on arrive pas [...] à identifier* » (E4) corrélées à une présence possible de l'HPV : « *ça peut être signe qu'il y a une infection par le papillomavirus* » (E4), ou systématique : « *c'est un état de*

changement de cellules qui est lié au virus » (E2) « *c'est des infections chroniques c'est très lent* » (E2).

L'histoire naturelle de l'infection à HPV était précisée pour rassurer la patiente concernant l'absence probable de cancer car il existait plusieurs stades d'anomalies : « *entre le stade de l'ASC-US et le [...] cancer, il y a [...] un nombre infini de modifications, toutes [...] variables* » (E9).

Mais un frottis ASC-US n'était pas toujours associé à l'HPV : « *ça veut pas dire qu'il y a du virus. Un stérilet ça peut provoquer un ASC-US. [...] le post-partum, ...un ectropion* » (E5) « *c'est d'origine indéterminée* » (E5).

2.7.2 La recherche de l'HPV n'était pas toujours énoncée à la patiente

La recherche de l'HPV complétant le constat d'une anomalie ASC-US n'était pas annoncée pour éviter d'aborder son potentiel cancérigène et diminuer les craintes des patientes : « *si on leur dit : on va rechercher ça, elles vont [...] dire : alors j'en ai ? [...] c'est quand j'ai les résultats du test [...] que j'en parle* » (E8).

Le test HPV pouvait être proposé en amont de sa réalisation en cas de résultat de FCU ASC-US si le frottis avait été fait sur lame : « *c'est à ce moment-là que je leur propose de faire le test HPV* » (E4)

La recherche de l'HPV était le plus souvent annoncée lors du résultat de test HPV positif : « *Une recherche virale, [...] a mis en évidence que vous étiez porteuse d'un virus qui [...] va entraîner des modifications [...] des cellules* » (E9).

2.7.3 L'annonce du résultat de test HPV n'était pas toujours concomitante.

Le professionnel procédait parfois à l'annonce du FCU ASC-US sans disposer du résultat de test HPV. En effet, soit le résultat du test arrivait de façon synchrone à celui du FCU : « *On les a ensemble en général* » (E10), soit il arrivait de façon différée. Dans ce cas, il était choisi par le professionnel d'attendre ou non le résultat du test HPV avant l'annonce du résultat ASC-US : « *si c'est un ASC-US, il*

y aura le résultat d'HPV, certaines fois je les appelle avant le résultat de l'HPV, d'autres fois après » (E8).

2.7.4 L'information sur le test HPV nécessitait des précautions pour limiter la crainte du cancer, qui était ravivée si test HPV positif.

i Un résultat de test HPV négatif, n'était pas toujours communiqué à la patiente, car synonyme de normalité.

En cas de FCU ASC-US, lorsque la négativité du test HPV était précisée, il était assimilé à un FCU normal : « *les résultats [...] sont pas parfaitement normaux [...] mais la recherche de virus potentiellement dangereux est négative, [...] frottis dans trois ans* » (E5).

Les anomalies du FCU étaient expliquées par la clairance virale qui expliquait la négativité du test HPV : « *Ça veut dire qu'elles ont éliminé [...] le virus* » (E6)

D'autre fois, lorsque le test HPV était négatif, l'anomalie ASC-US n'était pas annoncée à la patiente, : « *si [...] il y a aucun HPV oncogène, je ne les appelle pas* » (E9). « *Si le résultat est négatif, on ne les rappelle pas [...] on leur dit [...] pas de nouvelles, c'est que c'est normal.* » (E12)

ii L'information sur le test HPV positif était source d'inconfort et nécessitait de s'entourer de précautions pour limiter la crainte d'un cancer du col de l'utérus.

L'information sur le test HPV avait souvent lieu lorsqu'il était positif car une positivité était plus préoccupante du fait d'un risque accru de lésions cervicales. L'absence de gravité était alors évoquée : « *pour l'instant on est pas sur une lésion grave mais [...] qu'on ne peut pas ignorer* » (E9).

L'information dépendait parfois du type d'HPV. En l'absence d'HPV oncogène 16 ou 18, les professionnels rassuraient la patiente : "vous n'avez pas [...] les virus les plus dangereux, votre frottis n'a jamais montré de vraie maladie » (E5) « *Si c'est d'autres souches, je vais [...] les rassurer [...] la colposcopie devrait être rassurante* » (E11).

L'inquiétude était majorée en présence d'HPV 16 ou 18 : « *s'il est 16 ou 18 [...] c'est un petit peu plus embêtant, [...] c'est souvent ceux qui sont responsables [...] des lésions précancéreuses* » (E11). L'absence de cancer du col de l'utérus était alors précisée : « *vous n'avez pas de cancer pour l'instant* » (E11)

Le caractère réversible d'une potentielle lésion était précisé en cas de frottis ASC-US avec HPV positif : « *une cicatrice, ce qui m'a blessé, n'est plus là [...] la cicatrice [...] peut rester [...] disparaître [...] sans laisser de trace [...] le papillomavirus c'est pareil* » (E6).

Mais des examens complémentaires étaient nécessaires afin de rechercher une lésion cervicale : « *les [...] virus qui peuvent provoquer ces remaniements [...] sont présents [...] il faut voir s'ils ont été atteindre un peu plus loin au niveau du col* » (E8)

Et la possibilité d'une réinfection par l'HPV après guérison était évoquée en cas de test HPV positif : « *elle peut aussi se réinfecter au HPV dans sa vie* » (E12)

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1.1. Forces de l'étude

Etude qualitative

La technique de l'étude qualitative par entretien individuel semi-structuré a été choisie afin de favoriser l'expression par les professionnels de leur pratique habituelle, en s'appuyant sur leur propre expérience. Il a été préféré à la technique du « focus group » pour éviter l'adaptation du discours en réponse aux pratiques des autres professionnels.

Le guide d'entretien a été modifié après les deux premiers entretiens afin de mieux répondre à la question de l'étude. Le double codage de la moitié des entretiens avec la directrice de thèse et la présence d'un journal de bord ont permis d'améliorer la catégorisation. La triangulation a affiné l'analyse thématique.

Recrutement de la population en variation maximale

Les participants ont été sélectionnés sur plusieurs critères de variation maximale, permettant de majorer la validité de l'étude, à savoir l'âge, le sexe, le mode d'exercice public ou privé, ambulatoire ou collectif, et la localisation géographique. La population, pluriprofessionnelle incluait des gynécologues obstétriciens, des maïeuticiens et des médecins généralistes. Les médecins non thésés et les professionnels ne réalisant pas de frottis ont été exclus afin d'avoir des réflexions basées sur la pratique et l'expérience. Le choix d'inclure uniquement des professionnels ayant déjà été confrontés à un frottis ASC-US a été fait afin d'augmenter la probabilité qu'une information à propos du papillomavirus dans le cadre d'un frottis anormal ait été délivrée.

Originalité de l'étude

Il existe des études sur l'annonce d'un FCU anormal, mais il n'en a pas été retrouvé sur l'information délivrée exclusivement sur l'HPV autour du FCU. Une étude de 2010, concernant les patientes, montrait un manque d'information et des incertitudes à propos de l'HPV. (19).

1.2. Faiblesses de l'étude

Un recrutement difficile

Certains professionnels ont refusé de participer, en raison d'une indisponibilité. Il existait aussi un biais de mémorisation car l'annonce d'un frottis ASC-US restait un évènement exceptionnel. De même, les professionnels étaient également peu confrontés au test HPV et à l'annonce de son résultat.

Manque d'expérience de la thésarde

La qualité de l'étude a été limitée par l'inexpérience de la thésarde dans la réalisation et l'analyse d'entretien.

2. DISCUSSION DES RESULTATS

2.1 L'information sur l'HPV était délivrée dans une temporalité variable pour justifier l'intérêt, la compréhension du frottis et favoriser la prévention.

L'HPV était évoqué progressivement, à différents moments de la prise en charge. A travers la vaccination chez les patientes ayant des filles en âge d'être vaccinées, mais aussi dans l'information préalable à la réalisation du FCU, et surtout en cas de résultat de FCU anormal.

Cette pratique est en accord avec le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui préconise en 2012 que toute opportunité soit mise à profit pour initier la vaccination (20). Les campagnes de vaccination et de dépistage du CCU ont accru les connaissances des patientes, mais l'information issue de certains médias et de l'entourage des femmes reste incontrôlée et parfois source de confusion. Ainsi, en 2012, 80% des femmes souhaitaient une meilleure information sur les troubles liés à l'HPV et leur prévention. (15).

En 2017, une étude suédoise portant sur l'annonce d'un FCU anormal montrait que la connaissance par la patiente du lien entre HPV, résultats anormaux du FCU et CCU était encore limitée (21).

Un article stipule enfin l'importance de l'éducation et de l'information sur l'HPV et son histoire naturelle, car la prévention des cancers liés à l'HPV est restreinte. (22) En effet, la vaccination ne couvre qu'une infime partie de la population exposée et seulement 40% de la population cible est vaccinée. (4) Le FCU est le seul dépistage des cancers HPV induits dans la population générale, et il a un taux de couverture insuffisant d'environ 60%. (8)

2.2 L'information sur la transmission de l'HPV, majoritairement sexuelle était délicate, ses autres modes étaient peu abordés.

L'HPV était de transmission majoritairement sexuelle. On observait une variabilité des localisations car tout type de rapport sexuel était contaminant. Santé Publique France précise que les HPV anogénitaux sont transmis lors de rapports sexuels vaginaux, oraux, anaux, avec ou sans pénétration. (23), mais aussi souvent par les contacts intimes peau à peau. (24) Les rapports pénétrants vaginaux et anaux sont les plus contaminants. Les rapports oro-génitaux et digito-génitaux, augmentent la prévalence de l'HPV cervical. (24) Mais cette transmission orale ou digitale, même si clairement décrite paraît minime. (24).

Il était précisé qu'une infection HPV pouvait être exclue en cas de virginité. Une étude de 2015 précise qu'elle préserve du risque de CCU (4). Selon une autre étude, la faible prévalence de l'HPV chez les patientes vierges (2%) conforte le rôle majeur des rapports sexuels, mais n'exclue pas la possibilité d'une autre voie de transmission, comportant une auto ou hétéro inoculation de l'HPV (jeux érotiques sans pénétration ou autre voie sans rapport avec la sexualité). (24)

Il était évoqué le fait que les femmes n'ayant plus de relations sexuelles avaient tendance à ne plus faire de FCU, de même en cas de couple n'ayant pas connu d'autre partenaire. Dans ce cas, le risque de transmission est faible mais non nul. Une étude précise que le contage HPV peut être très lointain avec la possibilité d'une infection persistante asymptomatique pouvant induire des lésions de nombreuses années plus tard. Cela peut perturber les patientes n'ayant plus de sexualité depuis longtemps du fait d'un veuvage ou d'une séparation. (24). De plus, une primo-infection par un nouveau HPV est possible du fait des différents modes de contamination (24).

Des facteurs de risque de transmission de l'HPV étaient évoqués : rapports sexuels précoces ou non protégés, conduites sexuelles à risque, plusieurs ou un nouveau partenaire, grossesse avant 25 ans. Une étude de 2015 ajoute aux facteurs de risque précédents : la charge virale, une sexualité permissive, un antécédent d'IST, des rapports sexuels prolongés ou récents. (24). Une thèse de 2016 concernant les motivations des professionnels à réaliser le FCU avant 25 et après 65 ans citait les rapports non consentis. (25) Ces facteurs favorisent la transmission de l'HPV mais pas la progression lésionnelle vers le CCU. (4)

Les localisations périnéales étaient souvent sexuelles via les préliminaires, mais la possibilité d'une transmission non sexuelle, par contact était évoquée. Plusieurs études ont évoqué la possibilité de transmission par un vêtement ou une surface infectée, avec nécessité d'un contact rapproché ou d'abrasion cutanée. De même, la transmission est possible par manuportage direct ou indirect : serviettes (26), sauna, jacuzzi (27) ou chez la femme par un écoulement des sécrétions vaginales de l'avant vers l'arrière du périnée. (26). On notera que les condylomes périnéaux de l'enfant témoignent le plus souvent de contaminations non sexuelles. (27). Concernant les surfaces inertes, en 2010, on observait une résistance de l'HPV malgré un traitement antiseptique (l'EDTA) ou la chaleur (1 heure à l'étuve à 56°) mais pas au passage dans un autoclave ou à l'alcool concentré. (24) L'HPV requiert un niveau de désinfection intermédiaire mais une présentation de juin 2018, de la Société d'Hygiène Hospitalière retrouvait que sous réserve du respect d'une technique minimale, désinfection de bas niveau et gaine de protection d'une sonde endovaginale sont efficaces. (28)

La transmission verticale, materno-foetale est exceptionnelle. Elle a le plus souvent lieu en per partum même en cas d'infection asymptomatique. Elle peut être responsable de papillomatose laryngée chez le nourrisson. (26). Il n'existe pas à ce jour de transmission sanguine ni par le lait maternel. (24) La transmission salivaire n'est pas démontrée.

L'homme était porteur et vecteur de l'HPV. Les 2 sexes peuvent être à la fois : asymptomatique, transmetteur, victime d'une infection à HPV. (24) *L'infection HPV était contagieuse.* Il existe en effet, une forte contagiosité expliquant sa prévalence importante dans le monde (24). On peut être porteur

de plusieurs types d'HPV à la fois (23) avec un taux de transmission élevé quel que soit le type d'HPV. (24).

2.3 L'infection HPV fréquente, n'était pas dépistée, n'entraînait pas sa recherche chez le partenaire, ni celle des autres localisations ou des autres IST.

L'HPV ne faisait pas partie du dépistage des IST. Une étude évoque le fait qu'il serait plus un marqueur de l'activité sexuelle qu'une véritable IST car entre 18 et 25 ans, 70% des femmes sont porteuses d'HPV. (24)

Le bilan des autres IST était seulement réalisé en cas de doute sur une infidélité du conjoint. L'indication du bilan IST en cas d'infection HPV n'est pas consensuelle. La Société Française de Dermatologie le recommande en cas de condylome. (27). Tandis qu'en cas de test HPV positif, la Société française de Colposcopie ne le recommande pas de façon systématique, étant une « infection banale et quasiment inévitable ». Il peut être indiqué si le contexte le justifie (multi-partenariat, nouveau partenaire, viol...). (29)

Les différentes localisations de lésions HPV induites n'étaient pas dépistées en cas de test HPV positif. Même en cas de cancer HPV-induit, il n'est pas recommandé de procéder au dépistage systématique des autres localisations (30). Pourtant 5 000 cancers HPV induits sont diagnostiqués par an en France (5 à 10% de tous les cancers) (22). Au niveau ORL, l'existence même de lésions pré-cancéreuses au niveau de l'amygdale restant discutée, il n'y a pas de dépistage systématique recommandé. (22), même si en France, l'HPV est constaté dans 30 à 35 % des cancers oropharyngés (22). Le principal facteur de risque de cancer anal est également l'infection chronique par un HPV-HR. Il est présent dans 90% des cancers épidermoïdes de l'anus (31). Il n'existe pas de recommandation de dépistage systématique dans la population séronégative pour le Virus de l'immunodéficience Humaine (VIH).

Par contre, en cas de condylome, il est recommandé de rechercher cliniquement d'autres localisations : méat urétral, vagin, anus (anuscopie chez les patients ayant des condylomes périanaux

et marginaux), cavité buccale. (26) Selon la Société française de Dermatologie, 20 à 30% des condylomes externes sont associés à des lésions cervicales ou anales. (27) Cela impose une recherche des lésions chez la patiente mais aussi chez son partenaire, en fonction du contexte (immunodépression...) et des pratiques sexuelles. (27)

Des consultations multidisciplinaires papillomavirus, rares, existent pour les patients présentant des lésions précancéreuses ou cancéreuses liées à l'HPV. (30) Elles visent notamment à établir le risque pour une femme ayant eu un CCU, de développer un cancer de l'anus, de l'amygdale, bien qu'il n'existe que peu de données à ce sujet. (32)

2.4 La prévention de l'HPV par le vaccin était certaine et consensuelle, celle sur le préservatif incertaine.

L'intérêt majeur de la vaccination HPV, souvent abordée était de protéger contre plusieurs cancers, dont le CCU. Cela concorde avec les études qui montrent qu'elle protège du CCU, mais aussi vulvo-vaginal, anal, ORL liés à l'HPV avec la nuance sur le fait qu'elle n'est pas curative et ne protège pas les femmes infectées. (20).

Il était parfois dit que le CCU n'était lié qu'à l'HPV, et parfois qu'il pouvait avoir d'autres causes. A ce propos, on peut conclure que le CCU est quasiment intégralement lié à l'HPV (>99%). C'est le premier cancer à avoir été reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme attribuable, dans près de 100% des cas, à l'HPV (23). Les formes génétiques du CCU sont exceptionnelles (4). Selon l'INCa, la quasi-totalité des cancers du col de l'utérus sont des carcinomes, les autres formes, très rares, sont le sarcome, le mélanome ou le lymphome.

Il existait des incertitudes sur la protection de l'HPV par le préservatif. Les études ont conclu qu'au contraire des autres IST, il ne protège que partiellement de l'infection HPV (20, 23). Car le virus est présent sur une grande surface périnéale (20), non recouvertes par celui-ci (22). Selon l'Association Française d'Urologie, la petite taille du virus (55 nm) lui permettrait de traverser le préservatif. (33) Il n'entraîne pas de réduction du statut positif pour la recherche d'HPV mais semble réduire le risque de condylome et de CIN. (24). Mais il n'a pas été démontré l'intérêt du préservatif pour les patientes

traitées pour un CIN, d'autant qu'il perturbe la sexualité du couple, renforce l'idée qu'il s'agit d'une IST, et qu'il sera difficile de définir la date d'arrêt du préservatif. (24) En revanche, en cas de condylome son port est recommandé jusqu'à 3 mois après la disparition complète des lésions (26, 27).

La circoncision n'était pas abordée par les professionnels. Mais certaines études ont mis en évidence son rôle protecteur dans la transmission de l'HPV, car le sillon balanopréputial joue un rôle de réservoir. (24, 30).

2.5 Une réinfection par l'HPV après guérison était possible

La possibilité d'une réinfection à l'HPV est évoquée. Il existe de nombreuses incertitudes entourant la protection immunitaire naturelle secondaire à l'infection HPV. L'infection peut être latente, avec la possibilité de récurrences très tardives. La durée d'incubation s'étend de 3 mois à 10 ans (24), rendant difficile l'identification de la période d'exposition et la différenciation entre récurrence et primo-infection. D'autre part, l'HPV étant épithéiotrope, il ne cause pas de virémie, la réponse immunitaire humorale naturelle est donc de faible ampleur et peu protectrice. (26) Il existerait par ailleurs, un rôle majeur de l'immunité cellulaire dans la régression de l'infection et la prévention des réinfections avec un même type viral. Concernant les condylomes, le taux de récidive est important dans les 3 à 6 premiers mois puis décroît. Leur réapparition après 1 an doit faire rechercher une recontamination. (26)

2.6 L'information sur l'HPV dans le cadre du FCU ASC-US était hétérogène, inconstante et prudente, elle était difficile en cas de test HPV positif.

L'information sur la signification du frottis ASC-US n'était pas constante. Et celle sur la nécessité de faire un test HPV n'était pas systématique. On retrouve ces constats dans une étude britannique de 2002 notant une variation dans le contenu et dans la forme de l'annonce des FCU avec dysplasie de bas grade. (34) Le contenu de l'information précisait que le résultat anormal ne signifiait pas cancer (78.7%), que le suivi était nécessaire (73.3%), que ce n'était pas une anomalie rare (56%), qu'il existait un lien entre anomalie et HPV (38.7%) ou un virus sans précision (14.7%). (34)

Le test HPV était rarement abordé en amont de sa réalisation. Le consentement n'était pas systématique car l'information sur le test HPV était souvent secondaire à sa réalisation. Or, la loi du 4 mars 2002 du Code de la Santé Publique, reconnaît un droit à toute personne d'être informée sur son état de santé par tout professionnel de santé, qu'il s'agisse d'actes de prévention ou de soin (35), s'appliquant donc au FCU comme au test HPV. A S Gilmardais, mentionnait en 2017 dans sa thèse que le test HPV était évoqué pour 17.02% des patientes, le consentement à sa réalisation recherché dans 34.38%. (36)

L'information sur la négativité du test HPV n'était pas toujours délivrée. Quand elle l'était, elle assurait la normalité du FCU. La revue prescrire publiait en 2001 un éditorial rappelant l'intérêt de bien définir ce qu'est un « frottis normal » (37), car il existait selon une étude anglo-saxonne, des interprétations erronées des résultats de FCU par les patientes (38). Il était préconisé d'informer qu'un FCU normal est corrélé à un risque faible de CCU mais ne l'exclue pas. Pour autant, en 2012, les femmes ayant eu un test HPV étaient plus stressées que celle n'en ayant pas eu, quel que soit le résultat du test. (15)

L'information d'un test HPV positif, difficile, était mesurée et rassurante en insistant sur le suivi. Elle tenait compte de la crainte du cancer, de l'infidélité conjugale et de la fertilité. Une étude mentionne que les effets psychologiques d'un résultat positif n'étaient pas toujours pris en charge (38). Or Monsonego et al ont montré en 2012 que la présence de l'HPV augmentait la culpabilité, la colère et était à l'origine d'un sentiment d'impureté, d'image négative de soi et induisait la peur du cancer et des inquiétudes sur la parentalité. (15)

Mais cet impact psychologique négatif est présent dans l'annonce d'un résultat de FCU anormal quel que soit son grade. Il était observé en France en 2012, une franche anxiété dans 74% des cas. (34) et 50% des patientes gardaient une inquiétude après discussion avec le médecin, amenant les auteurs de l'étude à inciter les professionnels à revoir leurs pratiques. (15). Malgré ce retentissement psychologique, il n'existe à ce jour aucune recommandation concernant l'annonce d'un résultat de FCU anormal. Cette information est complexe car l'annonce d'une mauvaise nouvelle peut chez le soignant

aussi générer émotion et anxiété et reste toujours un moment difficile techniquement et humainement.

(39)

2.7 Il existait un décalage entre recommandations et pratique du FCU par les professionnels qui s'appuyait sur leurs connaissances de l'HPV et le contexte de l'infection.

2.7.1 Arguments des professionnels à respecter les recommandations concernant l'âge de début du dépistage par le FCU

L'âge de début du FCU à 25 ans s'expliquait par la lenteur de genèse des lésions, de plusieurs années suite à l'infection HPV. Dans la littérature, le délai moyen était de 25 (40) à 30 ans (41) entre le contage et le CCU.

Il était justifié de débuter à 25 ans car l'HPV devenait moins fréquent. On retrouve que 35 à 45% des femmes sont porteuses de l'HPV dans les 3 à 4 ans suivant les premiers rapports sexuels. (42) La prévalence est moins fréquente à partir de 30 ans par une moindre exposition (40).

Le FCU ne devait pas être réalisé avant 25 ans en raison du risque abusif de traitement. Une étude pointait le risque excessif d'examen car en France entre 2007 et 2013, test HPV et coloscopies ont augmenté respectivement de 105% et 85% dans cette population (38) pouvant donner lieu à des conisations, augmentant le risque d'accouchement prématuré et de fausse-couche. (43) A cet âge, les CIN 1 sont banales, évoluant en CIN3+ dans 1.9%. (42), les CIN 2 et 3 sont rares et moins grave que chez la femme plus âgée (42). Moscicki et al ont montré que, dans une population de femmes âgée de 13 à 24 ans près de 70% des CIN 2 disparaissaient dans les trois ans. (38) Enfin, la clairance est plus importante et précoce que chez la femme plus âgée (50% à 6 mois et 90% à 2 ans) (42).

2.7.2 Arguments des professionnels à débuter le frottis avant 25 ans

Pour certains, le FCU était régulièrement réalisé avant 25 ans. Ces pratiques sont retrouvées en France en 2013, où 35,5% des moins de 25 ans avaient eu un dépistage par FCU au cours des 3 ans. (38)

La réalisation du FCU avant 25 ans s'appuyait sur l'estimation du risque de contage et la durée d'exposition à l'HPV. Une étude de 2013 a mis en évidence 2 principaux facteurs de risques associés à un FCU pathologique : le tabagisme, et des rapports sexuels avant 14 ans qui ne doivent pour autant pas faire débuter plus précocement le dépistage. (44) Le début de la sexualité n'a pas connu de d'importantes variations depuis trente ans. En 2010, l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17.6 ans en France métropolitaine. (44) En Europe, l'âge de début du dépistage du CCU varie entre 20 et 30 ans, plusieurs pays le proposent à partir de la 3^e année suivant les premiers rapports sexuels. (45)

La confrontation avec une patiente de moins de 25 ans ayant présenté un CIN 3 ou un CCU, incitait à dépasser les recommandations. Cet élément est également retrouvé dans une thèse en 2016 (25). La même année, un article stipule que les CIN 3 ne présentent pas d'évolution rapide dans cette population (38). Les CCU sont de 2 types : soit des CCU non HPV-induit (souvent adénocarcinomes), rapidement évolutifs, échappant au dépistage. Soit des CCU HPV-induit, rares, observés selon l'INCa à partir de 20 ans en cas de sexualité très précoce. L'étude conclue qu'ils auraient été dépistés à 25 ans sans aggravation pronostique. (42)

2.7.3 Arguments des professionnels à respecter les recommandations concernant l'âge de fin du dépistage par le FCU

Les professionnels qui stoppaient le frottis à 65 ans le justifiaient comme pour l'âge de début du FCU, par la lenteur de genèse des lésions.

Les arguments de la littérature en faveur de l'arrêt du dépistage à 65 ans sont aussi une exposition moindre aux HPV. (11) La prévalence de l'HPV après 50 ans étant de 4 (11) à 7.5% (8).

La femme de plus de 65 ans serait moins à risque car il existe des modifications anatomiques cervicales avec l'âge : l'ectropion disparaît avec une diminution de la métaplasie locale, et il y a une ascension endocervicale de la jonction squamo-cylindrique qui devient moins accessible à l'HPV. (11)

Selon l'INCa en 2015, 30.4% des diagnostics de CCU et 52.6% des décès survenaient chez la femme de plus de 65 ans. Il s'agissait plutôt d'adénocarcinomes de la zone de jonction, de diagnostic

difficile et tardif en raison de la sténose cervicale associée à la ménopause. Ils sont surtout retrouvés chez des femmes peu dépistées (40).

2.7.4 Arguments des professionnels à poursuivre le FCU après 65 ans.

La réalisation du FCU après 65 ans s'appuyait sur l'espérance de vie longue, le risque d'infection à HPV lié à la sexualité, et les antécédents de la patiente. A 65 ans, les femmes peuvent espérer vivre plus de 21 ans selon l'INSEE avec le maintien d'une sexualité. (46)

La H.A.S. recommande la poursuite du FCU jusque 70 ans en cas d'impossibilité de vérifier la normalité des 2 derniers FCU, d'absence de FCU dans les 3 dernières années, ou absence de suivi gynécologique régulier. (7) Le critère de réalisation du FCU serait donc plus en lien avec le suivi antérieur de la patiente qu'avec sa sexualité. Pourtant, une étude française de 2012 précise que l'existence de CCU chez la femme de plus de 65 ans, même en cas de suivi antérieur suffisant est en faveur de la poursuite du dépistage par FCU jusqu'à 70 à 75 ans à un rythme de 3 à 5 ans. (47)

Une revue de la littérature de 2017 précise que le FCU devrait être poursuivi dans plusieurs cas : les femmes demandeuses (surtout en cas de changement dans leur sexualité), celles ayant un passé d'HPV, celles qui n'ont pas eu plus de 3 FCU normaux consécutifs ou qui ont une pathologie associée favorisante. (40).

2.8 La phase liquide était majoritairement utilisée car permettait la réalisation du test HPV reflexe mais il existait des freins à son usage.

Il était plus pratique, et permettait une meilleure information du FCU anormal en disposant de compléments diagnostiques. Il existait des freins à son usage : un surcoût (frais postaux d'envoi du FCU au laboratoire et dépassement d'honoraire de 8 euros pour l'analyse) et des difficultés de mise en œuvre (pas de coursier en cabinet).

La critique principale du FCU conventionnel est le taux de faux-négatifs (5-15%) palliée par la multiplicité des prélèvements. (43). Selon un rapport de l'HAS en 2013, le milieu liquide réduit le risque de frottis insatisfaisant. Il a été mis en place progressivement en France à partir de 2010 (2012 en

Maine et Loire, et Mayenne). Il n'est pas supérieur au FCU conventionnel en termes de performances de dépistage (48) mais permet l'HPV reflexe et l'immunomarquage p16/ki 67. (49)

Le test HPV peut être réalisé sur le FCU initial s'il est en phase liquide, ou sur un nouveau prélèvement vaginal lorsque le FCU a été fait sur lame. Il peut aussi être réalisé sur les urines quand un prélèvement cervical est difficile (50). Le test HPV a une excellente sensibilité entre 89,9 % et 95,7 % et une valeur prédictive négative supérieure à 95%. (42) Ce qui explique qu'en cas de test HPV négatif, une pathologie cervicale est peu probable. Mais il manque de spécificité, induisant des « faux positif » pour la détection des CIN 2 et 3, pouvant mener à des explorations pénibles pour les patientes. (42)

La revue Minerva, conclue en novembre 2018 que l'intervalle entre 2 dépistages du CCU peut être allongé à minimum 5 ans avec le test HPV utilisé seul ou en co-test avec le FCU, s'ils sont négatifs. Cet effet protecteur sur l'incidence des cancers invasifs comparativement au frottis, n'est pas démontré en dessous de 30 ans. (51)

L Theurier précisait que l'usage du FCU en phase liquide par les médecins généraliste du Maine et Loire est passé de 13.2% à 17.9% entre 2011 et 2014 et que le test HPV en tant que 1^{er} contrôle d'un FCU ASC-US est passé de 12.1 à 24.3% entre 2011 et 2014. (52). On peut penser que cette hausse tendra à se poursuivre car le test HPV est devenu en décembre 2016, l'unique option de contrôle d'un FCU ASC-US chez la femme de plus de 30 ans, et l'examen de 1^{ère} intention des FCU avec anomalie des cellules glandulaires.

CONCLUSION

L'infection HPV était décrite comme une IST particulière car non dépistée et non recherchée chez le partenaire, ayant différents modes de transmission et un traitement concernant uniquement les lésions induites.

Les professionnels informaient de sa prévention en précisant l'efficacité de la vaccination et leurs doutes sur celle du préservatif.

La pratique du FCU en dehors des âges recommandés s'appuyait sur le risque d'infection à l'HPV liée à la sexualité pratiquée.

La réalisation du test HPV n'était pas toujours énoncée ni le consentement à sa réalisation recueilli. L'annonce de son résultat s'entourait de précaution pour limiter la crainte d'un cancer du col de l'utérus ou celle d'une infidélité conjugale.

En décembre 2016, l'INCa a placé le test HPV comme premier contrôle du frottis ASC-US. La généralisation du dépistage organisé en 2018 pourrait à terme mener à la réalisation d'un test HPV tous les 5 ans, en remplacement du FCU triennal à l'instar d'autres pays où il est utilisé seul ou en co-test. Pour renforcer le taux de participation, l'envoi à domicile d'un kit d'auto-prélèvement chez les femmes réticentes au FCU est également envisagé. Les professionnels seront plus souvent confrontés à la nécessité de parler de l'HPV, une fiche d'information destinée aux patientes pourrait constituer un support adapté. (Annexe 8). Les différents items d'information sur l'HPV autour du frottis retrouvés dans cette étude pourraient être explorés par une étude complémentaire quantitative afin de dégager des pistes d'amélioration de l'information.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff AS. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. BEH 13-14-15 2014 may 20 : 220-221
- 2 Institut national du cancer Les cancers en France, édition 2016, collection Les Données, avril 2017
- 3 Haute autorité de santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Paris. 2010, 235p.
- 4 Rakotomahenina H, Bonneau C, Ramanah R, Rouzier R, Brun JL, Riethmuller D. Épidémiologie, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. EMC - Gynécologie 2016;11(1):1-12 [Article 605-A-15]
- 5 Carcopino X, Camus C, Halfon P. Diagnostic et prise en charge clinique des infections cervicales à HPV. La Presse Médicale. juill 2015;44(7-8):716-26.
- 6 Santé Publique France. Ministère des solidarités et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. Janvier 2018
- 7 Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) Juin 2013
- 8 Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude médico-économique. Phase 2. Octobre 2016.
- 9 Naneix AL, Si-Mohamed A, Shaar-Chneker C, Hadid K, Barranger E, Cochand-Priollet B. Les enseignements du génotypage dans les lésions ASC-US des frottis cervico-utérins. Communications orales de la SFCC et pathologie urogénitale. 2012 nov 21.
- 10 ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal Actualisation septembre 2002.
- 11 Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus Etat des connaissances. Janvier 2007.
- 12 Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la place du vaccin GARDASIL 9® dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains. 10 février 2017
- 13 Institut national du cancer. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale. Décembre 2016.
- 14 Sidonie Bruneteau. Etude du dispositif d'annonce d'un résultat de frottis anormal ou non satisfaisant pour évaluation. Etude qualitative auprès de professionnels de santé du Maine-et-Loire en 2014. 18 mars 2015.
- 15 Monsonego J, Cortés J, da Silva DP, Jorge A-F, Klein P. Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. Résultats comparatifs d'une enquête européenne. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2012;40(4):213-218.
- 16 Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin.

- 17 Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. et Raymond Quivy, Manuel de recherche en sciences sociales. 5^e ed. Dunod.
- 18 Frappé P. Initiation à la recherche. CNGE et GMsanté.
- 19 Wafo E, Ivorra-Deleuze D, Thuillier C, Rouzier R. Estimation de l'évolution des connaissances sur les infections à Papillomavirus humain (HPV) : résultats d'une enquête téléphonique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. juin 2010;39(4):305-9.
- 20 Site internet de l'Institut Pasteur dédiée à l'HPV : disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancer-du-col-uterus-papillomavirus>
- 21 Rask M, Swahnberg K, Lindell G, Oscarsson M. Women's experiences of abnormal Pap smear results – A qualitative study. Sexual & Reproductive Healthcare. juin 2017;12:3-8.
- 22 Pernot S, Pavie J, Péré H, Menard M, Hurel S, Cochand-Priollet B, et al. Papillomavirus, et si on parlait cancer et Prévention ? Bull Can 2017 . <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.12.001> .
- 23 <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-papillomavirus>
- 24 Gavillon N, Vervaet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. Papillomavirus humain (HPV) : comment ai-je attrapé ça ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. mars 2010;38(3):199204.
- 25 Armand A, Carrade A. Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico-utérin, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. Thèse de médecine générale. 2016.
- 26 Fouéré S, Biver-Dalle C, Prétet JL, Mougin C, Aubin F. Lésions cutanées et muqueuses associées aux papillomavirus humains EMC-Dermatologie 2015;10(4):1-11 [Article 98-300-A-10]
- 27 Société française de Dermatologie : fevrier 2016 : Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles : disponible sur : [http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(2\).pdf](http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(2).pdf)
- 28 J-C. Lucet, I. Heard, A. Lafourcade, A. Roueli, A. Enjalbert, C. Estellat, M. Dommergue Contamination par HPV en échographie endo-vaginale (EEV) : gaine et désinfection de bas niveau sont efficaces. Congrès SF2H, 7-8 juin 2018.
- 29 Société française de Colposcopie et pathologie cervico-vaginale. Foire aux question. Disponible sur internet : <http://www.societe-colposcopie.com/grand-public/foire-aux-questions>
- 30 Badoual C, et al. Consultation multidisciplinaire pour les patients atteints d'une pathologie tumorale (carcinome infiltrant ou lésion précancéreuse) liée à HPV : la consultation multidisciplinaire papillomavirus. Cancer Radiother (2018)
- 31 Chidiac C. Infections à Human Papillomavirus (HPV). 2016. Disponible sur internet : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/du/lyon/chidiac-c-vaccin-hpv-duciv-2016.pdf>

- 32 Site internet sur les consultations multi-disciplinaires HPV et l'HPV :
<http://toutsavoir-hpv.org/>
- 33 Association française d'Urologie. HPV, un virus en cache un autre....2017 disponible sur internet :
https://www.uurofrance.org/sites/default/files/fileadmin/medias/afu/communiques/2017-08-30_communique-hpv.pdf
- 34 Philips, Z., Johnson, S., Avis, M. and Whynes, D. K. (2002), Communicating mild and borderline abnormal cervical smear results: how and what are women told?. *Cytopathology*, 13: 355–363. doi: 10.1046/j.1365-2303.2002.00447.
- 35 Code de la santé publique. article L1111-2, article L1111-4, [en ligne].
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B7D467724C32B8D3AD9974A34FE619C0.tplgrfr36s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20171105
- 36 Gilmardais AS Modalités de la pratique du frottis cervico-utérin (FCU) en consultation de Médecine générale. Etude Observationnelle descriptive auprès des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) en Maine et-Loire, Mayenne et Sarthe de Mai 2015 à Mai 2016. Thèse de médecine générale. 2017.
- 37 Prescrire redaction- éditorial Rev prescrire 2001 Tome 21 N° 221
- 38 Marteau TM et coll. "Women's understanding of a "normal smear test result" : experimental questionnaire based study" BMJ 2001 ; 322 (7285) : 526-528.
- 39 Moley-Massol I. L'annonce de la maladie. Une parole qui engage. Paris : DaTeBe ; 2004
- 40 Enderle I, et al. Pratique du frottis cervicovaginal apres 65 ans. *Gynecologie Obstetrique Fertilite & Senologie* (2017)
- 41 Prescrire rédaction " A quand le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ? " rev Prescrire 2018 ; 38 (413) : 169
- 42 Rousselin A, et al. La pratique du frottis cervico-vaginal avant 25 ans. *Gynecologie Obstetrique Fertilite &Sénologie* (2017)
- 43 François Bourdillon et coll. Directeur général de Santé publique France, Saint-Maurice, France Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus BEH 2-3|24 janvier 2017 |25 disponible sur internet :
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3_0.pdf
- 44 Doris B, Boyer L, Lavoué V, Riou F, Henno S, Tas P, et al. Pratique du frottis cervico-utérin dans une population épidémiologiquement exposée : idées reçues, faits et arguments. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. janv 2014;43(1):26-34.
- 45 Baldauf J-J, Fender M, Youssef Azer Akladios C, Velten M. Le dépistage précoce du cancer du col est-il justifié ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. juin 2011;39(6):358-63.
- 46 BONDIL P. Vieillissement sexuel : mythes et réalités biologiques, *Sexologies* 2008 vol. 17, 152-173
- 47 Meyer R, Lemay AL, Guy X, Giraud C, Mathevet P, Flori M. Existe-t-il un intérêt à poursuivre les frottis de dépistage du cancer du col utérin après 65 ans ? Étude

rétrospective sur 53644 femmes. Bull Cancer 2012; 99: 409-15. doi : 10.1684/bdc.2012.1556.

- 48 Carcopino X. Cytologie cervicale et prise en charge du frottis anormal. :11.
- 49 Haute Autorité de Santé. Feuille de route Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et place du double marquage immunohistochimique (p16/Ki67). 2017.
- 50 Ducancelle A. Le test HPV urinaire : état des connaissances. Powerpoint. [en ligne]. Disponibilité sur : <http://www.e-cancer.fr>
- 51 Revue Minerva. Arguments supplémentaires pour espacer le dépistage du cancer u col utérin en cas de recherche négative d'HPV associée à une cytologie négative. Novembre 2018.[consulté le 15/11/2018]. Disponibilité sur : <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/581>
- 52 Laure Theurier et al., « Analyse du premier contrôle des frottis ASC-US par les médecins généralistes en Maine-et-Loire en 2014 », Santé Publique2018/4 (Vol.30), p. 499-505.DOI 10.3917/spub.185.0499

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des participants selon leur lieu d'exercice 9

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques générales des professionnels.....	8
Tableau II : Activités de gynécologie et formation à l'annonce des professionnels	10
Tableau III : Technique utilisée de frottis cervico-utérin.....	11

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus	1
Prévention du cancer du col de l'utérus	2
MÉTHODES	5
Le type d'étude	5
Les objectifs	5
Le recrutement de la population	5
Le recueil de données	6
L'exploitation des données.....	6
L'avis du comité d'éthique	7
La recherche bibliographique	7
RÉSULTATS.....	8
1. POPULATION	8
1.1. Caractéristiques générales	8
1.2. Profils d'activités	10
2. PRINCIPAUX RESULTATS	11
2.1 L'HISTOIRE NATURELLE DE L'HPV ET LE CONTEXTE DE L'INFECTION ARGUMENTAIENT L'AGE DU FROTTIS CERVICO-UTERIN.....	11
2.1.1 Les connaissances de l'HPV justifiaient l'application des recommandations préconisant le frottis de 25 à 65 ans.....	11
2.1.2 La limite du FCU à 65 ans dépendait plus de la vie sexuelle des patientes que de l'histoire naturelle de l'infection HPV.....	12
2.1.3 L'estimation du potentiel infectieux de l'HPV déterminait la décision de réaliser le FCU en dehors des recommandations.	12
2.2 L'IST HPV « UNE IST PAS COMME LES AUTRES » ETAIT ABORDEE PAR SA PREVENTION.....	13
2.2.1 L'abord de la vaccination HPV qui ne concernait en France que les filles, permettait d'informer de l'IST HPV et de ses conséquences.	13
2.2.2 L'information sur l'inefficacité du préservatif contre l'HPV variait, allant d'une certitude affirmée à une imprécision exprimant les doutes	14
2.2.3 L'IST HPV, est une IST particulière, de transmission majoritairement sexuelle, non dépistée et non recherchée chez le partenaire	14
2.3 LES CARACTERISTIQUES DES LESIONS INDUITES PAR L'HPV PERMETTAIENT UNE INFORMATION ADAPTEE SUR L'INTERET DU FCU	16
2.3.1 L'infection HPV n'était pas grave et sans conséquence sur la fertilité mais elle était impliquée dans la genèse du cancer du col selon le type d'HPV	16
2.3.2 Les lésions liées à l'HPV régressaient majoritairement, la persistance de l'infection HPV entraînait des anomalies du FCU, qui non dépistées pouvaient se cancériser.....	16
2.4 L'INFORMATION SUR LE DEPISTAGE DES ANOMALIES DU COL ET LEUR LIEN AVEC L'INFECTION HPV S'ADAPTAIT A LA FEMME	17
2.4.1 Elle était opportune et se modifiait selon les convictions et la réticence de la patiente à réaliser le frottis.17	
2.4.2 Elle s'adaptait qualitativement à la patiente pour en faciliter la compréhension.....	18
2.5 LE LIEN ENTRE HPV ET ANOMALIES DU FROTTIS ETAIT LE PLUS SOUVENT EVOQUE DEVANT UN RESULTAT DE FROTTIS ANORMAL ET PRINCIPALEMENT SI CELUI-CI ETAIT ASC-US.	18
2.5.1 Supposé connu par les patientes ayant déjà eu un FCU, il était rarement précisé lors d'un nouveau frottis	18

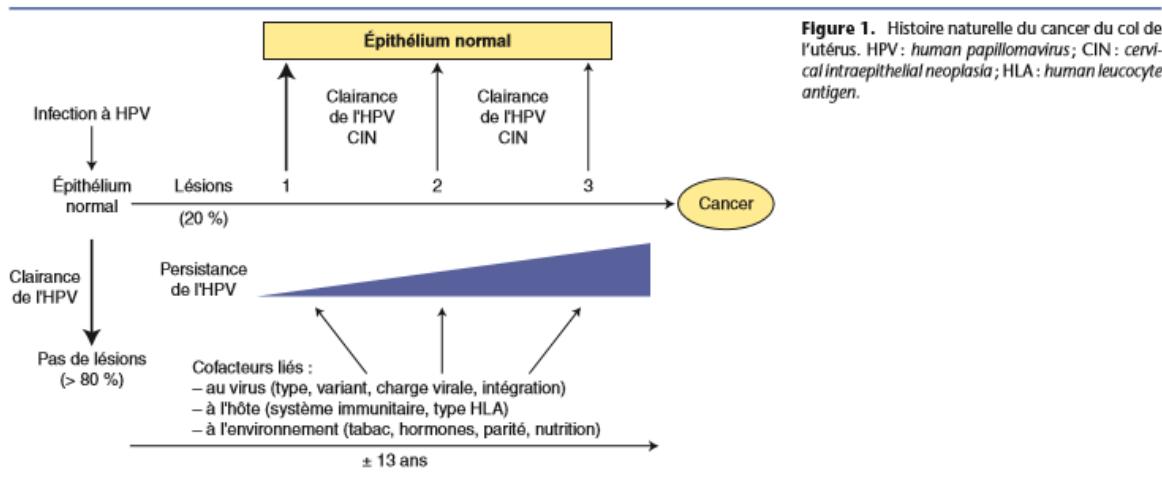
2.5.2 Le lien pouvait être fait quand le FCU était réalisé en phase liquide.	18
2.5.3 Il était le plus souvent abordé en présence de l'anomalie ASC-US, dont une option de suivi comportait la réalisation du test HPV.	19
2.6 L'INFORMATION SUR L'HPV S'ENTOURAIT DE PRECAUTIONS CAR ELLE SOULEVAIT LA QUESTION D'UNE INFIDELITE DU CONJOINT	19
2.6.1 L'information précisait l'incapacité à dater la contamination et l'impossibilité d'affirmer une infidélité du conjoint en cas d'infection HPV	19
2.6.2 L'attitude préventive allait jusqu'à prédire l'absence d'HPV si le couple n'avait pas eu de relation sexuelle extérieure.	20
2.6.3 L'information était succincte et vigilante en cas de test positif	20
2.7 LES PARTICULARITES DE L'INFORMATION SUR L'HPV EN CAS DE FROTTIS ASC-US..	20
2.7.1 L'information sur le lien entre HPV et ASC-US était souvent intégrée.....	20
2.7.2 La recherche de l'HPV n'était pas toujours énoncée à la patiente	21
2.7.3 L'annonce du résultat de test HPV n'était pas toujours concomitante.....	21
2.7.4 L'information sur le test HPV nécessitait des précautions pour limiter la crainte du cancer, qui était ravivée si test HPV positif.....	22
DISCUSSION	24
1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	24
1.1. Forces de l'étude	24
1.2. Faiblesses de l'étude	25
2. DISCUSSION DES RESULTATS	25
2.1 L'information sur l'HPV était délivrée dans une temporalité variable pour justifier l'intérêt, la compréhension du frottis et favoriser la prévention.....	25
2.2 L'information sur la transmission de l'HPV, majoritairement sexuelle était délicate, ses autres modes étaient peu abordés.	26
2.3 L'infection HPV fréquente, n'était pas dépistée, n'entraînait pas sa recherche chez le partenaire, ni celle des autres localisations ou des autres IST.	28
2.4 La prévention de l'HPV par le vaccin était certaine et consensuelle, celle sur le préservatif incertaine.....	29
2.5 Une réinfection par l'HPV après guérison était possible	30
2.6 L'information sur l'HPV dans le cadre du FCU ASC-US était hétérogène, inconstante et prudente, elle était difficile en cas de test HPV positif.	30
2.7 Il existait un décalage entre recommandations et pratique du FCU par les professionnels qui s'appuyait sur leurs connaissances de l'HPV et le contexte de l'infection.	32
2.7.1 Arguments des professionnels à respecter les recommandations concernant l'âge de début du dépistage par le FCU.....	32
2.7.2 Arguments des professionnels à débuter le frottis avant 25 ans	32
2.7.3 Arguments des professionnels à respecter les recommandations concernant l'âge de fin du dépistage par le FCU.....	33
2.7.4 Arguments des professionnels à poursuivre le FCU après 65 ans.....	34
2.8 La phase liquide était majoritairement utilisée car permettait la réalisation du test HPV reflexe mais il existait des freins à son usage.....	34
CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAPHIE	37
LISTE DES FIGURES.....	41
LISTE DES TABLEAUX	42
TABLE DES MATIERES.....	43

ANNEXES.....	I
ANNEXE 1: HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	I
ANNEXE 2: CYTOLOGIE ASC-US INITIALE CONDUITE A TENIR DE PREMIERE INTENTION AVANT 30 ANS.....	II
ANNEXE 3: CYTOLOGIE ASC-US INITIALE CONDUITE A TENIR DE PREMIERE INTENTION APRES 30 ANS	III
ANNEXE 4: GUIDE D'ENTRETIEN	IV
ANNEXE 5: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L'ENREGISTREMENT VOCAL DE L'ENTRETIEN	VI
ANNEXE 6: AVIS DU COMITE D'ETHIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS	VII
ANNEXE 7: MODES DE TRANSMISSION DE L'INFECTION A PAPILLOMAVIRUS	VIII
ANNEXE 8: FICHE D'INFORMATION SUR LE PAPILLOMAVIRUS A DESTINATION DES PATIENTES	X
ANNEXE 9: RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS (DISPONIBLE SUR LA CLE USB)	XII

ANNEXES

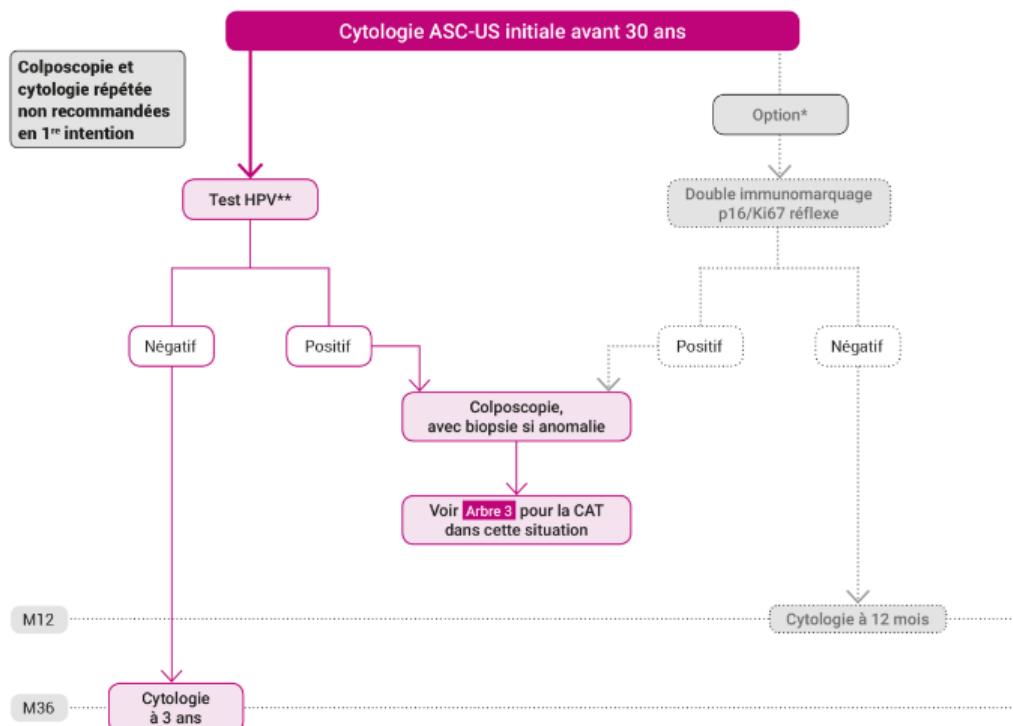
Annexe 1 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus (4)

605-A-15 ■ Épidémiologie, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus



La plupart des cancers du col de l'utérus sont des carcinomes, soit épidermoïdes (80 à 90%), liés à l'épithélium malpighien de l'exocol, soit adénocarcinomes (10 à 20%), liés à l'épithélium cylindrique de l'endocol.

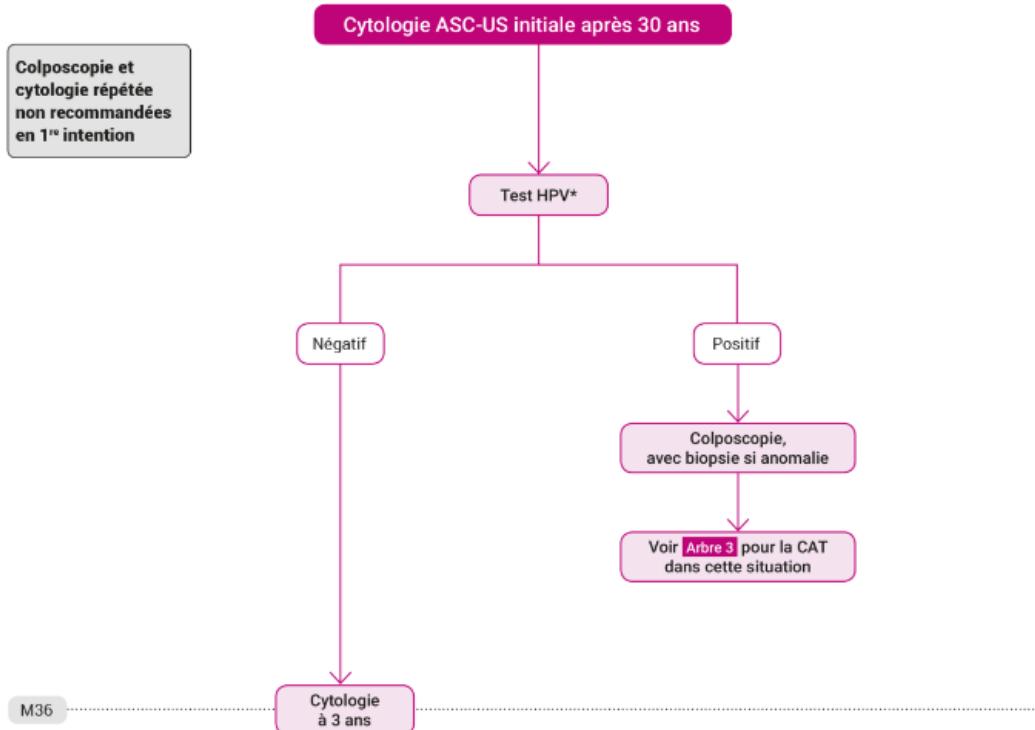
Annexe 2 : Cytologie ASC-US initiale : conduite à tenir de première intention avant 30 ans (13)



* : possible uniquement si frottis initial en milieu liquide¹⁹

** : par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame

Annexe 3 : Cytologie ASC-US initiale : conduite à tenir de première intention après 30 ans (13)



Annexe 4 : Guide d'entretien

Titre de la thèse :

Comment les professionnels de santé parlent-ils du papillomavirus à leur patientes dans le cadre du dépistage par frottis cervico-utérin ?

Etude qualitative auprès des professionnels de santé des départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine-et-Loire.

Présentation et exposition du projet de thèse

Bonjour

- Marine RAFIK
- Thèse de médecine générale à propos de l'information délivrée par les professionnels de santé aux patientes à propos de l'HPV et du frottis cervico-utérin (FCU), en particulier ASC-US.
- Remerciement d'accepter de participer à cet entretien.
- Information que l'entretien sera enregistré en cas de consentement pour retranscription ultérieure, de la confidentialité de l'entretien, qui sera anonymisé.

Entretien (non dit à l'oral)

L'entretien s'appuie sur ce qui vient spontanément et va explorer :

- L'information du lien entre infection à papillomavirus humain (HPV) et FCU anormal.
- L'information délivrée aux patientes sur le test HPV, et de son résultat.
- Le contenu de l'information sur le FCU ASC-US et de son suivi

A/ Informations générales à propos de la pratique du FCU

1/ a/ Pouvez-vous me raconter ce que vous dites à une patiente à laquelle vous proposez un frottis cervico-utérin ? Racontez-moi précisément votre dernière consultation à ce sujet.

b/ Lors de la consultation de réalisation du frottis, donnez-vous des informations complémentaires à celles que vous avez déjà fournies à la consultation de proposition du FCU, ou en reprenez-vous ?

**c/ Comment parlez-vous des résultats possibles du FCU ?
Et en particulier ceux qui seraient anormaux ?**

Ces différents éléments pourront émerger spontanément, s'ils ne le sont pas des relances seront faites sur ces thèmes d'information :

- Intérêt du dépistage des anomalies cervicales utérines curables et du cancer du col de l'utérus (CCU)
- Modalités de prélèvement
- Personnes concernées
- Lien avec l'HPV (IST)
- Résultats attendus du FCU
- Rendu des résultats : comment faites-vous pour le rendu des résultats ?
- Lien avec la vaccination à HPV : Arrive-t-il que parfois un lien avec la vaccination à HPV soit fait au cours de la discussion ? Que ce soit par le professionnel ou la patiente ?

Annexe 4 (suite) : Guide d'entretien

B/ Information des résultats du FCU si ASC-US

2/ Et s'il s'agit d'un FCU dont le résultat est ASC-US comment faites-vous avec la patiente ? Comment en parlez-vous ?

Si la notion d'infection à HPV n'a pas été abordée :

Comment lui expliquez-vous l'apparition de cette anomalie au FCU ?

Si le suivi n'a pas été abordé :

Comment parlez-vous du suivi ? Que lui dites-vous ? Et que faites-vous ?

Si le test HPV n'a pas été évoqué ou si l'information à propos du test HPV n'a pas été abordée

Parlez-vous du test HPV aux patientes ? Si vous l'évoquez, comment en parlez-vous ?

3/ Avez-vous été confronté à un résultat de test HPV suite à un FCU ASC-US ?

Comment en avez-vous parlé si celui-ci était positif ?

Et si celui-ci était négatif ?

4/ Vous souvenez vous d'une consultation où l'annonce du FCU ASC-US a été plus compliquée ? Pouvez-vous me raconter une situation ?

Détails : mots utilisés, relation avec la patiente, imprécisions du diagnostic...

Si la réponse est non : Dans ce cas, qu'est ce qui pour vous a pu faciliter votre information ?

Ex : le fait d'avoir parlé avant du HPV ?...

5/ Comment l'information à propos du FCU et du test HPV a-t-elle évoluée au cours de votre carrière ?

Pour mieux vous connaître

Pouvez-vous préciser pour les besoins de l'étude les éléments suivants ?

Age, date d'installation, profession, lieu d'exercice, mode d'exercice (privé / public, ambulatoire / hospitalier, seul / en groupe, Maison de Santé Pluridisciplinaire, présence ou non d'un secrétariat), compétence en gynécologie : type d'actes (frottis, pose de DIU, pose d'implant, suivi de grossesse : jamais, rarement, fréquent, très fréquent), formation en gynécologie (DU), ou à l'annonce d'une maladie.

Souhaitez-vous aborder autre chose au cours de cet entretien ?

Formule de politesse

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Bonne journée.

Annexe 5 : Formulaire de consentement à l'enregistrement vocal de l'entretien



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers



Formulaire de consentement

■ UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale

UFR Santé d'Angers

Rue Haute de Reculée

49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail : Comment les professionnels de santé parlent-ils du papillomavirus à leurs patientes dans le cadre du dépistage par frottis cervico-utérin ?

Etude qualitative auprès des professionnels de santé des départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine-et-Loire.

Nom du thésard : RAFIK Marine

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature de l'interviewé(e) :

Signature de l'investigateur ou de la personne ayant délivré l'information :

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Annexe 6 : Avis du Comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants.



Comité Ethique du CNGE

3 rue Parmentier
93100 MONTREUIL
Courriel : comite-ethique@cnge.fr
Tél : 01 75 62 22 90

A Montreuil, le 13 Juin 2018

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Comment les professionnels de santé informent-ils les patientes sur le test HPV dans le cadre du dépistage par frottis cervico-utérin ? Etude qualitative auprès des professionnels de santé des départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine-et-Loire. " - AVIS n° 07061824B

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude suite aux nouveaux éléments communiqués par les auteurs.

Benoit TUDREJ
Vice-président

Annexe 7 : Modes de transmission de l'infection à papillomavirus (24)

Tableau 1

Modes de transmission de l'infection à *Papillomavirus humain*.

Voies de transmission possibles	Transmissibilité théorique	Impact réel sur la contamination par HPV
<i>Transmission sexuelle</i>		
Rapports avec pénétration vaginale ou anale	+++	+++
Pénétration génito-anale masculine	+++	+++
Pénétration génito-anale féminine	+++	++
Rapports sans pénétration	++	+
Pénétration orogénitale	++	+
<i>Transmission non sexuelle</i>		
Transmission par vêtements et surfaces de contact (matériel médical, mains)	+	+
Transmission maternofœtale	+	±
Transmission maternofœtale verticale anténatale	+	+
Transmission perpartum	++	±
Transmission post-partum	+	±
Transmission lait maternel	±	—
Transmission sanguine	—	—

Annexe 8 (pages suivantes) : Fiche d'information sur le papillomavirus à destination des patientes.

Fiche information patient sur le Papillomavirus Humain (HPV)

L'HPV est un virus très fréquent infectant la peau et les muqueuses Il est de transmission majoritairement sexuelle.

L'infection HPV disparaît le plus souvent en moins de 2 ans. Quand elle persiste, elle peut se compliquer de lésions bénignes (verrues, condylomes), et précancéreuses. L'évolution vers le cancer (col de l'utérus, ORL, anus, pénis) est lente et rare.¹

Sa prévention repose sur la vaccination, et sur le dépistage par le frottis des anomalies du col de l'utérus. Le préservatif est peu efficace contre l'HPV.

Il n'existe pas de traitement du virus HPV, mais ses lésions se soignent.

Une transmission majoritairement sexuelle

80 % de la population sexuellement active y est exposée, souvent avant 20 ans².

Tout type de rapport sexuel est contaminant : vaginal, anal, oral, digital, avec ou sans pénétration. Il est aussi souvent transmis par les contacts intimes peau à peau, lors des préliminaires.²

La transmission de l'HPV par contact avec une surface ou du linge infecté est possible y compris sur le périnée (serviettes, sous-vêtements) mais nécessite des contacts rapprochés et souvent des plaies cutanées, parfois minimes.²

Des conséquences de forme et gravité variées

- L'infection HPV peut être silencieuse de nombreuses années, ne provoquant pas d'anomalie au frottis.

En cas de persistance de l'infection HPV :

- Certains HPV favorisent l'apparition de lésions précancreuses pouvant évoluer en cancer en l'absence de traitement.

- D'autres HPV sont responsables de condylomes, de verrues, bénignes.

La vaccination protège de la majorité des HPV

La seule prévention disponible est la vaccination. Elle protège contre 70 à 90% des HPV responsables du cancer du col de l'utérus. Elle ne protège pas les femmes déjà infectées. Elle doit être réalisée avant ou dans l'année des premiers rapports sexuels jusqu'à l'âge de 19 ans.

Le préservatif est peu efficace contre l'HPV

Le préservatif n'est que partiellement efficace car il ne recouvre pas toutes les zones infectées. Mais il est le seul moyen de protection contre les autres infections sexuellement transmissibles.

Le frottis cervico-utérin (FCU) dépiste les anomalies du col utérin

Il consiste à prélever les cellules du col de l'utérus et les observer au microscope. Son intérêt lorsqu'il est fait régulièrement est de dépister précocement les anomalies pour les traiter avant qu'elles évoluent en cancer.

Il est réalisé tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, chez la femme ayant eu des rapports sexuels, ménopausée ou non, vaccinée ou non contre l'HPV.

La recherche de l'HPV n'est réalisée qu'en présence d'une anomalie au frottis.

La présence d'HPV ne signifie pas évolution vers un cancer du col de l'utérus

L'infection HPV est en général transitoire, avec 90% de disparition dans les 2 ans².

Moins de 0.3% des infections à HPV évoluent en cancer.¹

Entre les premières anomalies du frottis et le cancer il se passe 10 à 15 ans.²

La présence d'HPV ne signifie pas infidélité

Il est impossible de dater la contamination. On ne peut pas savoir si l'HPV provient du/de la partenaire actuel(le) ou précédent(e), ou d'une autre source.

Absence de traitement pour l'infection HPV, mais il en existe pour les anomalies.

Il n'existe pas de traitement contre l'HPV lui-même. Mais l'arrêt du tabac aide à son élimination.

Les condylomes peuvent être traités par des médicaments, la cryothérapie, le laser ou la chirurgie.

D'autres anomalies, peuvent nécessiter : une simple surveillance, un traitement des anomalies par le laser (qui les brûle pour éviter qu'elles évoluent en cancer), ou la conisation (qui consiste à enlever la partie du col de l'utérus qui est atteinte).

Cas particuliers

Je suis vierge, j'ai un risque d'avoir un cancer du col ?

Le cancer du col de l'utérus est exceptionnel avant 25 ans, surtout en l'absence de rapport sexuel. Mais la présence de signe gynécologique doit faire consulter.

Le dépistage par frottis n'est pas réalisé en cas de virginité. Car chez la femme vierge, le risque d'infection HPV au niveau du col est très faible.

Je n'ai plus de rapports sexuels depuis longtemps, dois-je continuer le FCU ?

Avant l'âge de 65 ans, le FCU doit être poursuivi car une infection HPV peut être invisible et ne donner des lésions que de nombreuses années plus tard. Il existe aussi d'autres modes de contamination que les rapports sexuels.

Je suis homosexuelle, le frottis est-il nécessaire ?

Il est à réaliser sous les mêmes conditions que pour la femme hétérosexuelle car il existe plusieurs modes de contamination à l'HPV.

J'ai toujours eu le même partenaire, et lui pareil, le frottis est-il utile ?

Il existe différents modes de contamination à l'HPV. Et une infection à HPV peut être silencieuse de nombreuses années avant de créer des lésions. Avant 65 ans, il est à poursuivre même en cas de frottis normal.

Sources :

1-Prescrire Rédaction "Histoire naturelle des cancers du col de l'utérus" Rev Prescrire 2010 ; 30 (317) : 195.)

2-Gavillon N, Vervae H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. Papillomavirus humain (HPV) : comment ai-je attrapé ça ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. mars 2010;38(3):199-204.

Pour en savoir plus :

- Le site internet de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie cervico-vaginale.

Rubrique grand public disposant d'une Foire Aux Questions, d'un lexique comprenant les définitions des principaux termes utilisés dans le cadre du frottis cervico-utérin.

Disponible sur : <http://www.societe-colposcopie.com/grand-public/foire-aux-questions>
<http://www.societe-colposcopie.com/grand-public/comprendre-les-termes-utilises-par-mon-medecin>

- Le site internet Papillomavirus.fr, à destination du grand public

<https://www.papillomavirus.fr/>

- Une vidéo humoristique à destination du grand public concernant le papillomavirus par « parlons peu, mais parlons »

Disponible sur :
<https://www.youtube.com/watch?v=q0wppCmvqTA>

Annexe 9 : Retranscription des entretiens (disponible sur la clé USB)

RÉSUMÉ

RAFIK Marine

Comment les professionnels de santé parlent-ils du papillomavirus à leur patientes dans le cadre du dépistage par frottis cervico-utérin ?

Etude qualitative auprès des professionnels de santé des départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine-et-Loire.

Introduction - Le papillomavirus Humain (HPV) est responsable de près de la totalité des cancers du col de l'utérus (CCU). L'annonce d'un frottis cervico-utérin anormal ou d'un résultat de test HPV est source d'anxiété chez les patientes et ne fait l'objet d'aucune recommandation. L'objectif principal était d'explorer l'information sur l'HPV délivrée par les professionnels dans le cadre du frottis et en particulier comment étaient abordés le lien entre HPV et frottis anormal, le contenu de l'annonce d'un frottis ASC-US et d'un résultat de test HPV.

Méthode - Etude qualitative par entretien semi-dirigés, auprès de professionnels de santé comportant des gynécologues, maïeuticiens et médecins généralistes du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne, sélectionnés par variation maximale.

Résultats - L'étude incluait 12 professionnels. L'information sur l'HPV était délivrée dans une temporalité variable pour justifier l'intérêt, la compréhension du frottis et favoriser la prévention. La protection par la vaccination était certaine et consensuelle, celle par le préservatif douteuse. L'information concernant la transmission de l'HPV était complexe. C'était une infection sexuellement transmissible (IST) particulière, fréquente, non dépistée, ni recherchée chez le partenaire, dont seule les lésions induites se soignent. Elle n'entraînait ni la recherche des autres localisations de l'HPV ni le bilan des différentes IST. Ses autres modes de transmission étaient peu abordés. La pratique du frottis en dehors des âges recommandés s'appuyait sur le risque d'infection à l'HPV liée à la sexualité. L'information sur le test HPV et le recueil du consentement en amont de sa réalisation n'était pas toujours effectués. L'annonce de son résultat s'entourait de précaution pour limiter la crainte d'un cancer ou celle d'une infidélité conjugale. L'information d'un frottis ASC-US était hétérogène, inconstante et prudente. Le lien avec l'HPV n'était pas systématique.

Conclusion - L'information autour de l'HPV est difficile, en lien avec l'anxiété qu'elle génère chez la patiente et la complexité de son histoire naturelle. Les professionnels seront plus fréquemment confrontés à la délivrance de cette information car depuis décembre 2016, l'INCa place le test HPV comme premier contrôle du frottis ASC-US et le dépistage organisé du CCU pourrait à terme inclure le test HPV.

Mots-clés : Papillomavirus, ASC-US, Test HPV, Information, Frottis-cervico-utérin, Dépistage, étude qualitative,

How do health professionals talk to their patients about papillomavirus for cervical cancer screening by smear?

Qualitative study with health professionals in the departments of Maine-et-Loire, Mayenne and Sarthe.

Introduction - Human Papillomavirus (HPV) is responsible for almost all cervical cancers. The announcement of an abnormal smear or HPV test results lead to patient anxiety. There seems to have no recommendations about it. Our main goal was to explore information about HPV by professional from cervical smear practice, the link between HPV and abnormal smear, content of communications about ASC-US smear results and HPV test result.

Method - Qualitative study of semi-directed interviews, which chose gynaecologist, midwife or general practitioners of Maine-et-Loire, Sarthe and Mayenne selected by maximum variation.

Results - The study included 12 professionals. The information on HPV was progressively given, to justify the interest, to ease the understanding of the smear and to promote prevention. The protection by the vaccination was obvious and consensual, but there were uncertainties concerning the efficiency of condom. Information about the transmission was complex. It was an unusual sexually transmitted disease (STDs), frequent, undetected, nor sought in the partner, of which only the induced lesions are treated. HPV cervical did not imply the inquiry for other HPV locations or other STDs. Other modes of transmission were little discussed. The practice of the smear outside recommended ages was based according to the risk of HPV infection through sexual activity. Before its execution, the HPV tests information was not always given and the consent were sometimes not asked. The information on HPV was wisely communicated not to frighten with cervical cancer and marital infidelity. The information about an ASC-US smear was heterogeneous, inconstant and cautious. The link with HPV was not systematic.

Conclusion - Information about HPV is a difficult exercise due to of the anxiety it generates and the complexity of its natural history. In the future, professionals may be more frequently confronted to it and might have to communicate on this topic. From December 2016, the INCa (French National Cancer Institute) considers the HPV test as the reference test for ASC-US checks. Organized Screening for cervical cancer could include the HPV test.

Keywords : Papillomavirus, ASC-US, HPV test, Information, Cervical smear, Screening, qualitative study