



Impact des croyances religieuses sur les pratiques de dépistages du cancer du col de l'utérus (revue de la littérature)

Florian Groff

► To cite this version:

Florian Groff. Impact des croyances religieuses sur les pratiques de dépistages du cancer du col de l'utérus (revue de la littérature). Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03026198

HAL Id: dumas-03026198

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03026198>

Submitted on 26 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Impact des croyances religieuses sur les pratiques de dépistages du cancer
du col de l'utérus (revue de la littérature)**

T H E S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 5 Novembre 2020

Par Monsieur Florian GROFF

Né le 22 octobre 1992 à Saint-Denis (LA REUNION)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GAUDART Jean

Président

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Assesseur

Monsieur le Professeur MANCINI Julien

Assesseur

Madame le Docteur MARCHAND France

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
 ALDIGHERI René
 ALESSANDRINI Pierre
 ALLIEZ Bernard
 AQUARON Robert
 ARGEME Maxime
 ASSADOURIAN Robert
 AUFFRAY Jean-Pierre
 AUTILLO-TOUATI Amapola
 AZORIN Jean-Michel
 BAILLE Yves
 BARDOT Jacques
 BARDOT André
 BERARD Pierre
 BERGOIN Maurice
 BERLAND Yvon
 BERNARD Dominique
 BERNARD Jean-Louis
 BERNARD Pierre-Marie
 BERTRAND Edmond
 BISSET Jean-Pierre
 BLANC Bernard
 BLANC Jean-Louis
 BOLLINI Gérard
 BONGRAND Pierre
 BONNEAU Henri
 BONNOIT Jean
 BORY Michel
 BOTTA Alain
 BOURGEADE Augustin
 BOUVENOT Gilles
 BOUYALA Jean-Marie
 BREMOND Georges
 BRICOT René
 BRUNET Christian
 BUREAU Henri
 CAMBOULIVES Jean
 CANNONI Maurice
 CARTOUZOU Guy
 CAU Pierre
 CHABOT Jean-Michel
 CHAMLIAN Albert
 CHARPIN Denis
 CHARREL Michel
 CHAUVEL Patrick
 CHOUX Maurice
 CIANFARANI François
 CLAVERIE Jean-Michel
 CLEMENT Robert
 COMBALBERT André
 CONTE-DEVOLX Bernard
 CORRIOL Jacques
 COULANGE Christian
 DALMAS Henri
 DE MICO Philippe
 DESSEIN Alain
 DELARQUE Alain
 DEVIN Robert
 DEVRED Philippe
 DJIANE Pierre
 DONNET Vincent
 DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
 DUMON Henri
 ENJALBERT Alain
 FAVRE Roger
 FIECHI Marius
 FARNARIER Georges
 FIGARELLA Jacques
 FONTES Michel
 FRANCES Yves
 FRANCOIS Georges
 FUENTES Pierre
 GABRIEL Bernard
 GALINIER Louis
 GALLAIS Hervé
 GAMERRE Marc
 GARCIN Michel
 GARNIER Jean-Marc
 GAUTHIER André
 GERARD Raymond
 GEROLAMI-SANTANDREA André
 GIUDICELLI Roger
 GIUDICELLI Sébastien
 GOUDARD Alain
 GOUIN François
 GRILLO Jean-Marie
 GRISOLI François
 GROULIER Pierre
 HADIDA/SAYAG Jacqueline
 HASSOUN Jacques
 HEIM Marc
 HOUEL Jean
 HUGUET Jean-François
 JAQUET Philippe
 JAMMES Yves
 JOUVE Paulette
 JUHAN Claude
 JUIN Pierre
 KAPHAN Gérard
 KASBARIAN Michel
 KLEISBAUER Jean-Pierre
 LACHARD Jean
 LAFFARGUE Pierre
 LAUGIER René
 LE TREUT Yves
 LEVY Samuel
 LOUCHET Edmond
 LOUIS René
 LUCIANI Jean-Marie
 MAGALON Guy
 MAGNAN Jacques
 MALLAN- MANCINI Josette
 MALMEJAC Claude
 MARANINCHI Dominique
 MARTIN Claude
 MATTEI Jean François
 MERCIER Claude
 METGE Paul
 MICHOTÉY Georges
 MIRANDA François
 MONFORT Gérard
 MONGES André
 MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOIR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGIO Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMONOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
 LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
 MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
 GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 POUGET Benoît (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
 ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 ROMANET Pauline (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
 GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
 ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)
 DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)
 DRH Campus Timone

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOIR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

Remerciements :

A mes amies : Anne margaux, Chloé, Emilie pour toutes ces années d'amitié et de souvenirs mémorables : les meilleurs comme les pires. Elles ont toujours su être présentes malgré tout.

A Agathe pour avoir été ma coloc' cette dernière année d'internat, pour avoir lavé mes sous-vêtements et mes chaussettes blanches. Sans compter ses soirées Proto...

A Marjorie pour avoir été ma meilleur co-interne : ma plus grande encadrante scolaire et ma partenaire de soirée.

A Camcam et Alice, Camille Herpin qui sont devenues mes copines marseillaises !

A mes autres amies : Terralite, Donz, Dewinter que je ne vois malheureusement pas assez et avec qui je suis resté ami au fil des années passées et que je compte bien garder pour les années à venir.

A mes amis d'externat lyonnais : Jeanne, Jeff, Kevin, Marion, Melanie, Sophie, Victor sans qui je n'aurais pas autant apprécié Lyon et avec qui je compte partager encore plein de WE à la découverte des coins les plus reculés de France !

A Fernandes et Edouard que je continue à aimer même s'ils ont quitté la néphro.

A mes néo-amis marseillais : David, Eric, Hermanomio, stephan, yacine avec qui j'ai découvert une nouvelle forme d'amitié qui, je l'espère, perdurera. Des vrais 400 « coups » ;)

A Anish et Steh pour leur « proof read » .

A Anne-Déborah et Caroline pour m'avoir épaulé dans ce travail et aidé à analyser les articles.

A MKB et Thierry GAMBY : pour m'avoir guidé dans la recherche de mon sujet de thèse et m'avoir encadré dans la production de ce travail.

A Whitley , Greg et tous les Apple-adviseur qui ont tenté de réparer mon ordinateur alors que je n'avais rien sauvegardé depuis 3 semaines !!

A Rémy pour m'avoir supporté pendant l'externat et mon début d'internat.

A Mes parents et ma sœur ainsi qu'à tout le reste de ma famille pour leur soutien malgré la distance.

INTRODUCTION	4
LE CANCER DU COL UTERIN	4
LES AUTRES TYPES DE CANCERS LIES AU HPV	5
PREVENTION PRIMAIRE	6
PREVENTION SECONDAIRE	7
UN PEU D'HISTOIRE	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES	14
RÉSULTATS	16
LA PUDEUR DES FEMMES, UNE VALEUR FORTE DE LA RELIGION	16
LA MALADIE, UNE VOLONTE DIVINE	16
LES CROYANCES NORMATIVES PREGNANTES DANS LA RELIGION	17
DES EFFETS CROISES ENTRE RELIGION ET MECONNAISSANCE DE LA PATHOLOGIE OU DU DEPISTAGE	17
DISCUSSION	21
FREINS AU DEPISTAGE	25
LEVIERES POTENTIELS	26
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXE	35

INTRODUCTION

Le cancer du col utérin

Le cancer du col de l'utérus est une tumeur maligne qui se développe à partir des cellules du col utérin. Il existe deux types de carcinomes. 85% sont des carcinomes épidermoïdes développés au niveau de l'exocol et 15% sont des adénocarcinomes développés au niveau de l'endocol (1).

Le facteur de risque principal est la présence prolongée du papillomavirus au niveau du col utérin.

En France le cancer du col de l'utérus représente le 12^{ème} cancer le plus fréquent avec près de 3000 nouveaux cas diagnostiqués tous les ans.

Plus de 1100 femmes meurent chaque année de ce cancer. La mortalité a fortement diminué depuis la diffusion à large échelle du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dans les années 1970. Cependant c'est l'un des rares cancers pour lequel le pronostic se dégrade en France. En effet, le taux de survie à 5ans est passé de 68% dans la période 1989-1993 à 62% dans la période 2005-2010 (1).

EN FRANCE, LE CCU, C'EST...



Source : Les cancers en France, 2017 - L'essentiel des faits et chiffres, INCa, 2017

Le papillomavirus humain est un virus dont on connaît 200 génotypes différents.

Seuls certains sont impliqués dans la survenue du cancer du col de l'utérus. Les types les plus fréquents sont les HPV type 16 et 18 qui sont présents dans plus de 70% des cas de cancers du col de l'utérus (2).

La transmission du virus se fait par contact avec la peau et les muqueuses lors des rapports sexuels avec ou sans pénétration. C'est pourquoi le préservatif, même s'il permet de limiter le contact avec le virus, ne peut pas assurer une protection complète. 80% des femmes sont infectées au moins une fois dans leur vie, rendant cette infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde (1). Bien qu'elle guérisse spontanément le plus souvent, dans 10% des cas le virus persiste. Au bout de 10 à 15 ans de persistance dans le col utérin celui-ci finit par développer des lésions pré-cancéreuses puis cancéreuses.

Le Papillomavirus humain n'est pas le seul facteur de risque du cancer du col de l'utérus. La précocité des rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels, le tabagisme, être porteur VIH ou avoir un traitement immunosuppresseur, la multiparité sont également des facteurs de risque (1).

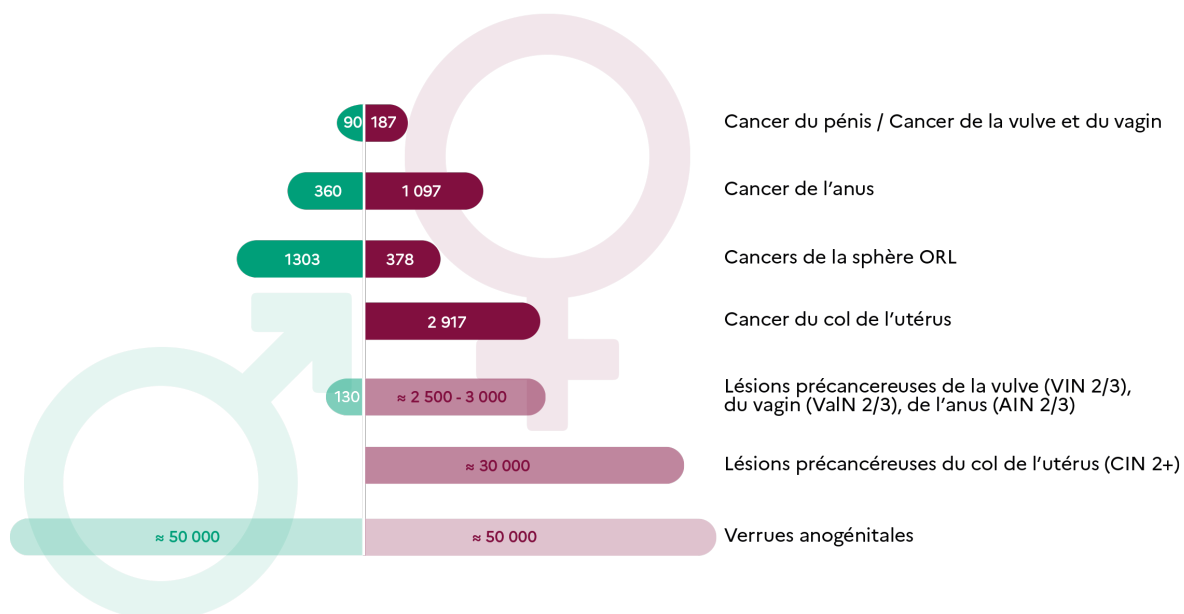
Les autres types de cancers liés au HPV

Il est également important de rappeler que le papillomavirus ne donne pas uniquement des cancers du col de l'utérus et que 5 autres types de cancers lui sont directement liés. Des cancers du vagin, de la vulve, du pénis, de la gorge et également anaux. Sans compter également les verrues ano-génitales et autres condylomes qui, bien que bénins, peuvent être une gêne esthétique ou fonctionnelle pour les patients. Ci-joint le tableau du centre de contrôle et de prévention des maladies des USA, qui montre les différentes atteintes de cancer liées au HPV(3).

Organe	Nombre moyen de cancers	Fréquence de l'HPV	Nombre moyen de cancers directement dus à l'HPV
Col de l'utérus	12015	91%	10900
Vagin	862	75%	600
Vulve	4009	69%	2800
Pénis	1303	63%	800
Anus	6810	91%	6200
<i>Femme</i>	<i>4539</i>	<i>93%</i>	<i>4200</i>
<i>Homme</i>	<i>2270</i>	<i>89%</i>	<i>2000</i>
Oropharinx	19000	70%	13500
<i>Femme</i>	<i>3460</i>	<i>63%</i>	<i>2200</i>
<i>Homme</i>	<i>15540</i>	<i>72%</i>	<i>11300</i>
Total	43999	79%	34800
Femme	24886	83%	20700
Homme	19113	74%	14100

En France, ces chiffres sont tout aussi parlants (4) :

Nombre de maladies HPV-induites chez les femmes et les hommes en France en 2015
(d'après Shield *et al.*, 2018).



Prévention primaire

Un des moyens de prévention de l'infection à papillomavirus humain et donc du cancer du col de l'utérus passe par la vaccination. À l'heure actuelle il existe deux vaccins, un quadrivalent (6,11,16,18) et un nonavalent. La vaccination ne protège pas encore contre toutes les infections à HPV, c'est pourquoi, même vaccinées, les femmes doivent participer au frottis cervico-vaginal.

Cependant en France et plus de dix ans après les premières recommandations, le taux de couverture vaccinale est faible avec seulement 24% des jeunes filles de moins de 16 ans correctement vaccinées (5). Depuis 2016 le vaccin est aussi recommandé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et ce jusqu'à 26 ans.

L'OMS recommande également la vaccination universelle des garçons de 11 à 14 ans, position soutenue par l'académie de médecine française (6). Le calendrier vaccinal 2020 prévoit donc à partir du 1^{er} janvier 2021 la mise en place de la vaccination chez les garçons selon le même protocole que la vaccination chez les filles (7).

Ceci permettrait d'améliorer directement leur santé mais bénéficierait aussi à la protection des filles non vaccinées. Cependant le peuple français reste un peuple méfiant des vaccins, au Royaume-Uni la couverture vaccinale est de 80%. Pour notion

en 10 ans, 200 millions de doses ont été prescrites dans le monde et plus de 6 millions en France.

Prévention secondaire

Le dépistage s'applique particulièrement bien au cancer du col de l'utérus compte tenu de l'évolution assez lente de la maladie. En effet, il faut quinze ans en moyenne pour qu'une lésion précancéreuse évolue en carcinome(8).

PROBABILITÉS DE RÉGRESSION, DE PERSISTANCE ET D'ÉVOLUTION DES CIN (OSTOR, 1993)*

lésion	RéGRESSION	PERSISTANCE	PROGRESSION VERS UNE CIN SUPERIEURE	PROGRESSION VERS UN CANCER INVASIF
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	< 56%	-	> 12

De plus, ces lésions précancéreuses sont spontanément régressives ou curables.

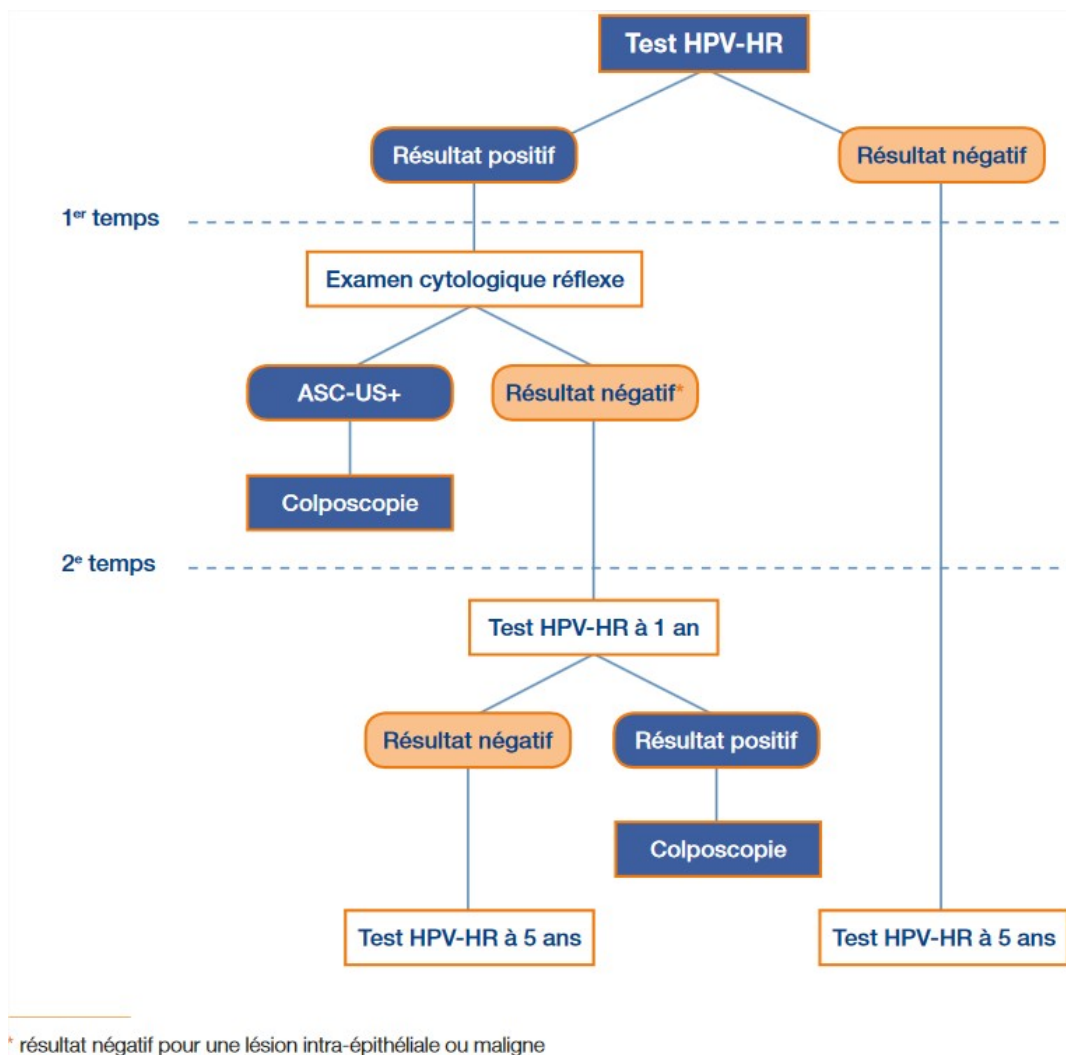
Et comme pour tout test de dépistage, le frottis cervico-vaginal est fiable et acceptable par la population.

Actuellement en France le dépistage du cancer du col se fait par examen cytologique réalisé par prélèvement direct de la zone cervico-utérine de préférence en milieu liquide.

Cela représente 31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses dépistées sur 235 000 prélèvements anormaux.

A partir de 30 ans, un test HPV est réalisé en première intention et ce tous les 5 ans. En cas de positivité une analyse cytologique est effectuée. Il se détache alors deux possibilités :

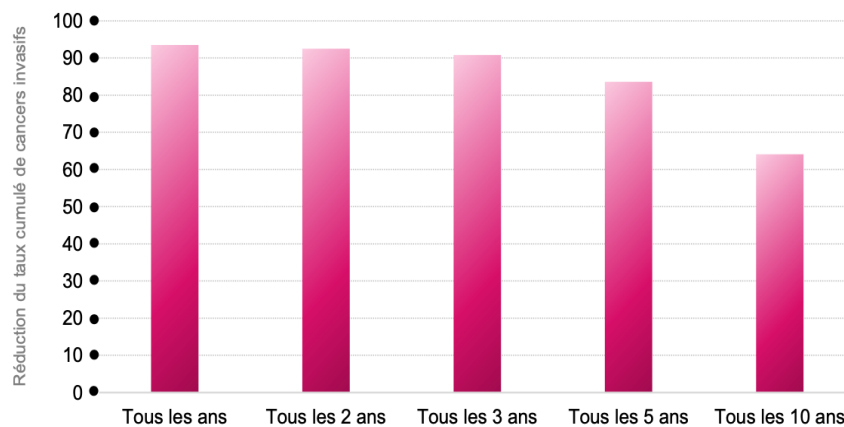
- 8



Ceci s'applique à toutes les femmes quel que soit leur statut vaccinal, leur vie sexuelle et même après la ménopause.

Certaines situations particulières ne rentrent pas dans les modalités du dépistage. Ainsi les femmes ayant une IST en cours d'évolution ou de traitement, celles ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus, celles ayant eu un traitement conservateur du col (cryothérapie, conisation, laser...) ou hystérectomie totale et celles présentant un risque majoré de cancer du col (immunodéprimées, exposées au diéthylstilbestrol) doivent avoir une prise en charge spécifique selon les recommandations en vigueur.

Comme le montre le graphique ci-dessous, augmenter la fréquence du dépistage n'améliorerait que peu les performances diagnostiques.



Source : D'après Hakama et al., Screening for cancer of the uterine cervix, IARC Scientific Publication, 1986
(Percentage reduction in the cumulative rate of invasive cervical cancer over the age range 35-64 years, with different frequencies of screening)

Et pourtant seules 7,8% des patientes cibles respectent strictement l'intervalle de dépistage. 40,6% sont sur-dépistées (tous les 2ans ou tous les ans) et 51,6% sous-dépistées (supérieur à 3ans).

Il est important de faire la différence entre les termes cytologiques employés pour le frottis et les termes histologiques employés pour les biopsies faites lors des colposcopies.

Lors d'une analyse histologique le terme CIN correspond à néoplasies cervicales intraépithéliales selon la classification de RICHART :

- Si les cellules anormales touchent le tiers de l'épithélium, on parle de CIN1
- Si elles affectent les deux tiers de l'épithélium, on parle de CIN2
- Si elles affectent toute l'épaisseur l'épithélium, on parle de CIN3

Mais cette classification est délaissée par les anatomopathologistes au profit de la classification OMS.

La classification utilisée pour les frottis est celle de Bethesda qui regroupe :

- ASC-US : cytologie avec cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée.
- ASC-H : cytologie avec cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'exclure une Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade.
- LSIL : cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade.
- AGC : cytologie avec anomalies des cellules glandulaires.
- HSIL : cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade.

On devrait alors plutôt parler de concordance plus que d'équivalence entre Bethesda et OMS (ou RICHART) car dans certains cas, il peut y avoir sous ou sur estimation.

<u>Richart</u>	<u>OMS</u>	<u>Bethesda</u>
- CIN 1	- dysplasie légère	- LSIL
- CIN 2	- dysplasie moyenne	- HSIL
- CIN 3	- dysplasie sévère	
	- carcinome in situ	
Carcinome épidermoïde invasif		

[Un peu d'histoire](#)

Le cancer du col de l'utérus est une maladie très ancienne que les médecins étaient capables d'identifier bien avant que des traitements ne soient disponibles. Ceci devient une évidence quand un speculum vaginal adaptable à trois lames, permettant de visualiser le col, fut découvert sur le site archéologique de Pompéi.

Dès les années 1925 G. PAPANICOLAOU décrit des anomalies des cellules du col utérin en rapport avec le cancer du col, mais il faudra attendre 20 ans plus tard pour avoir une application réelle en médecine (2). Ainsi est né le premier dépistage cytologique.

Vers les années 1970 N. MUNOZ émet l'hypothèse que le papillomavirus humain joue un rôle important dans le développement de ce type de cancer. C'est en suivant ces travaux que H. ZUR HAUSEN débute en 1984 la recherche sur un vaccin anti-HPV qui sera mis sur le marché en 2006. Il obtiendra pour cela le prix Nobel de médecine en 2008 (10).

En France dans les années 90, la mise en place d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été initié dans quatre départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique). Avec le plan cancer 2009-2013, c'est neuf autres départements (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne) qui rejoindront les quatre départements « pilotes »(11). Le but de ces treize départements pilotes est de tester des actions de dépistage (invitation par courrier des femmes n'ayant pas fait de FCV depuis trois ans, relance de femmes ne donnant pas suite à l'annonce d'une anomalie sur leur frottis...), des actions de prévention (campagne de vaccination...) et éducation à la santé (information des jeunes filles...). Chaque département devait en plus mettre en place un projet nouveau pour atteindre les femmes isolées participant peu au dépistage (consultations décentralisées, travail avec les associations en contact avec les publics précaires, actions vers les bénéficiaires de la CMUc, actions dans les territoires enclavés...).

Il faudra attendre 2018 et le plan cancer 2014-2019 pour que soit mis en place un programme national de dépistage organisé permettant l'accès pour chaque femme au dépistage du cancer du col (12).

Malgré les nombreuses avancées en matière de dépistage, notamment une meilleure accessibilité par le remboursement ou la simplicité du geste médical associé, le taux de participation des patientes reste sensiblement le même depuis plusieurs années, environ 60 % (13). Force est de constater que la couverture de ce dépistage n'est pas satisfaisante car trop limitée ; elle devient donc problématique, et il est nécessaire de s'interroger sur les éventuels leviers et barrières associés afin de préconiser des interventions adaptées susceptibles d'étendre autant que possible cette couverture.

En premier lieu, certains facteurs individuels peuvent en partie expliquer le fait que certaines femmes n'aient pas recours au dépistage des cancers, et plus particulièrement du cancer du col de l'utérus. Ainsi, bon nombre d'études ont montré l'importance de l'âge (les femmes plus âgées se font moins dépister que les plus jeunes) ainsi que du statut socio-économique, les femmes en situation de précarité ayant moins souvent recours au dépistage des cancers. De plus, la décision d'avoir recours ou pas à un dépistage relève d'un mécanisme psychologique particulier dont

les modélisations théoriques sont nombreuses (14) et dont les déterminants ne sont pas uniquement sociaux, même si ces derniers jouent un rôle certain (15). En effet, la simple dimension individuelle, et notamment la dimension économique, ne peut effectivement à elle seule rendre compte de la complexité des comportements de santé dans les multiples dimensions dans lesquels ils se déploient (16) ; d'autres éléments doivent être considérés pour pouvoir mieux les appréhender (17). Par exemple, certaines études internationales montrent l'influence des facteurs socioculturels sur les comportements de santé, y compris sur le dépistage du cancer du col utérin et plaident pour une plus vaste exploration de ceux-ci (6).

Le regain d'intérêt pour l'impact des pratiques religieuses et l'appartenance confessionnelle comme marqueur culturel sur le rapport des individus à leur santé et au système de soins (18,19) nous incite à évaluer l'impact des croyances religieuses sur le recours au dépistage impliquant une pathologie particulièrement sensible, le cancer (20) et une localisation socialement chargée et valorisée, l'appareil génital féminin (21). Cela l'est d'autant plus qu'aujourd'hui, en France, la question de l'origine ethnoculturelle et le genre sont évoqués comme possibles barrières à un accès aux soins optimal, engendrant une possible discrimination par rapport à certains groupes qui seraient par conséquent considérés comme plus vulnérables (22).

C'est dans ce contexte particulier que pour mesurer l'état des connaissances en ce domaine, une revue narrative exploratoire de la littérature médicale internationale traitant de ce sujet a été engagée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour réaliser cette revue exploratoire, une sélection des articles publiés entre le 1er janvier 2015 et le 31 mai 2019 en anglais ou en français, et portant sur la relation entre les croyances religieuses et le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU a été effectuée en interrogeant la base de données Pubmed.

Pour cette revue, afin d'assurer une homogénéité des articles retenus, la notion de religion a été entendue comme le fait d'appartenir à un groupe religieux ou le fait de faire référence à un dieu. Ainsi, les articles abordant les notions de croyances et de spiritualité dans une acception plus large n'ont pas été retenus dans la présente analyse.

La sélection des articles a été réalisée en trois temps : tout d'abord une lecture des titres qui devaient évoquer le recours au dépistage par FCU, ensuite une analyse des résumés dans lesquels la notion de croyance religieuse a été recherchée et enfin une étude du texte complet pour vérifier la nature de la relation entre religion et recours au FCU.

Sur les 1 941 articles traitant du FCU (mot clé « pap smear »), la lecture des résumés a permis d'identifier 193 publications traitant des facteurs associés à la réalisation d'un FCU. L'étude de ces 193 publications a permis d'en sélectionner 42 évoquant les croyances religieuses ou la religion dont seulement 16 évaluent le poids de ces croyances dans le recours ou pas à un FCU (figure 1) et seront par conséquent étudiés dans la présente revue.

Figure 1 : Flow-chart

1941 articles répondant au mot clé « pap smear » (01/01/2015 - 31/05/2019)
193 articles téléchargés dont l'abstract pouvait répondre au sujet
42 articles ayant un mot clé « religi »
16 articles abordant réellement la religion.



RÉSULTATS

Le premier constat qui s'impose est que sur cette période récente, peu de travaux évaluent le poids des croyances religieuses sur le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : sur les 193 articles étudiant les facteurs socio-culturels en lien avec le FCU, seuls 8,29 % évoquent la religion comme possible facteur explicatifs (23–38).

Néanmoins, on y voit que l'appartenance confessionnelle apparaît dans un certain nombre de ces publications comme une possible barrière au recours au FCU, celle-ci agissant directement sur les comportements de santé soit du fait de la hiérarchisation des relations entre les sexes que les règles religieuses imposent, soit du fait du caractère divin attribué à la maladie ou bien encore à la morale et au contrôle sous-jacent des mœurs et des comportements sexuels.

La pudeur des femmes, une valeur forte de la religion

Ainsi, en ce qui concerne le rapport entre les sexes, certaines femmes sont réticentes à consulter un médecin homme dans la mesure où la nudité reste un sujet particulièrement sensible, même dans un contexte médical (23,25,26,32). De plus, du fait d'une hiérarchie établie entre hommes et femmes, l'autorisation expresse du conjoint peut être requise pour la pratique d'un FCU (25,26). La normalisation du rapport de genre se mêle au rapport au corps et intervient ainsi dans l'injonction à la pudeur des femmes. Il en résulte qu'une des barrières du FCU est la connaissance et l'attitude des maris envers ce dépistage (25).

La maladie, une volonté divine

La maladie est également parfois signifiée comme une épreuve divine. La notion de fatalisme divin est parfois très marquée : le cancer est alors perçu comme un état décidé par un dieu dont la décision relative à son issue lui appartient (23,27,32,38). La maladie cancéreuse peut aussi être assimilée à une punition divine (32). Ce fatalisme se retrouve dans de nombreuses religions : aussi bien dans les populations de confession musulmane (27,32), que chrétienne (23,38). Associées à cette vision divine de la maladie, ces femmes pensent que leur foi les protège du cancer, ce qui ne les incite pas à pratiquer le dépistage mais au contraire à laisser faire « la volonté divine » (27).

Les croyances normatives prégnantes dans la religion

Enfin, autre représentation associée à certaines croyances religieuses : celle associée à la sexualité, ou du moins à l'excès de sexualité. Quelle que soit la culture ou la religion d'origine, cette notion paraît être ubiquitaire. Probablement liée à un manque de connaissance de la pathologie, le cancer du col semble souvent être associé à une sexualité active (23,25). Deux barrières s'en dégagent, les femmes ne se pensent pas à risque de cancer du col car n'ayant pas / peu de sexualité ou une sexualité « normative ». A contrario, certaines femmes n'osent pas consulter pour un FCU de peur de passer pour une personne aux mœurs légères ou d'être soupçonnées d'infidélité (23). De nombreux articles font état d'une véritable peur de la stigmatisation notamment chez des populations musulmanes (32), et plus minoritairement chez des populations hispaniques (38). De plus, si l'entourage et surtout les femmes entourant la patiente ne participent pas au FCU, les patientes iront peu se faire dépister elles-mêmes. Il existe un véritable effet boule de neige (27).

Des effets croisés entre religion et méconnaissance de la pathologie ou du dépistage

De manière plus indirecte, l'appartenance confessionnelle joue aussi sur l'éducation à la santé et les connaissances sur la maladie. Le manque de connaissances peut être multidimensionnel et les tabous religieux peuvent être de véritables obstacles à l'éducation des femmes. Cette carence en connaissances peut concerner la pathologie elle-même et son mode de fonctionnement conduisant à des fausses croyances, mais aussi le système de santé, par exemple sur l'aptitude des soignants à réaliser le dépistage (qui est apte à réaliser un FCU ? médecin généraliste, biologiste, gynécologue, sage-femme ?), sur la manière dont il est réalisé (systématiquement à chaque consultation ?), sur son coût (est-il payant ?) ou bien encore sur la population concernée (à partir de quel âge et jusqu'à quel âge faut-il le réaliser ?) (23,38). Pour certaines femmes, les croyances religieuses (ou l'appartenance confessionnelle) peuvent être une raison suffisante pour ne pas réaliser le FCU et ce même après une intervention éducative (29). Un travail portant sur une population de femmes en Guinée montre que les catholiques ont plus de connaissances relatives au cancer du col que les femmes de confession musulmane (30) : les femmes se présentant comme musulmanes participent le moins au dépistage et deviennent ainsi un groupe

particulièrement vulnérable dans la mesure où elles cumuleraient l'ensemble des barrières précédemment identifiées (28,31,32). Cette différence entre les groupes religieux se retrouve également chez les professionnels de santé à l'exemple d'une étude portant sur des infirmières exerçant en Inde chez qui le niveau de connaissances relatives au cancer du col de l'utérus varie selon la religion déclarée (33). Toutefois, ce résultat n'est pas consensuel dans la mesure où d'autres travaux ne trouvent aucune corrélation entre la participation au dépistage et l'appartenance confessionnelle (35,37). Voir comme dans cette étude de Kim HW and Al. (34) portant sur des mères Sud coréennes où la religion n'est pas un facteur qui intervient dans le choix de parler du FCU à leurs filles.

Tableau 1 :

Caractéristiques principales des articles inclus portant sur l'impact de la religion dans le FCU.

Etudes	Patients n	type d'étude	Localisation	Notions retrouvées
[23] Anaman-Torgbor JA et al. 2017	19 femmes	Etude qualitative	Australie	- Croyance « surnaturelle / religieuse » de la maladie - Les chrétiennes n'osent pas parler de FCU car en rapport avec la sexualité (peur d'être vues comme sexuellement actives). - Les chrétiennes ont peur d'être perçues comme non vierges ou comme ayant des « mœurs légères » - Les musulmanes ne se montrent pas aux hommes même médecin (propos rapportés par participantes chrétiennes) - Différence culturelle, zone sacrée, honte des excisions - Les immigrées ne comprennent pas le système de santé. - manque de connaissance sur le cancer ou FCU / absence de signe / embarras / peur / gêne sur médecin H / faible perception du risque personnel. - La religion peut être un levier : transmettre des messages positifs sur le FCU et le cancer du col via la religion.
[24] Le D, Aldoory L et al. 2018	15 femmes catholiques	Etude qualitative	Etat-Unis	- A cause de leur religion, les femmes ne doivent pas s'exposer à des hommes même médecin. - Les femmes ne font pas le FCU car c'est contre leur religion / culture. - peur / stigmatisation - besoin d'approbation par leur partenaire
[25] McFarland DM et al. 2016	4593 femmes (17 articles)	Revue de la littérature	Afrique Sub-saharienne	cc: il est important d'impliquer les maris ainsi que les leader religieux
[26] Srisuwan S et al. 2015	128 volontaires en prévention de la santé	Etude Transversale Multicentrique	Thaïlande	- Femmes musulmanes expriment de la pudeur même avec le corps médical - Pas de FCU sans autorisation du mari - cc: impliquer les maris
[27] Rasul VH et al. 2015	19 femmes	Etude qualitative	Irak Kurde	- Volonté divine donc ne font pas le frottis. - Se sentent protégées par Dieu donc ne font pas le frottis - La femme tient une place importante dans la structure familiale et donc sa santé est importante. - Les médias de masse pourraient propager des messages de santé publique. - L'entourage (surtout féminin) joue un rôle incitateur important.
[28] Yeo C et al. 2018	268 femmes	Etude transversale	Singapour	- La religion est un facteur statistiquement significatif dans la participation au FCU - Les musulmanes semblent faire partie des femmes consultant le moins pour le FCU.
[29] Gana GJ et al. 2017	186 femmes	Etude quasi-expérimentale	Nigeria	- La religion est une raison citée pour ne pas faire son FCU , même après des cours éducatifs. (statistiquement non significatif par manque de puissance)
[30] Binka C 2015	410 femmes	Etude transversale multicentrique.	Ghana	- La religion influence la connaissance du cancer mais ne semble pas influencer la participation au dépistage. - la connaissance du cancer du col de l'utérus était plus grande chez les chrétiennes que chez les musulmanes.

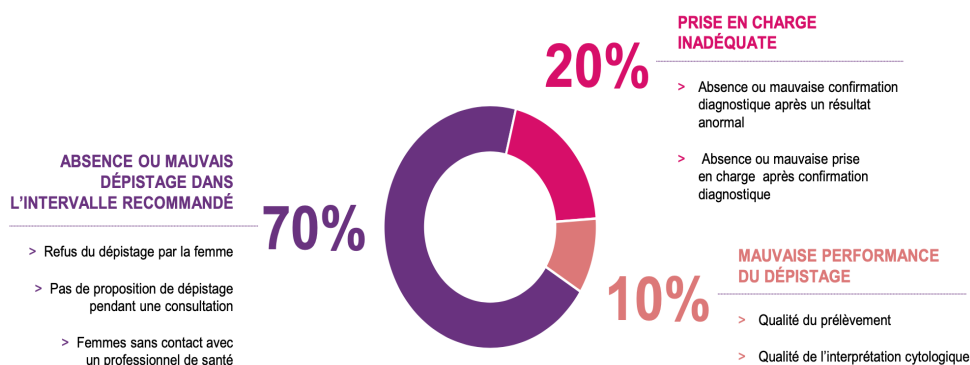
Études	Patients n	type d'étude	Localisation	Notions retrouvées
[31] Mukem S et al. 2015	41 570 femmes	Analyse secondaire de donnés de deux enquêtes quantitatives transversales nationales	Thaïlande	- La religion musulmane ou autre groupe religieux que chrétien et bouddhiste fait partie des facteurs limitant la participation au FCU. - L'embarras et la peur d'avoir mal étaient prépondérantes chez les femmes musulmanes toutes enquêtes confondues - Sur l'enquête de 2007, « je ne sens rien d'anormal avec mon col utérin » était la principale raison de non-participation au FCU chez les Chrétiennes (76,7%) , Bouddhistes (66,8%) et Musulmanes (50,1%). - Dans les « autres religions » la raison est plutôt le manque de besoin perçu. - Le manque de connaissance était dans l'enquête de 2009 la raison principale des chrétiennes pour la non-participation au FCU
[32] Islam N et al. 2017	12 entretiens de leader de confession musulmane	Etude qualitative	États-Unis	- La notion de dépistage n'existe pas dans leur pays d'origine - Fatalisme / volonté divine : la maladie vue comme une punition - Le sexe du médecin (lorsqu'il est masculin) est un facteur limitant - La santé de la famille avant celle de la femme - Embarras / stigmatisation du FCU - La religion peut être un facteur favorisant en véhiculant des messages de prévention via les mosquées ou les médias
[33] Rahman H et al. 2015	354 infirmières	Etude transversale	Inde	- les bouddhistes avaient 2,03 fois plus de chance de connaître le FCU que les Hindous. OR 2,03 (1,11 - 3,71)
[34] Kim HW et al. 2016	1 581 mères	Etude transversale multicentrique	Corée du Sud	- La religion ne fait pas partie des facteurs statistiquement significatif qui influencent les mères à recommander le FCU à leurs filles
[35] Chaowawanit W et al. 2016	4 339 femmes	Etude transversale multicentrique ? (2 hôpitaux de Bangkok)	Thaïlande	- La religion n'est pas significativement un facteur limitant le FCU. OR = 1,09, IC95% [0,95 ; 1,25].
[36] Kang K-A et al. 2017	887 femmes	Etude Transversale Multicentrique	Japon / Corée du Sud	- La religion est un facteur positif, statistiquement significatif de l'attitude chez les japonaises.
[37] Al-Rifai RH et al. 2017	6 942 femmes	Analyse secondaire de données deux études quantitatives transversales nationales	Egypte	- Les religions musulmane et chrétienne ne sont pas significativement corrélées avec les connaissances relatives au FCU.
[38] Madhivanan P et al. 2016	35 femmes hispaniques	Étude quantitative	Etats Unis	- Fatalisme / volonté divine - Pour les personnes plus âgées, la religion n'est pas incompatible avec la science - Manque de connaissance sur le cancer du col car s'en remet à la volonté divine pour beaucoup de chose. - Support familial féminin important - La famille peut aussi être une barrière car la santé de la femme passe après celle de la famille. - Fausses croyances sur le FCU entraînant une représentation négative : association à une sexualité « débridée »

DISCUSSION

Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus n'atteint toujours pas les 80% visés par le plan cancer en France.

Compte tenu des progrès de la science et de la médecine, la majeure partie des erreurs de prise en charge des cancers du col de l'utérus sont dues à la non ou sous-réalisation du dépistage. Il semble donc important d'axer la recherche sur les barrières et leviers à la réalisation du frottis cervico-vaginal afin de couvrir une plus grande partie de la population.

LA SURVENUE D'UN CCU : LES FAILLES POSSIBLES



Source : D'après données non publiées EVE, région Alsace-Grand Est, INCa, 2017

En principal résultat, s'il ne semble pas y avoir de consensus sur l'effet direct de la religion sur la pratique du dépistage par FCU, la présente revue montre néanmoins que celle-ci peut représenter à la fois une barrière, lorsqu'il est question de pudeur, de perception de la maladie en tant que volonté divine ou encore de croyances normatives entraînant une peur de la stigmatisation, et un levier lorsque celle-ci implique des leaders religieux ou bien encore les médias de masse (24,25,27,32).

Cette revue de littérature est bien sûr limitée du fait de son caractère narratif non systématique mais témoigne néanmoins du fait que l'impact des pratiques et croyances religieuses sur le recours à un dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas clairement étudié et que la relation entre connaissances du dépistage, croyances religieuses et recours à un dépistage par FCU n'est pas évidente. Le peu de travaux portant sur la population française témoigne de la réticence encore vivace en France d'aborder pleinement cette question du fait d'une tradition laïque rejetant les croyances

religieuses dans la sphère de l'intime et du privé. Ce sont principalement les travaux anglo-saxons qui produisent la plupart des résultats à ce sujet. Un deuxième obstacle à la réalisation de cette revue consiste en la confusion entre les notions d'ethnicité et de religion observée dans un grand nombre d'articles issus de travaux anglo-saxons, où le concept de minorité ethnique est utilisé pour désigner des groupes socio-culturels dans l'étude des comportements de santé et plus spécifiquement du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (39). C'est alors par le prisme de ce concept qu'est abordée la question des croyances religieuses associées : ainsi, par exemple, la population d'origine arabe est immédiatement caractérisée par l'islam (40,41). Cette approche communautaire est d'ailleurs au fondement des politiques d'intervention et de prévention ciblée développées entre autres dans les pays anglo-saxons non seulement pour le cancer (42) mais pour un ensemble d'autres pathologies (43).

Si cette difficulté dans l'appréhension des notions de culture et de religion constitue une limite à considérer dans cette étude, elle est également le témoin de la nécessité de porter une réflexion sur ce sujet. Le questionnement entre religion et décision médicale, qu'elle soit pratique de dépistage ou choix d'un traitement, est fortement étudié outre-Atlantique (44) avec une augmentation par 2,5 du nombre de publications dans la dernière décennie (45). Rappelons pour exemple que 57% des américains croient que la religion peut répondre à tous - ou presque - des problèmes d'aujourd'hui (45). Toutefois, ce problème n'est pas absent des travaux de recherche conduits en Europe notamment dans les pays d'immigration (46). Avant tout, il est important de relever que dans certaines études, la religion n'influence pas systématiquement le FCU, ou de manière très marginale (30,35). Certaines difficultés à mesurer ce qui relève de la religion et de la spiritualité peuvent encore expliquer que le lien n'est aujourd'hui pas évident. Ce n'est pas pour autant que ce dernier n'existe pas, dans la mesure où ce domaine d'étude est nouveau en épidémiologie et constitue un enjeu de première importance pour les années à venir (47).

C'est pourquoi, même s'il n'y pas de consensus en la matière, bon nombre de travaux identifient un lien entre croyances religieuses et santé. Pour exemple, la méta analyse réalisée par Salsman et al. (45) retrouve le fatalisme évoqué précédemment, empreint de la croyance selon laquelle l'issue des difficultés de santé en général est inévitable car déterminée par un dieu. La notion de stigmatisation de la sexualité par la religion est également retrouvée dans un article étudiant l'influence de la religion dans les pratiques de contraception féminine (48). Toutefois, pour certains auteurs, les rapports

entre religion et santé, en l'occurrence entre croyances religieuses et pratique du dépistage du cancer du col, est plus complexe. Ce rapport ne peut être expliqué sans l'apport du concept de culture qui inscrit la pratique religieuse dans la tradition historique d'un groupe ethnoculturel particulier. Ainsi, ce n'est pas la religion en soi qu'il faut considérer mais les caractéristiques culturelles du groupe et du rôle ou de la place spécifique qui sont traditionnellement dévolus aux femmes dans la cellule familiale et dans les rapports au bien-être et à la santé du groupe (27,32,38).

Cette complexité est manifeste dans la relation entre croyances religieuses, connaissance du dépistage et comportements en santé.

Ceci peut en partie expliquer que certains travaux concluent sur une absence de corrélation statistique significative entre l'appartenance religieuse et la connaissance du FCU (37). Si certaines communautés religieuses témoignent d'une meilleure connaissance du dépistage et de la maladie cancéreuse que d'autres, cela ne saurait suffire à expliquer la participation au dépistage culturellement différenciée (30).

Mais le lien entre croyances, pratiques religieuses et santé de la population n'est pas univoque. La religion a un impact souvent positif sur la promotion de la santé des patients en les aidant à réagir de manière optimiste face à la maladie. Elle peut ainsi avoir une influence sur des facteurs psychiques comme le stress mais aussi sur des retentissements mesurables tels qu'une sortie de lit précoce ou une guérison plus rapide (49).

Le caractère « communautaire » que peut susciter l'appartenance à une confession peut même être un levier susceptible d'améliorer la participation au dépistage surtout si les leaders religieux sont impliqués (24,25,32) ou les médias de masse évoqués également comme levier dans certains articles (27,32).

Cependant des impacts négatifs de la religion peuvent aussi être retrouvés avec des patients qui ne consultent pas assez rapidement ou qui refusent des vaccins ou des transfusions pour des raisons religieuses (50).

Ainsi, l'absence de consensus laisse supposer l'existence de possibles facteurs de confusion mais aussi la nécessité que les croyances religieuses doivent être préalablement appréhendées selon deux questions distinctes.

La première concerne le contenu même des croyances et des règles morales associées. Cette revue montre néanmoins que dans la plupart des travaux l'influence des croyances confessionnelles sur les comportements de santé, en l'occurrence les comportements de prévention comme le dépistage du cancer du col de l'utérus,

dépend étroitement du contenu de ces croyances et des relations hiérarchisées qu'elles peuvent organiser entre les hommes et les femmes mais aussi de la morale qui leur est propre, notamment sur la sexualité.

La seconde question tient compte de l'imprégnation (et potentiellement de l'adhésion) des groupes aux systèmes de croyances véhiculées par telle ou telle religion : religion, culture et politique sont indissociables et les éléments contextuels environnants sont à considérer.

Cette relation équivoque entre religion et dépistage se retrouve de manière plus générale dans les comportements à risque. En effet, de manière surprenante, les gens rapportant des habitudes de vie saine ont aussi un taux bas de participation aux dépistages. Cela rappelle qu'il faut combattre la notion selon laquelle le cancer n'affecte que les individus avec des styles de vie à risque (51).

Travailler avec des groupes religieux pourrait aider les professionnels de santé à comprendre les barrières culturelles et religieuses, afin de pouvoir délivrer un message de prévention aux communautés musulmanes, en particulier aux familles et maris conservateurs et religieux.

Freins au dépistage

Pour aider les professionnels de santé à engager le dialogue, l'INCa met à disposition sur son site divers documents pour mieux comprendre les interrogations et les freins ainsi que des fiches pratiques sur la vaccination et le dépistage.

En effet certaines « sous-catégories » de femmes participent moins au dépistage par frottis (52) :

- Les femmes de plus de 50ans
- Les femmes ménopausées
- Les femmes provenant de catégories socio-professionnelles moins favorisées
- Les femmes admises en ALD
- Les femmes en situation de handicap
- Les femmes homosexuelles
- Les femmes en situation de prostitution

Certains freins à la participation au dépistage sont déjà connus.

Il y a ceux liés à la patiente :

- Certaines femmes ne se sentent pas concernées comme par exemple les femmes ménopausées qui croient ne plus risquer de développer un cancer du col de l'utérus.
- Le caractère invasif de l'examen gynécologique considéré comme gênant, anxiogène, inconfortable voire douloureux. Cet embarras peut-être accentué si le professionnel de santé qui effectue l'examen est un homme.
- Le manque de connaissance du cancer du col de l'utérus : les patientes ne prennent pas part au dépistage car elles ignorent les risques de ce cancer et les avantages du frottis cervico-vaginal.

Et ceux liés au dépistage lui-même :

- Certaines zones géographiques sont sous dotées en gynécologue, rendant les délais d'attente pour une consultation longs.
- Les difficultés socio-économiques dues à l'avance de frais et les dépassements d'honoraires de certains professionnels de santé.

Leviers potentiels

- Courrier d'information et/ou d'invitation au dépistage comme la journée de dépistage organisée dans les centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile) envoyée par un mail de la caisse primaire d'assurance maladie.
- La qualité de la relation patient-malade avec l'approche « centrée-patiente »
- Amélioration de l'accès et de l'offre de prélèvement avec plusieurs personnes habilitées à faire le FCU : gynécologue, biologiste, sage-femme, médecin généraliste (53) ...
- Des campagnes de communication et de sensibilisation.
https://www.youtube.com/watch?time_continue=103&v=0CALLluXHlw&feature=emb_logo
- Une prise en charge à 100% par la caisse primaire d'assurance maladie pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et l'Aide Médicale d'État (AME) sans avance de frais. Pour le reste des assurés de l'Assurance Maladie le taux de remboursement est à 70% (54).
- Plusieurs solutions alternatives sont envisagées afin d'augmenter la participation au dépistage. Une de ces solutions serait la détection d'HPV par auto-prélèvement réalisé à domicile. Ils se sont révélés être plus sensibles que le FCU pour détecter des néoplasies intra-épithéliales cervicales (CIN) de grade 2 ou plus. De plus que ce soit des auto-prélèvements vaginaux sur écouvillon sec (sans milieu de transport) ou sur milieu liquide la performance est identique, facilitant ainsi encore un peu plus la réalisation à domicile. Une étude réalisée sur 6000 femmes françaises en 2012 a démontré que l'envoi de kits d'auto-prélèvement permettait une participation plus élevée qu'une relance simple (55). Actuellement recommandé par la HAS depuis juillet 2019 (56).

CONCLUSION

Inégalité des risques génétiques ou comportementaux, inégalité des parcours de prise en charge du fait de la situation sociale, territoriale, perte de chance liée au non-respect des standards de bonne pratique, inégalités d'information... les inégalités face à la maladie cancéreuse sont diverses et complexes.

Le plan Cancer 2014-2019 s'est donné pour objectif de faire reculer les inégalités face au cancer du col de l'utérus. La première action du plan précise que le dispositif de dépistage généralisé devra cibler les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables.

De plus, différents scénarios d'analyse médico-économique ont été effectués. Mais aucun des différents scénarios envisagés ne permettaient d'atteindre le taux de participation cible du plan cancer 2014-2019 (80%), sans actions spécifiques supplémentaires à destination de sous-populations en particulier. Même si l'effet et/ou l'intérêt de stratégies de ciblage supplémentaires est difficile à appréhender, les analyses montrent que ces modalités supplémentaires ont un effet en terme de réduction des inégalités de recours au dépistage, dans la mesure où elles conduisent à des taux de participation au dépistage dans ces sous-populations équivalents à ceux du reste de la population générale (effet de rattrapage et d'harmonisation de la participation entre les groupes), avec un gain de participation dans les sous-populations compris entre 17 et 27 points (57).

La plupart des caractéristiques des sous-groupes de population à risque ne sont issues que d'études dont les bases de données médico-administratives, telles que les bénéficiaires de l'assurance maladie, ne renseignent pas des caractéristiques sociales des populations. Certains groupes ne pourront pas, ou difficilement, être ciblés pour des raisons techniques et / ou éthiques, liées à l'identification ou à la constitution de fichiers (9).

Le rapport 2015 du plan cancer souligne le fait que les études portant sur des personnes migrantes étaient peu nombreuses, notamment quantitatives, et que le peu d'études françaises portant sur les migrants n'étudient pas la religion (58–61).

Or l'un des principaux freins au dépistage du cancer du col utérin chez les femmes migrantes est d'ordre culturel ou religieux. Cela souligne donc l'importance de réaliser de plus nombreuses études de recherche qualitative en la matière.

Pour conclure, s'il n'existe pas de consensus sur la réalité de l'impact des croyances religieuses sur le recours au FCU, leur rôle n'est néanmoins pas à exclure. Les rapports complexes entre religion, communauté et santé imposent d'être explorés plus finement pour pouvoir faire la part des choses et mieux expliciter la relation entre l'appartenance confessionnelle et la prévention en santé. L'étude des relations entre la religion et la pratique du dépistage du cancer doit être menée à la lumière du contenu des croyances et des règles individuelles de conduites qu'elles édictent, leur réalité et leur poids au sein de certains groupes ou communautés, ainsi que du contexte politique et social dans lequel il évolue.

De manière opérationnelle, si dans bien des cas l'appartenance confessionnelle peut être perçue comme une barrière évidente au dépistage, l'appartenance communautaire et notamment l'engagement des responsables religieux dans une perspective interventionnelle sur certains groupes particuliers, peut s'avérer un levier non négligeable.

Enfin, il apparaît primordial d'enrichir les connaissances sur ce sujet et de les partager avec les professionnels de santé, notamment les praticiens, afin que ces derniers apportent une attention toute particulière aux populations vulnérables, diminuant leur embarras et légitimant leurs demandes. Par exemple, en cas de refus de la réalisation d'un FCU par un professionnel (homme), une orientation systématique vers une professionnelle (femme) pour la réalisation de cet acte spécifique pourrait être mise en place.

Comme le rapporte l'Institut National du Cancer, le médecin généraliste joue un rôle important dans le dépistage. Du fait de la pluralité des intervenants (médecin généraliste, gynécologue, assurance maladie...), une meilleure coordination entre les différents acteurs impliqués dans le dépistage semble importante. Plusieurs études s'accordent à dire que le médecin généraliste devrait être l'organisateur des différents dépistages, en coordonnant et suivant les patients. En effet, les médecins généralistes semblent être les interlocuteurs les plus pertinents pour sensibiliser, informer et inciter au dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comprendre le cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/comprendre-cancer-col-uterus>
2. Papillomavirus humain. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Papillomavirus_humain&oldid=172575371
3. How Many Cancers Are Linked with HPV Each Year? | CDC [Internet]. 2020 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/cancer/hpv/statistics/cases.htm>
4. 10 arguments clés sur la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) - Le point sur [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/10-arguments-sur-la-vaccination-contre-les-HPV>
5. Le dépistage de 25 à 65 ans - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precocce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-de-25-a-65-ans>
6. Cancer du col de l'utérus : l'INCa lance une campagne pour sensibiliser les professionnels de santé [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/cancerologie/cancer-du-col-de-luterus-linca-lance-une-campagne-pour-sensibiliser-les-professionnels-de-sante>
7. DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M, DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M. Le calendrier des vaccinations [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
8. Lésions précancéreuses - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Lesions-precancereuses>
9. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
10. Harald zur Hausen. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Harald_zur_Hausen&oldid=172067725

11. Institut National du Cancer. le cancer du col de l'utérus en France état des lieux 2010. 2010.
12. Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus
13. Quelques chiffres - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 31 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
14. Saulle R, Sinopoli A, De Paula Baer A, Mannocci A, Marino M, De Belvis AG, et al. The PRECEDE-PROCEED model as a tool in Public Health screening: a systematic review. Clin Ter. avr 2020;171(2):e167-77.
15. Chorley AJ, Marlow LAV, Forster AS, Haddrell JB, Waller J. Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. Psychooncology. 2017;26(2):161-72.
16. Travert A-S, Sidney Annerstedt K, Daivadanam M. Built Environment and Health Behaviors: Deconstructing the Black Box of Interactions-A Review of Reviews. Int J Environ Res Public Health. 24 2019;16(8).
17. Assari S, Khoshpouri P, Chalian H. Combined Effects of Race and Socioeconomic Status on Cancer Beliefs, Cognitions, and Emotions. Healthcare (Basel). 24 janv 2019;7(1).
18. Milstein G, Palitsky R, Cuevas A. The religion variable in community health promotion and illness prevention. J Prev Interv Community. mars 2020;48(1):1-6.
19. Padela AI, Curlin FA. Religion and disparities: considering the influences of Islam on the health of American Muslims. J Relig Health. déc 2013;52(4):1333-45.
20. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. Psychooncology. 2017;26(8):1070-9.
21. Braun V, Wilkinson S. Socio-cultural representations of the vagina. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 1 févr 2001;19(1):17-32.
22. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. BMC Public Health. 9 janv 2020;20(1):31.
23. Anaman-Torgbor JA, King J, Correa-Velez I. Barriers and facilitators of cervical cancer screening practices among African immigrant women living in Brisbane, Australia. Eur J Oncol Nurs. déc 2017;31:22-9.
24. Le D, Aldoory L, Garza MA, Fryer CS, Sawyer R, Holt CL. A Spiritually-Based

Text Messaging Program to Increase Cervical Cancer Awareness Among African American Women: Design and Development of the CervixCheck Pilot Study. *JMIR Form Res.* 29 mars 2018;2(1):e5.

25. McFarland DM, Gueldner SM, Mogobe KD. Integrated Review of Barriers to Cervical Cancer Screening in Sub-Saharan Africa. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(5):490-8.

26. Srisuwan S, Puapornpong P, Srisuwan S, Bhamarapratana K, Suwannarurk K. Knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer screening among village health volunteers. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(7):2895-8.

27. Rasul V, Cheraghi M, Behboodi Moqadam Z. Influencing factors on cervical cancer screening from the Kurdish women's perspective: A qualitative study. *J Med Life.* 2015;8(Spec Iss 2):47-54.

28. Yeo C, Fang H, Thilagamangai null, Koh SSL, Shorey S. Factors affecting Pap smear uptake in a maternity hospital: A descriptive cross-sectional study. *J Adv Nurs.* nov 2018;74(11):2533-43.

29. Gana GJ, Oche MO, Ango JT, Kaoje AU, Awosan KJ, Raji IA. Educational intervention on knowledge of cervical cancer and uptake of Pap smear test among market women in Niger State, Nigeria. *J Public Health Afr.* 31 déc 2017;8(2):575.

30. Binka C, Nyarko SH, Doku DT. Cervical Cancer Knowledge, Perceptions and Screening Behaviour Among Female University Students in Ghana. *J Cancer Educ.* juin 2016;31(2):322-7.

31. Mukem S, Meng Q, Sriplung H, Tangcharoensathien V. Low Coverage and Disparities of Breast and Cervical Cancer Screening in Thai Women: Analysis of National Representative Household Surveys. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(18):8541-51.

32. Islam N, Patel S, Brooks-Griffin Q, Kemp P, Raveis V, Riley L, et al. Understanding Barriers and Facilitators to Breast and Cervical Cancer Screening among Muslim Women in New York City: Perspectives from Key Informants. *SM J Community Med.* 2017;3(1).

33. Rahman H, Kar S. Knowledge, attitudes and practice toward cervical cancer screening among Sikkimese nursing staff in India. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2015;36(2):105-10.

34. Kim HW. The health beliefs of mothers about preventing cervical cancer and their intention to recommend the Pap test to their daughters: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 03 2016;16:370.

35. Chaowawanit W, Tangjitgamol S, Kantathavorn N, Phoolcharoen N, Kittisiam T, Khunnarong J, et al. Knowledge, Attitudes and Behavior of Bangkok Metropolitan Women Regarding Cervical Cancer Screening. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(3):945-52.

36. Kang K-A, Kim S-J, Kaneko N. Factors influencing behavioral intention to undergo Papanicolaou testing in early adulthood: Comparison of Japanese and Korean women. *Nurs Health Sci.* déc 2017;19(4):475-84.
37. Al-Rifai RH, Loney T. Factors Associated with a Lack of Knowledge of Performing Breast Self-Examination and Unawareness of Cervical Cancer Screening Services: Evidence from the 2015 Egypt Health Issues Survey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 26 2017;18(10):2763-9.
38. Madhivanan P, Valderrama D, Krupp K, Ibanez G. Family and cultural influences on cervical cancer screening among immigrant Latinas in Miami-Dade County, USA. *Cult Health Sex.* 2016;18(6):710-22.
39. Chan DNS, So WKW. A Systematic Review of the Factors Influencing Ethnic Minority Women's Cervical Cancer Screening Behavior: From Intrapersonal to Policy Level. *Cancer Nurs.* déc 2017;40(6):E1-30.
40. Abboud S, De Penning E, Brawner BM, Menon U, Glanz K, Sommers MS. Cervical Cancer Screening Among Arab Women in the United States: An Integrative Review. *Oncol Nurs Forum.* 01 2017;44(1):E20-33.
41. Siddiq H, Alemi Q, Menten J, Pavlish C, Lee E. Preventive Cancer Screening Among Resettled Refugee Women from Muslim-Majority Countries: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health.* 3 janv 2020;
42. Hu J, Wu Y, Ji F, Fang X, Chen F. Peer Support as an Ideal Solution for Racial/Ethnic Disparities in Colorectal Cancer Screening: Evidence from a Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 12 mars 2020;
43. Joo JY, Liu MF. Experience of Culturally-Tailored Diabetes Interventions for Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *Clin Nurs Res.* 5 nov 2019;1054773819885952.
44. Nelson B. When medicine and religion do not mix. *Cancer Cytopathology.* 2017;125(11):813-4.
45. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer.* 1 nov 2015;121(21):3754-9.
46. Čvorović J. The Differential Impact of Religion on Self-Reported Health Among Serbian Roma Women. *J Relig Health.* déc 2019;58(6):2047-64.
47. Ransome Y. Religion Spirituality and Health: New Considerations for Epidemiology. *Am J Epidemiol.* 4 mars 2020;
48. Hill NJ, Siwatu M, Robinson AK. « My religion picked my birth control »: the influence of religion on contraceptive use. *J Relig Health.* juin 2014;53(3):825-33.

49. Tsai T-J, Chung U-L, Chang C-J, Wang H-H. Influence of Religious Beliefs on the Health of Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(4):2315-20.
50. Horton SEB. Religion and health-promoting behaviors among emerging adults. *J Relig Health.* févr 2015;54(1):20-34.
51. Sicsic J, Franc C. Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings: what remains to be achieved by French national programmes? *BMC Health Serv Res.* 4 oct 2014;14:465.
52. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoc/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-depistage-sensibiliser-et-convaincre#toc-quelles-femmes-ne-se-font-pas-d-pister-r-guli-rement>
53. Dépistage du cancer du col de l'utérus : à qui vous adresser ? - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/A-qui-vous-adresser>
54. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Se faire dépister [Internet]. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
55. Haguenoer K, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, Fontenay R, Marret H, et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. *Br J Cancer.* 25 nov 2014;111(11):2187-96.
56. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
57. Institut National du Cancer. GÉNÉRALISATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS /Étude médico-économique /Phase 1. 2015.
58. Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Prev Med.* avr 2012;54(3-4):259-65.
59. Francesca Grillo 1,2, Marion Soler1,2, Pierre Chauvin1,2. Absence of cervical cancer screening for women in Paris metropolitan area according to their migration characteristics in 2010.
60. Menvielle G, Richard J-B, Ringa V, Dray-Spira R, Beck F. To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010. *Cancer Causes Control.* août 2014;25(8):977-83.

61. Davin F, Atrach-Bah JA, Zingraff H, Alpes-Côte-d'Azur C (Comité régional d'éducation pour la santé) P. Cancer et migrants. Action expérimentale pour l'accès à la prévention et au dépistage du cancer colorectal auprès des personnes migrantes vivant en résidences sociales en région Paca [Internet]. Marseille: Comité Régional d'Education pour la Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2009. 53 p. Disponible sur: <http://www.cres-paca.org>

Annexe

Impact of religious beliefs on cervical screening practices - review of the literature

Florian GROFF, Caroline ALLEAUME, Rajae TOUZANI, Anne-Déborah BOUHNİK, Laetitia HUIART, Julien MANCINI, Marc-Karim BENDIANE

Abstract

To prevent cervical cancer, the screening coverage of the female population is becoming a major public health challenge. In France, a Pap smear test at least once every two years for women aged 25 – 65 has been recommended by health authorities. Despite public intervention to promote cervical cancer awareness, the coverage is still rather low: 60% of the targeted group. Many studies reported the consequence of socio-economic status (SES) on the screening behaviours: an underuse of Pap Smear Test is observed among low income women. However, individual SES cannot fully explain health behaviours of vulnerable groups. A narrative literature review from 2015-2019 using a Pubmed search shows the role played by the religious beliefs and affiliation on cervical cancer screening behaviours. Our review, based on the selection of 16 articles, shows that the link between religious beliefs and screening behaviour can work in either direction – religion can act as a facilitator or as a barrier.

Introduction

Cervical cancer is the 12th most common cancer affecting women in France nowadays. With an annual incidence of around 3,000 cases and a relatively high mortality (1,100 annual deaths attributed), cervical cancer is still underdiagnosed (1). Its prevention is mainly based on screening, in particular by performing a Pap smear. Despite the many advances in screening, in particular better accessibility through reimbursement or the simplicity of the medical procedure, the participation rate of patients has remained constant for several years; around 60% (1). It must be noted that the coverage of this screening is not satisfying because it is too limited; therefore it becomes problematic, and it is necessary to consider the facilitator and associated barriers in order to recommend appropriated interventions likely to extend this coverage as much as possible.

First, there are individual factors that may partly explain why some women do not seek screening for cancer, especially cervical cancer. Thus, many studies have shown the importance of age (older women are less screened than younger women) as well as socio-economic status, women in a precarious situation having less recourse to cancer screening. Furthermore, the decision whether or not to have recourse to screening stems from a particular psychological mechanism whose theoretical models are numerous (2) and whose determinants are not only social, even if they play a certain role (3). Indeed, the simple individual dimension, and in particular the economic dimension, cannot all by itself alone account for the complexity of health behaviors in the multiple dimensions in which they are deployed (4) ; other elements must be considered in order to better understand them (5). For example, some international studies show the influence of socio-cultural factors on health behaviors, including cervical cancer screening, and argue for further exploration of these (6).

The renewed interest in the impact of religious practices and denominational membership as a cultural marker on individuals' relationship to their health and to the healthcare system (6,7)) prompts us to evaluate the impact of religious beliefs on the use of screening involving cancer which is a particularly sensitive pathology(8) and a socially charged and valued location, the female genitalia (9). It is all the more, today,

in France, because the question of ethnocultural origin and gender is raised as a possible barrier to optimal access to care, leading to possible discrimination in relation to certain groups who would therefore be considered more vulnerable (10). It is in this particular context, an exploratory narrative review of the international medical literature dealing with this subject was initiated to measure the state of knowledge in this area

Material and methods

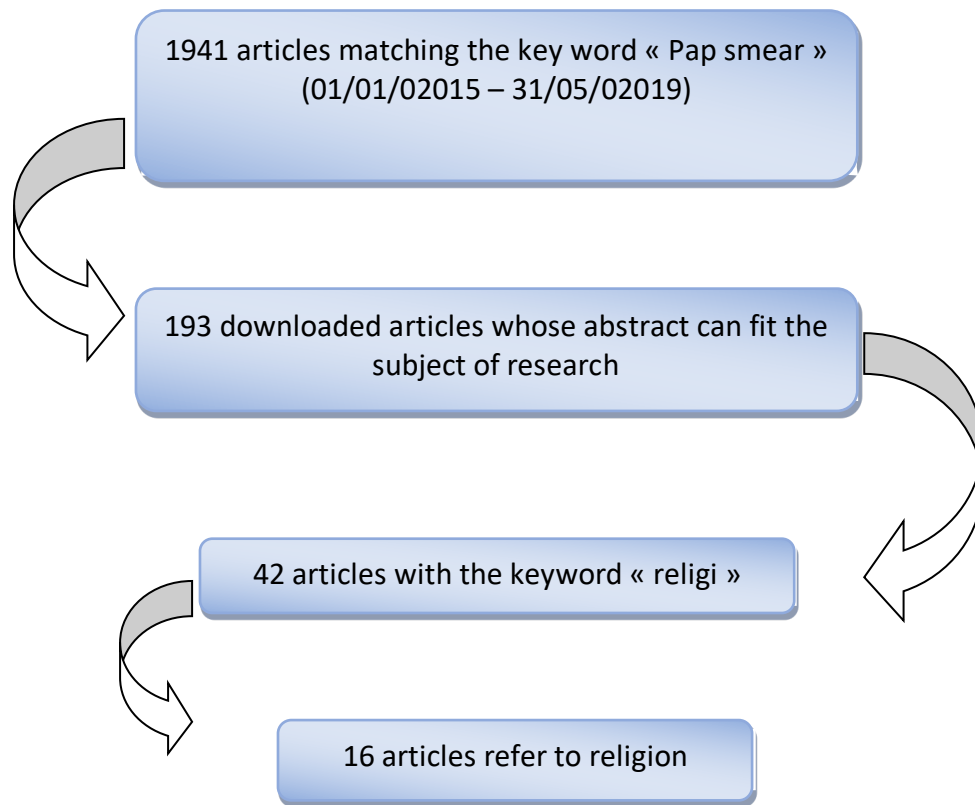
To carry out this exploratory review, a selection of articles published between January 1, 2015 and May 31, 2019 in English or French, and dealing with the relationship between religious beliefs and the use of cervical cancer screening by Pap smear was performed by querying the Pubmed database.

For this review, in order to ensure a homogeneity of the articles selected, the notion of religion was understood as the fact of belonging to a religious group or the fact of referring to a god. Thus, articles addressing the concepts of beliefs and spirituality in a broader sense were not included in this analysis.

The selection of articles was carried out in three stages: firstly a reading of the titles which were to evoke the use of screening by Pap smear, then an analysis of the abstracts in which the notion of religious belief was sought and finally a study of the complete text to verify the nature of the relationship between religion and recourse to the Pap smear.

Of the 1,941 articles dealing with Pap smear (keyword "Pap smear"), reading the abstracts identified 193 publications dealing with factors associated with achieving a Pap smear. The study of these 193 publications made it possible to select 42 of them evoking religious beliefs or religion, of which only 16 assess the weight of these beliefs in the use or not of an Pap smear (figure 1) and will therefore be studied in the present review.

Figure 1 : Flow-chart



Results

The first observation that emerges is that over this recent period, little work has evaluated the weight of religious beliefs on the use of cervical screening: out of the 193 articles studying the socio-cultural factors linked to pap smear , only 8.29% mention religion as a possible explanatory factor (11–26).

Nevertheless, we see that denominational affiliation appears in a certain number of these publications as a possible barrier to resorting to the pap smear, which acts directly on health behaviors either because of the hierarchization of relations between the sexes imposed by religious rules, or because of the divine character attributed to the disease or even to morals and to the underlying control of mores and sexual behavior.

Modesty of women, a strong value of religion

Thus, with regard to the ratio between the sexes, some women are reluctant to consult a male doctor insofar as nudity remains a particularly sensitive subject, even in a medical context (11,13,14,20). In addition, due to a hierarchy established between men and women, the express authorization of the spouse may be required for the practice of a Pap smear (13,14). The normalization of the gender relationship is intertwined with the relationship to the body and thus intervenes in the injunction to the modesty of women. As a result, one of the barriers for a Pap smear test is the knowledge and attitude of husbands towards this screening (13).

Illness, a divine will

Illness is also sometimes meant to be a divine ordeal. The notion of divine fatalism is sometimes very marked: cancer is then perceived as a state decided by a God whose decision relating to its outcome belongs to him (11,15,20,26). Cancer can also be likened to divine punishment (20). This fatalism is found in many religions: both in Muslim (15,20), and Christian (11,26). populations. Associated with this divine vision of disease, these women believe that their faith protects them from cancer, which

does not encourage them to participate to screening but on the contrary to let "the divine will" be done (15).

Normative beliefs prevalent in religion

Finally, another representation associated with certain religious beliefs: the one associated with sexuality, or at least with excessive sexuality. Whatever the culture or religion of origin, this notion seems to be ubiquitous. Probably linked to a lack of knowledge of the pathology, cervical cancer often appears to be associated with active sexuality (11,13). Two barriers emerge: women do not think they are at risk of cervical cancer because they have no / little sexuality or a "normative" sexuality. Conversely, some women do not dare to consult for a Pap smear out of fear of appearing to be a promiscuous person or of being suspected of infidelity (11). Many articles report a real fear of stigmatization, especially among Muslim populations (20), and more particularly among Hispanic populations (26). Moreover, if the entourage and especially the women surrounding the patient do not participate at the Pap smear, patients will seldom go for testing themselves. There is a real snowball effect (15).

Cross-effects between religion and ignorance of the pathology or screening

More indirectly, religious affiliation also affects health education and knowledge about the disease. Lack of knowledge can be multidimensional and religious taboos can be real obstacles to the education of women. This lack of knowledge may concern the pathology itself and its mode of operation leading to false beliefs, but also the health system, for example on the ability of caregivers to carry out screening (who is able to carry out a Pap smear? general practitioner, biologist, gynecologist, midwife ?), on the way in which it is carried out (systematically at each consultation?), on its cost (is it chargeable?) or even on the population concerned (from what age and until what age should it be done?) (11,26). For some women, religious beliefs (or religious affiliation) may be reason enough not to perform a Pap smear even after an educational intervention (17). Research on a population of women in Guinea shows that Catholics have more knowledge of cervical cancer than women of the Muslim

faith (18) : women presenting themselves as Muslims participate the least in screening and thus become a particularly vulnerable group insofar as they combine all the barriers previously identified (16,19,20). This difference between religious groups is also found among health professionals, for example a study of nurses practicing in India in whom the level of knowledge relating to cervical cancer varies according to the declared religion (21). However, this result is not consensual, as other studies find no correlation between participation in screening and religious affiliation (23,25). As in this study by Kim HW and Al. (22) on South Korean mothers where religion is not a factor in the choice to talk about Pap smear to their daughters.

Table 1 :

Main features of the included articles on the impact of religion on Pap smear.

Studies	Patients n	Type of Study	Localisation	Notions
[11] Anaman-Torgbor JA et al. 2017	19 women	Qualitative Analysis	Australia	- « Supernatural / religious » belief in the disease - Christians do not dare to speak about Pap smear because it relates to sexuality (fear of being seen as sexually active). - Christians are afraid of being perceived as non-virgins or as having « easy virtue ». - Muslim women do not show themselves to men even doctors (comments reported by Christian participants) - Cultural difference, sacred area, shame of excisions - Lack of knowledge about cancer or Pap smear / absence of signs / embarrassment / fear / embarrassment to a male doctor / low perception of personal risk
[12] Le D, Aldoory L et al. 2018	15 catholics women	Qualitative Analysis	USA	- Religion can be a facilitator : transmitting positive messages about Pap smear and cervical cancer through religion.
[13] McFarland DM et al. 2016	4593 women (17 articles)	Literature Review	Sub-Saharan Africa	- Because of their religion, women should not expose themselves to men even doctors. - Women don't participate to Pap smear because it is against their religion / culture - Fear / stigma - Need approval from their partner Cc : It is important to involve husbands as well as religious leaders.
[14] Srisuwan S et al. 2015	128 health prevention volunteers	Multicentric Cross sectional Study	Thailande	- Muslim women express modesty even with the medical profession - No Pap smear without permission from the husband

Studies	Patients n	Type of Study	Localisation	Notions
[15] Rasul VH et al. 2015	19 women	Qualitative Analysis	Irak Kurde	- Divine will therefore do not make the smear - Feel protected by God so don't do the smear - The woman holds an important place in the family structure and therefore her health is important - Mass media could spread public health messages - The entourage (especially female) plays an important stimulating role
[16] Yeo C et al. 2018	268 women	Cross sectional Study	Singapore	- Religion is a statistically significant factor in participating in Pap smear. - Muslim women seem to be among the least consulting women for the Pap smear.
[17] Gana GJ et al. 2017	186 women	Quasi-experimental Study	Nigeria	- Religion is one reason cited for not doing Pap smear, even after educational classes. (Statistically insignificant due to lack of power)
[18] Binka C 2015	410 women	Multicentric Cross sectional Study	Ghana	- Religion influences knowledge of cancer but does not seem to influence participation in screening. - Knowledge of cervical cancer was greater among Christian women than Muslim women.

Studies	Patients n	Type of Study	Localisation	Notions
[19] Mukem S et al. 2015	41 570 women	Secondary analysis out of two national quantitative studies	Thailande	- The muslim religion or other religious group than Christian and Buddhist is one of the factors limiting participation in the Pap smear. - Embarrassment and fear of being hurt were preponderant among Muslim women accross all surveys. - On the 2007 survey, « I don't felle anything wrong with my cervix » was the main reason for not participating in the Pap smear among Christians (76.7%), Buddhists (66.8%) and Muslim (50.1%). - In « other religions » the reason is rather the lack of perceived need. - Lack of knowledge was in the 2009 survey the main reason for Christians not participating in the Pap smear.
[20] Islam N et al. 2017	12 interviews with Muslim leaders	Qualitative Analysis	USA	- The concept of screening does not exist in their country of origin - Fatalism / divine will ; illness seen as a punishment - The sex of the doctor (male) is a limiting factor - The health of the family comes before the woman's health - Embarrassment / stigmatization of Pap smear - Religion can be a facilitating factor by conveying prevention message via mosques or media
[21] Rahman H et al. 2015	354 nurses	Cross Sectional Study	India	- Buddhists were 2.03 times more likely to know about Pap smear than Hindus. OR 2,03 (1,11 - 3,71)
[22] Kim HW et al. 2016	1 581 mothers	Multicentric Cross Sectional Study	South Korean	- Religion is not one of the statistically significant factors that influence mothers to recommend Pap smear to their daughters.
Studies	Patients n	Type of Study	Localisation	Notions
[23] Chaowawanit W et al. 2016	4 339 women	Cross Sectional Study	Thailande	- Religion is not significantly a limiting factor for Pap smear. OR = 1,09, IC95% [0,95 ; 1,25].
[24] Kang K-A et al. 2017	887 women	Multicentric Cross Sectional Study	Japan / South Korea	- Religion is a positive, statistically significant factor in attitude among Japanese women.
[25] Al-Rifai RH et al. 2017	6 942 women	Secondary Analysis out of two national quantitative studies	Egypt	- Muslim and christian religions are not significantly correlated with knowledge about Pap smear.
[26] Madhivanan P et al. 2016	35 hispanic women	Qualitative Analysis	USA	- Fatalism / divine will - For older people, religion is not incompatible with science - Lack of knowledge about cervical cancer because it relies on divine will for many things. - Important female family support - The family can also be a barrier because the health of women comes after the family - False beliefs about the Pap smear leading to a negative representation : associated with « unbridled » sexuality

Discussion

As a main result, even if there does not seem to be a consensus on the direct effect of religion on the practice of cervical cancer screening, this review nevertheless shows that religious affiliation can represent both a barrier, when it is a question of modesty, of perception of the disease as divine will or of normative beliefs leading to a fear of stigmatization, and a facilitator when this involves religious leaders or even the mass media (12,13,15,20)

This literature review is of course limited due to its non-systematic narrative character, but nevertheless demonstrates the fact that the impact of religious practices and beliefs on the use of cervical screening has not been clearly studied and that the relationship between knowledge of testing, religious beliefs and uptake of Pap smear testing is not clear. The lack of work on the French population testifies to the reluctance that still persists in France to fully address this question because of a secular tradition that rejects religious beliefs to the private sphere. It is mainly Anglo-Saxon works that produce most of the results on this subject. A second obstacle to the realization of this review consists of the confusion between the notions of ethnicity and religion observed in a large number of articles from Anglo-Saxon studies where the concept of ethnic minority is used to designate socio-cultural groups in the study of health behaviors and more specifically the use of screening for cervical cancer (27). It is through the prism of this concept that the question of associated religious beliefs is approached: thus, for example, the population of Arab origin is immediately characterized by Islam (28,29). This community approach is also the foundation of intervention and targeted prevention policies developed in Anglo-Saxon countries not only for cancer (30) but for a group of other pathologies (31).

If this difficulty in understanding the concepts of culture and religion constitutes a limit to be considered in this study, it also bears witness to the need of reflection on this subject. The link between religion and medical decision, whether the practice of screening or the choice of treatment, has been extensively studied across the Atlantic (32) with a 2.5 increase in the number of publications in the last decade (33). Let us recall for example that 57% of Americans believe that religion can answer almost all of today's problems (33). However, this problem is not absent from research carried

out in Europe, particularly in countries with high immigration (34). First and foremost, it is important to note that in some studies religion does not systematically influence Pap smear, or only very marginally (18,23). Some difficulties in measuring what comes under religion and spirituality may still explain why the link is not yet obvious today. This does not mean that the latter does not exist, as this field of study is new in epidemiology and constitutes a major issue for the years to come (35).

This is why, even if there is no consensus on the matter, many works identify a link between religious beliefs and health. For example, the meta-analysis carried out by Salsman et al. (33) rediscovers the fatalism mentioned above, imbued with the belief that the outcome of health problems in general is inevitable because it is determined by a God. The notion of stigmatization of sexuality by religion is also found in an article studying the influence of religion on female contraceptive practices (36). However, for some authors, the relationship between religion and health, in this case between religious beliefs and the practice of screening for cervical cancer, is more complex. This relationship cannot be explained without the contribution of the concept of culture which inscribes religious practice in the historical tradition of a particular ethnocultural group. Thus, it is not religion in itself that must be considered but the cultural characteristics of the group and of the specific role or place which are traditionally vested in women in the family unit and in relations with well-being and group health (15,20,26).

This complexity is evident in the relationship between religious beliefs, knowledge of screening and healthy behaviors.

This may partly explain that some studies conclude that there is no statistically significant correlation between religious affiliation and knowledge of Pap smear (25). While some religious communities testify to a better knowledge of screening and cancer disease than others, this is not enough to explain culturally differentiated participation in screening (18)

But the link between beliefs, religious practices and the health of the population is not straightforward. Religion has often a positive impact on promoting the health of patients by helping them respond optimistically to illness. It can thus have an influence on psychic factors such as stress but also on measurable repercussions such as early bed discharge or faster recovery (37).

The “community” character generated by belonging to a religious group can even be a facilitator likely to improve participation in screening, especially if religious leaders are involved (12,13,20) or the mass media are also mentioned as a facilitator in some articles (15,20).

However, negative impacts of religion can also be found with patients who do not consult quickly enough or who refuse vaccines or transfusions for religious reasons (38).

Thus, the lack of consensus suggests the existence of possible confounding factors but also the need for religious beliefs to be first understood according to two distinct questions. The first concerns the very content of beliefs and associated moral rules. This review shows, however, that in most studies the influence of confessional beliefs on health behaviors, in this case preventive behaviors such as screening for cervical cancer, closely depends on the content of these beliefs and hierarchical relationships that they can organize between men and women but also their own morality, especially on sexuality. The second question takes into account the permeation (and potentially the adhesion) of groups to the belief systems conveyed by a particular religion: religion, culture and politics are inseparable, and the surrounding contextual elements must be considered.

Conclusion

In conclusion, while there is no consensus on the reality of the impact of religious beliefs on the use of Pap smear, their role is nevertheless not to be excluded. The complex relationships between religion, community and health require more detailed exploration in order to be able to separate things out and better explain the relationship between religious affiliation and prevention in health. The study of the relationship between religion and the practice of cancer screening must be carried out in the light of the content of beliefs and the individual rules of conduct they enact, their reality and their weight within certain groups or communities as well as the political and social context in which it operates. Operationally, although in many cases denominational affiliation can be perceived as an obvious barrier to screening, community affiliation, in particular the commitment of religious leaders, from an intervention perspective on certain particular groups can prove to be an effective facilitator. Finally, it appears essential to enhance knowledge on this subject and to share it with health professionals, in particular practitioners, so that the latter pay increased attention to vulnerable populations, reducing their embarrassment and legitimizing their requests. For example, in the event that a professional (man) refuses to perform a Pap smear, systematic guidance to a professional (woman) for the performance of this specific act could be set up.

Références

1. Quelques chiffres - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 31 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
2. Saulle R, Sinopoli A, De Paula Baer A, Mannocci A, Marino M, De Belvis AG, et al. The PRECEDE-PROCEED model as a tool in Public Health screening: a systematic review. *Clin Ter.* avr 2020;171(2):e167-77.
3. Chorley AJ, Marlow LAV, Forster AS, Haddrell JB, Waller J. Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psychooncology.* 2017;26(2):161-72.
4. Travert A-S, Sidney Annerstedt K, Daivadanam M. Built Environment and Health Behaviors: Deconstructing the Black Box of Interactions-A Review of Reviews. *Int J Environ Res Public Health.* 24 2019;16(8).
5. Assari S, Khoshpouri P, Chalian H. Combined Effects of Race and Socioeconomic Status on Cancer Beliefs, Cognitions, and Emotions. *Healthc Basel Switz.* 24 janv 2019;7(1).
6. Milstein G, Palitsky R, Cuevas A. The religion variable in community health promotion and illness prevention. *J Prev Interv Community.* mars 2020;48(1):1-6.
7. Padela AI, Curlin FA. Religion and disparities: considering the influences of Islam on the health of American Muslims. *J Relig Health.* déc 2013;52(4):1333-45.
8. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psychooncology.* 2017;26(8):1070-9.
9. Braun V, Wilkinson S. Socio-cultural representations of the vagina. *J Reprod Infant Psychol.* 1 févr 2001;19(1):17-32.
10. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health.* 9 janv 2020;20(1):31.
11. Anaman-Torgbor JA, King J, Correa-Velez I. Barriers and facilitators of cervical cancer screening practices among African immigrant women living in Brisbane, Australia. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* déc 2017;31:22-9.
12. Le D, Aldoory L, Garza MA, Fryer CS, Sawyer R, Holt CL. A Spiritually-Based Text Messaging Program to Increase Cervical Cancer Awareness Among African American Women: Design and Development of the CervixCheck Pilot Study. *JMIR Form Res.* 29 mars 2018;2(1):e5.
13. McFarland DM, Gueldner SM, Mogobe KD. Integrated Review of Barriers to Cervical Cancer Screening in Sub-Saharan Africa. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* 2016;48(5):490-8.
14. Srisuwan S, Puapornpong P, Srisuwan S, Bhamarapratana K, Suwannarurk K. Knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer screening among village health volunteers. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2015;16(7):2895-8.
15. Rasul V, Cheraghi M, Behboodi Moqadam Z. Influencing factors on cervical cancer screening from the Kurdish women's perspective: A qualitative study. *J Med Life.* 2015;8(Spec Iss 2):47-54.
16. Yeo C, Fang H, Thilagamangai null, Koh SSL, Shorey S. Factors affecting Pap smear uptake in a maternity hospital: A descriptive cross-sectional study. *J Adv Nurs.* nov 2018;74(11):2533-43.
17. Gana GJ, Oche MO, Ango JT, Kaoje AU, Awosan KJ, Raji IA. Educational intervention on knowledge of cervical cancer and uptake of Pap smear test among market women in Niger State, Nigeria. *J Public Health Afr.* 31 déc 2017;8(2):575.

18. Binka C, Nyarko SH, Doku DT. Cervical Cancer Knowledge, Perceptions and Screening Behaviour Among Female University Students in Ghana. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* juin 2016;31(2):322-7.
19. Mukem S, Meng Q, Sriplung H, Tangcharoensathien V. Low Coverage and Disparities of Breast and Cervical Cancer Screening in Thai Women: Analysis of National Representative Household Surveys. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2015;16(18):8541-51.
20. Islam N, Patel S, Brooks-Griffin Q, Kemp P, Raveis V, Riley L, et al. Understanding Barriers and Facilitators to Breast and Cervical Cancer Screening among Muslim Women in New York City: Perspectives from Key Informants. *SM J Community Med.* 2017;3(1).
21. Rahman H, Kar S. Knowledge, attitudes and practice toward cervical cancer screening among Sikkimese nursing staff in India. *Indian J Med Paediatr Oncol Off J Indian Soc Med Paediatr Oncol.* 2015;36(2):105-10.
22. Kim HW. The health beliefs of mothers about preventing cervical cancer and their intention to recommend the Pap test to their daughters: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 03 2016;16:370.
23. Chaowawanit W, Tangjitgamol S, Kantathavorn N, Phoolcharoen N, Kittisiam T, Khunnarong J, et al. Knowledge, Attitudes and Behavior of Bangkok Metropolitan Women Regarding Cervical Cancer Screening. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2016;17(3):945-52.
24. Kang K-A, Kim S-J, Kaneko N. Factors influencing behavioral intention to undergo Papanicolaou testing in early adulthood: Comparison of Japanese and Korean women. *Nurs Health Sci.* déc 2017;19(4):475-84.
25. Al-Rifai RH, Loney T. Factors Associated with a Lack of Knowledge of Performing Breast Self-Examination and Unawareness of Cervical Cancer Screening Services: Evidence from the 2015 Egypt Health Issues Survey. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 26 2017;18(10):2763-9.
26. Madhivanan P, Valderrama D, Krupp K, Ibanez G. Family and cultural influences on cervical cancer screening among immigrant Latinas in Miami-Dade County, USA. *Cult Health Sex.* 2016;18(6):710-22.
27. Chan DNS, So WKW. A Systematic Review of the Factors Influencing Ethnic Minority Women's Cervical Cancer Screening Behavior: From Intrapersonal to Policy Level. *Cancer Nurs.* déc 2017;40(6):E1-30.
28. Abboud S, De Penning E, Brawner BM, Menon U, Glanz K, Sommers MS. Cervical Cancer Screening Among Arab Women in the United States: An Integrative Review. *Oncol Nurs Forum.* 01 2017;44(1):E20-33.
29. Siddiq H, Alemi Q, Mentis J, Pavlish C, Lee E. Preventive Cancer Screening Among Resettled Refugee Women from Muslim-Majority Countries: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health.* 3 janv 2020;
30. Hu J, Wu Y, Ji F, Fang X, Chen F. Peer Support as an Ideal Solution for Racial/Ethnic Disparities in Colorectal Cancer Screening: Evidence from a Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 12 mars 2020;
31. Joo JY, Liu MF. Experience of Culturally-Tailored Diabetes Interventions for Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *Clin Nurs Res.* 5 nov 2019;1054773819885952.
32. Nelson B. When medicine and religion do not mix. *Cancer Cytopathol.* 2017;125(11):813-4.
33. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer.* 1 nov 2015;121(21):3754-9.
34. Čvorović J. The Differential Impact of Religion on Self-Reported Health Among Serbian Roma Women. *J Relig Health.* déc 2019;58(6):2047-64.
35. Ransome Y. Religion Spirituality and Health: New Considerations for Epidemiology.

Am J Epidemiol. 4 mars 2020;

36. Hill NJ, Siwatu M, Robinson AK. « My religion picked my birth control »: the influence of religion on contraceptive use. *J Relig Health*. juin 2014;53(3):825-33.
37. Tsai T-J, Chung U-L, Chang C-J, Wang H-H. Influence of Religious Beliefs on the Health of Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2016;17(4):2315-20.
38. Horton SEB. Religion and health-promoting behaviors among emerging adults. *J Relig Health*. févr 2015;54(1):20-34.

“ Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque. ”

