

1000 femmes pour 1000 vies

UNESCO – 22 mars 2007

Questions – Réponses avec Danièle Messenger

Présentation de J. Monsonego par Danièle Messenger

- Un parcours unique en France
- Une référence internationale
- Une vie marquée par l'action, le combat, les engagements, les valeurs
- (Lire un ou deux paragraphes de l'avant-propos et du parcours)

I – QUE RESSENTEZ-VOUS CE SOIR DEVANT CES 1000 FEMMES ?

- Certainement un moment de **grande émotion**, la solennité du lieu, l'honneur de m'appeler à témoigner devant vous de mon expérience, la satisfaction de revoir beaucoup de patientes que nous avons traitées, soignées et accompagnées durant leur épreuve, la majorité d'ailleurs guéries, les autres moins nombreuses, le chemin difficile et douloureux de la maladie. Toutes ces sensations valent la joie d'être parmi vous assortie de la crainte de mal remplir le devoir qui m'incombe : celui que j'exprime en témoignant de ma reconnaissance et de ne pas faillir à retranscrire en message simple et compréhensible une pathologie particulièrement complexe.
- C'est aussi pour moi l'occasion de combler une **frustration accumulée** de longue date qui me permet de réconcilier la science des chiffres et des preuves, l'acte technique rude mais efficace avec le nécessaire dialogue et l'information utile au plus proche de ceux qui en ont souffert.
- Vous avez été très nombreuses à répondre rapidement et à rejoindre ce mouvement de femmes unique en France. Je suis convaincu que se retrouver ensemble et prendre conscience qu'on n'est pas seul dans la situation qui a été la vôtre, ce **formidable élan de solidarité** et de **compassion** lèvera certainement beaucoup de barrières et de blocage.
- Enfin participer à ce mouvement dans une **démarche humanitaire et de partage** pour lutter contre la maladie et faire en sorte qu'elle ne puisse jamais plus concerner ses enfants, sa famille, son entourage ou ceux qui n'ont pas la chance de pouvoir bénéficier des soins, contribuer à cette action pleine d'espoir est certainement la meilleure façon de passer d'un moment qui a peut-être été certes difficile et douloureux à une œuvre utile.

II – POUVEZ-VOUS NOUS FAIRE L'ETAT DES LIEUX DE LA MALADIE ?

LE CANCER DU COL DE L'UTERUS DEMEURE UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE PARTOUT DANS LE MONDE. LES LESIONS PRE CANCEREUSES MISES EN EVIDENCE PAR LE DEPISTAGE SONT UNE REALITE QUOTIDIENNE IMPORTANTE.

- **En France**, en 2000 on estimait ce cancer à l'origine de **3400** cas et **1000** décès.
- Chaque semaine le cancer du col de l'utérus fait **60** victimes et en tue **20** autres. **3** femmes meurent chaque jour d'un cancer du col de l'utérus en France.
- Malgré le dépistage précoce, le cancer du col utérin demeure dans notre pays la **deuxième cause par cancer après le cancer du sein chez les femmes âgées de 20 à 44 ans**.
- Le premier **pic de fréquence** de la maladie se situe autour de **40-45 ans**, âge où la femme est engagée dans des **responsabilités** importantes sur le plan familial, professionnel et social.
- **Dans le monde**, chaque année sont enregistrés plus de **500 000** nouveaux cas et **270 000** décès plaçant ce cancer en **deuxième** position des cancers féminins.
- Pour mesurer l'importance des disparités face à la maladie et celui bien entendu du dépistage, on admet que le **risque vie** pour une femme à développer un cancer du col de l'utérus est de **4%** dans les pays pauvres et de **1%** dans les pays riches qui disposent de structure de soins.

III – LA CAUSE DE CE CANCER COMME VOUS LE RAPPORTEZ DANS VOTRE LIVRE EST L'INFECTION A PAPILLOMAVIRUS. POUVEZ-VOUS NOUS ECLAIRER ?

UNE INFECTION COMMUNE, UNE REALITE PESANTE ET DES CONSEQUENCES REDOUTEES

- Les papillomavirus sont des virus très **répandus** qui affectent les **revêtements** de la peau et des muqueuses en particulier génitales.
- On distingue **deux grands groupes** : les papillomavirus dit à bas risque responsables de maladies toujours bénignes que l'on appelle les condylomes acuminés ou verrues génitales qui se localisent surtout au niveau des sites génito-externes, la vulve et le périnée et les papillomavirus dit à risque car impliqués, surtout au niveau du col de l'utérus, dans le processus de développement des lésions pré cancéreuses et des cancers.
- Il est démontré que les papillomavirus dits à risque sont la **cause nécessaire unique des pré cancers** et des **cancers** du col de l'utérus puisqu'on les retrouve dans la quasi-totalité de ces anomalies. La **transmission** de ces virus se fait par contact sexuel ; de muqueuse à muqueuse.
- **L'acquisition est souvent précoce**, l'exposition est élevée lors des premiers rapports, elle atteint **30%** des jeunes femmes à l'âge de 25 ans. **80%** des jeunes femmes exposées au virus vont l'éliminer spontanément par leur propre immunité, seules **20%** des jeunes femmes qui vont garder le virus persistant en particulier après l'âge de 30 ans sont à risque de développement de lésions. A ces lésions correspondent des pré cancers, anomalies **toujours bénignes que l'on traite efficacement** dans la **quasitotalité** des cas, ce sont ce que l'on appelle les **dysplasies sévères** dont le pic de fréquence est observé à 30 ans. Si ces anomalies ne sont pas **détectées et traitées à temps**, elle présente un risque d'évolution vers le cancer du col dont le premier pic de fréquence se situe à **45 ans**.
- **L'histoire naturelle** de la maladie s'effectue généralement sur une longue période depuis l'exposition jusqu'au développement des lésions, environ une quinzaine d'années.
- **L'infection à papillomavirus touche les jeunes et affecte une partie seulement des adultes.**

- **Le cancer du col est une complication rare d'une infection très commune.**
- La **persistance du virus**, précède l'apparition des lésions et est un marqueur de risque plus pertinent que la présence instantanée de celui-ci. Celle-ci témoigne de l'incapacité immunologique à éliminer naturellement le virus.
- Il est clairement établi néanmoins que l'exposition aux papillomavirus confère un **risque très important** à développer des lésions, c'est ainsi que les papillomavirus de **types 16 et 18**, les plus **fréquents** et les plus **agressifs** sont retrouvés dans plus de **70%** des cancers, le risque pour une femme exposée à un papillomavirus de type 16 ou 18 à développer une lésion pré cancéreuse dans les 10 ans après l'exposition est d'environ **20%**. En l'absence de dépistage, la puissance de risque lié aux papillomavirus atteint des chiffres de l'ordre de **300**, comparé au traitement hormonal de substitution qui est de l'ordre de **1,5**. On mesure la différence. **Il faut cependant nuancer cette notion de risque lié aux papillomavirus qui se conçoit uniquement dans un contexte où les femmes ne sont pas dépistées précocement.**
- L'autre maladie concerne les condylomes acuminés génitaux externes qu'on appelle les verrues génitales induits par les papillomavirus dits à bas risque, les types 6-11 étant les plus fréquemment impliqués. Il s'agit d'une maladie toujours bénigne mais qui touche des tranches de population jeunes entre 15 et 25 ans à égalité entre le garçon et la fille. C'est une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes. C'est une maladie qui pose des problèmes sérieux du fait de son extension possible, des difficultés de traitement, du taux de récurrence important et de l'impact psychologique individuel et au sein des couples.

IV - QUELS MOYENS AVONS-NOUS DE LUTTER CONTRE LA MALADIE. LE ROLE DU DEPISTAGE OU PREVENTION SECONDAIRE.

- **Début du 20^{ème} siècle** et auparavant les femmes atteintes de cancer du col, mourraient inéluctablement emportées par une maladie de mauvais pronostic et particulièrement redoutable. Depuis **l'introduction du frottis de dépistage**, destiné à prélever des cellules à la surface du col pour y détecter les lésions pré cancéreuses et le traitement qui a pu ensuivre a été un **triomphe** puisqu'il a permis de réduire depuis son introduction dans les années 50, de **70%** la fréquence de la maladie. Il ne faut pas ignorer que l'arrivée du frottis de dépistage a été un **formidable progrès pour faire reculer la maladie.**
- **Le frottis de dépistage a transformé le cancer du col d'une maladie mortelle en une pathologie rare**
- **Malgré tous les efforts déployés dans tous les pays développés pour prévenir la maladie pour le dépistage, le cancer du col n'a pu être éradiqué alors qu'il est réputé évitable.**
- **Les raisons principales** tiennent à la **complexité de la prévention secondaire basée sur le dépistage** qui nécessite entre autre pour être performante le **respect strict d'un calendrier** basé sur le rythme de frottis très régulier de 20 à 70 ans, ce qui n'est jamais atteint même lorsque le dépistage est organisé. La **performance du frottis reste limité, sa sensibilité est imparfaite**, il ne permet d'évaluer le risque, autant de facteurs qui **expliquent que la maladie bien qu'évitable n'a pas été éradiquée.**
- **Le frottis n'a donc pas bénéficié de tous les espoirs auxquels on pouvait s'attendre et le dépistage malgré ses faiblesses ne semble profiter qu'à une infime partie de la population mondiale.**

V - QU'AVONS-NOUS FAIT POUR AMELIORER LA PREVENTION SECONDAIRE BASEE SUR LE DEPISTAGE ? QUELLES SONT LES BARRIERES ?

- La prévention du cancer du col basé sur le frottis est déterminante mais partout dans le monde, on est **arrivé au maximum des bénéfices que l'on pouvait en attendre.**
- La **complexité du processus de dépistage** et les écueils que l'on peut rencontrer à chaque niveau d'intervention de ce dépistage explique les failles du système.
- La première des raisons est le **manque d'observance** c'est-à-dire les difficultés qu'ont les patientes à venir consulter régulièrement en respectant un **calendrier strict** alors qu'elles sont en bonne santé. Nous avons, en France, des **difficultés à faire comprendre le principe de la prévention qui bien entendu s'adresse à des populations saines.** C'est un **problème culturel** qu'il faut changer qui est d'ailleurs largement établi dans les pays nordiques et aux Etats-Unis. Pour améliorer l'observance, il faut bien entendu **éduquer, expliquer et responsabiliser** chaque femme à venir consulter régulièrement. Bien entendu **l'organisation du dépistage** telle qu'elle est souhaitée et proclamée dans le plan cancer n'est pas à l'ordre du jour en France. **La responsabilité individuelle et l'accès aux populations défavorisées demeure une priorité.**
- Il faut aussi améliorer la **sensibilité du dépistage**, le frottis n'ayant pas une sensibilité optimum. Un **frottis instantané normal ne signifie pas toujours un col normal**
- Pour savoir ce qui se passe sur un col, la **régularité du frottis normal** est plus significative. Il faut savoir qu'en France **65%** des cancers sont observés chez des femmes qui ne pratiquent pas de frottis ou des frottis trop espacés mais **30%**, soit à peu près **1200 cancers chaque année, sont observés chez des femmes qui pratiquent des frottis régulièrement.** Ceci pose le problème de la sensibilité du test. De nouveaux enjeux doivent se faire accepter car nous disposons aujourd'hui d'outils très sensibles pour optimiser le dépistage, ces outils sont basés sur le test viral HPV
- **Partant du principe qu'il n'y a pas de lésions sans papillomavirus et que l'infection à papillomavirus précède les anomalies morphologiques des cellules.** Il est donc possible de proposer un **dépistage basé sur le risque.** A l'heure actuelle toutes les femmes bénéficient du même dépistage considérant qu'elles sont toutes à risque alors qu'on admet qu'après l'âge de 30 ans, seules **10% d'entre elles sont véritablement à risque de cancer** du col. De fait, l'introduction de ce test viral dans

le dépistage permet lorsqu'il est négatif de **rassurer durablement**, limitant ainsi des difficultés de l'absence alors qu'un **test positif ne signifie pas toujours une lésion**, invite à la **vigilance** et représente environ 10% des femmes après l'âge de 30 ans. **Ce test HPV n'est pas remboursé dans le dépistage primaire** en France, il y a donc comparé à d'autres pays où il est recommandé en particulier les Etats-Unis, une inégalité d'accès aux soins et une inégalité de chance. **Ce problème d'ordre éthique devrait être pris en main par l'association 1000 femmes pour 1000 vies pour défendre l'intérêt de ce dépistage chez les femmes adultes. Si toutes les femmes après l'âge de 30 ans pouvaient bénéficier d'un test HPV et d'un frottis, on éviterait chaque année 1000 cancers du col.**

VI – QUEL EST LE POIDS DE LA MALADIE ET DU DEPISTAGE ?

- **6 millions de frottis** sont réalisés chaque année en France, 4%, soit à peu près 200 000, sont des frottis anormaux et 30 à 40 000 correspondent à des lésions pré cancéreuses.
- Les **conséquences psychologiques** et émotionnelles du frottis de dépistage sont lourdes. Toutes les femmes ici présentes pourront témoigner du choc psychologique qu'a représenté la réception d'un frottis anormal sans beaucoup d'explication et jusqu'au moment où elles vont consulter le spécialiste. **Pour beaucoup de femmes, un frottis anormal, c'est le spectre du cancer.**
- Les lésions pré cancéreuses et leur traitement sont pour beaucoup d'entre elles vécues comme un **traumatisme** qui pèse sur l'intimité et la perception du risque sur la fécondité sans ignorer les désastres psychologiques et dans les couples que représente l'infection à papillomavirus et le spectre de la maladie.
- Il ne faut pas ignorer le poids des **condylomes acuminés** génitaux externes, des lésions non cervicales du vagin et de la vulve certes moins fréquentes, en terme de traitement nombreux, de coûts, de prise en charge et de retentissement psychologique.

VII – ALORS VOUS NOUS L’AVEZ DIT, LA PREVENTION SECONDAIRE BASEE SUR LE DEPISTAGE EST PERFORMANTE MAIS PARTIELLEMENT, ELLE EST COMPLEXE. L’OBSERVANCE EST DIFFICILE A OBTENIR. POURTANT LA MALADIE EST INDUITE PAR UN VIRUS. AVONS-NOUS LES MOYENS AUJOURD’HUI DE PREVENIR CETTE INFECTION ?

- A la différence d’autres infections, l’infection à papillomavirus est caractérisée par sa bonne tolérance. Il y a clairement une **inégalité immunologique** vis-à-vis de ces virus. En d’autres termes, si l’infection est très fréquente, 7 femmes sur 10 ont été exposées au moins une fois durant leur vie à ces papillomavirus. Seulement une infime partie va développer des lésions. Celles qui justement n’ont pas réussi à l’éliminer naturellement. Cette inégalité biologique, immunologique ne peut pas être mesurée. **Le rôle de la vaccination c’est justement de préparer tous les individus en leur donnant les capacités immunitaires suffisantes pour éliminer le virus lorsqu’il se présentera à la surface du col.** Il a donc été possible après de nombreuses années de recherche de produire une **particule virale qui ressemble au virus mais qui ne contient pas de matériel génétique.** Cette particule virale, non infectante, non transformante, trompe le système immunitaire et induit une production d’anti-corps, c’est-à-dire des gendarmes qui vont le combattre lorsqu’il va se présenter.
- Il y a donc un **rationnel** très fort à proposer une prévention du cancer du col basé sur la vaccination, qui est une prévention primaire, bien avant les anomalies morphologiques détectées par le dépistage, prévention secondaire.
- D’abord parce qu’il n’y a pas de cancers et de pré cancers sans papillomavirus. Ensuite parce que la prévention secondaire basée sur le dépistage est complexe et incomplète. 50 années d’expérience de dépistage partout dans le monde n’ont pas permis d’éradiquer la maladie.
- La vaccination anti-papillomavirus qui a pour objectifs de protéger contre les pré cancers et les cancers du col et du bas appareil génital est une **innovation** majeure puisque pour la première fois, il est possible, avec un vaccin, de se **protéger contre une tumeur solide.**
- C’est aussi une **formidable victoire** pour la santé des femmes depuis le triomphe qu’a représenté, il y a une cinquantaine d’années l’introduction du frottis de dépistage dans la prévention

- Le vaccin anti-papillomavirus **inaugure donc une ère nouvelle dans la prévention de ce cancer.**

VIII – QUELLES SONT LES LEÇONS QUE L'ON PEUT TIRER DES ESSAIS CLINIQUES AVEC CE VACCIN ANTI-PAPILLOMAVIRUS.

- **Deux vaccins** ont été largement étudiés sur des populations portant jusqu'à 40 000 femmes à travers le monde
- Le **premier vaccin appelé Gardasil** est un vaccin quadrivalent qui protège contre 4 types de virus, les deux plus fréquents impliqués dans les pré cancers et les cancers, les 16 et 18 et les deux autres impliqués dans les condylomes acuminés, les types 6-11.
- Ce vaccin Gardasil a reçu son autorisation de mise sur le marché en novembre dernier et est donc disponible dans les pharmacies. Son remboursement est attendu sous peu. L'autre vaccin **Cervarix** est un vaccin bivalence incluant les valences 16 et 18, protégeant des lésions pré cancéreuses cervicales et des cancers du col. Il n'est pas encore commercialisé et devrait arriver sur le marché au courant de l'année 2007.
- **En résumé, ce que l'on peut retenir des essais cliniques**, c'est que ces vaccins sont bien **tolérés**. Les effets observés sont essentiellement des effets locaux mineurs à titre de rougeurs et un peu de fièvre comme l'ensemble des vaccins. Il n'a pas été observé d'effets secondaires majeurs attribués au vaccin.
- Ces vaccins sont **très immunogènes**, c'est-à-dire lorsqu'ils sont administrés selon le schéma qui est proposé, 3 injections, pour Gardasil 0, 2 et 6 mois, pour Cervarix 0, 1 et 6 mois. Ils produisent des taux d'anticorps très élevés qui se maintiennent fortement élevés après 5 ans de recul, de suivi aujourd'hui. Ces taux d'anticorps sont de 10 à 100 fois supérieure à ceux observés dans l'infection naturelle.
- **Ces vaccins sont efficaces** puisque lorsqu'ils sont administrés à des populations jamais exposées aux virus, c'est-à-dire avant les premiers rapports ou avant l'âge de 26 ans sans avoir été exposé aux virus, des populations que l'on appelle naïves et bien ces vaccins produisent une efficacité remarquable de 100% pour protéger des lésions pré cancéreuses et des verrues génitales. Les conditions de cette efficacité sont bien entendues de n'avoir jamais été exposé au virus jusque là et c'est une efficacité qui est en rapport avec les virus contenus dans le vaccin donc pas la totalité des lésions virales.

- **IX – QUEL VA ETRE L'IMPACT DE LA VACCINATION, QUE FAUDRA-T-IL EN ATTENDRE ?**

- **Un impact perceptible sur le long cours**
- Diminution de la fréquence du cancer du col dans la population vaccinée de 70%. Cet impact sera visible, surtout dans les pays où la maladie est fréquente, c'est-à-dire les pays pauvres, beaucoup moins dans les pays riches où la maladie est moins fréquente. **Un impact rapide** dans un délai de 4 à 5 ans sera observé surtout sur les frottis anormaux dont on admet que la diminution sera de 50% tous frottis confondus. Et par voie de conséquence, les traitements, les suivis, les examens complémentaires, le stress et l'impact psychologique liés aux frottis anormaux.
- Une diminution des condylomes acuminés avec le vaccin quadrivalent dans un délai rapide de 3 à 4 ans après l'institution du programme.
- Cette vaccination, **proposée à large échelle**, aura clairement un impact maladie sur les lésions pré cancéreuses et **sauvera des vies**.

X – EN PRATIQUE, COMMENT SELON VOUS VONT S’ARTICULER PREVENTION PRIMAIRE, VACCINATION ET PREVENTION SECONDAIRE, DEPISTAGE.

Je crois qu’il faut distinguer d’emblée deux populations,

- **Les femmes âgées de moins de 26 ans** pourront et devraient bénéficier de la vaccination pour les protéger de l’infection. Mais comme cette vaccination ne va pas protéger de l’ensemble des infections induisant des lésions, il y a encore un risque de 35% d’être exposé à d’autres virus non contenus dans le vaccin. Le dépistage après l’âge de 20 ans devrait se maintenir. C’est donc une action de prévention basée sur la vaccination à un âge jeune et une prévention secondaire basée sur le dépistage chez les femmes de plus de 20 ans. Par cette action synergique et complémentaire, on peut anticiper une **éradication totale de la maladie dans la population vaccinée.**
- **Chez les femmes adultes de plus de 26 ans** qui à l’heure actuelle ne peuvent pas bénéficier de la vaccination, la seule prévention possible est le dépistage. Ce dépistage pour être performant doit concerner le plus de femmes possibles et donc respecter l’observance indispensable. Ce dépistage pour être optimum pourrait associé le frottis et le test viral, seul test qui lorsqu’il est négatif, peut rassurer durablement et lorsqu’il est positif en particulier après l’âge de 30 ans permet de sélectionner la population à risque sur laquelle il faut concentrer des efforts de suivi de prise en charge.
L’introduction du test HPV dans le dépistage primaire pourrait éviter immédiatement s’il était associé au frottis 1000 cancers par an en France.

XI – ACCEPTABILITE, ATTITUDES ET COMPORTEMENT.

- **Les femmes et à moindre degré le corps médical sont très mal préparés à l'infection à papillomavirus et à cette vaccination prophylactique.** Elles sont encore nombreuses **victimes d'idées reçues** et parfois d'une réelle **méconnaissance de l'infection** et de la pathologie qui y est associée. Les gynécologues sont très souvent confrontés à **l'anxiété démesurée de leurs patientes** en cas de frottis anormal ou de test HPV. C'est dire le **gros effort de communication** qui reste à faire non seulement vis-à-vis des **professionnels** mais aussi des **femmes** pour amener les choses à leur juste place.
- **L'acceptabilité** de la vaccination semble être bonne selon les enquêtes actuelles, les mères vont certainement jouer un rôle important dans cette démarche. Je ne connais pas de **maman à qui l'on dirait qu'un vaccin apporterait une protection et pourrait épargner un cancer qui ne s'engagerait pas dans cette démarche.**
- Il **faudra veiller au dérapage** en particulier la démobilisation vis-à-vis du dépistage parce que c'est un vaccin anti-cancer et la démobilisation vis-à-vis de la prévention des infections sexuellement transmissibles parce que c'est un vaccin anti-maladie sexuellement transmissible.
- Là encore avec cette prévention primaire des **problèmes éthiques** vont se poser car il nous semble déterminant que **l'accès aux soins soit égal à tous**, en particulier dans les milieux défavorisés.

XII – QUELS SONT LES MESSAGES FORTS QUE VOUS SOUHAITEZ TRANSMETTRE AUX FEMMES ?

Comme je le disais il faut distinguer deux groupes :

1. Les adultes de plus de 30 ans. Seule la prévention secondaire basée sur le dépistage protège de la maladie

- Il faut veiller à **responsabiliser** les femmes pour une **observance à ce dépistage**, il faut **limiter les effets délétères** liés à l'infection à papillomavirus par l'information et l'éducation.
- Il faut encourager **l'introduction de tests plus sensibles, tests HPV** associés au frottis dont l'utilisation permettrait d'éviter 1000 cancers par an en France. Ces orientations font parties des objectifs que s'est fixés l'association 1000 femmes pour 1000 vies. Développer l'information du public, mener des actions auprès des autorités de santé pour mettre en place un dépistage basé sur le risque et permettre une égalité des chances à toutes les femmes. La vaccination nous donne une formidable opportunité de développer encore plus des actions d'éducation et de potentialiser le dépistage.

2. Pour les jeunes de moins de 26 ans, les nouveaux standards de prévention du cancer du col sont basés sur la vaccination à un âge précoce, avant les premiers rapports de préférence, associée au dépistage chez la femme de plus de 20 ans.

Vaccination et dépistage sont des actions de prévention synergiques et complémentaires dont on peut penser que celles qui s'y soumettraient, verraient la maladie éradiquée. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire :

- d'envisager un **remboursement** pour toutes les jeunes femmes
- de **renforcer l'observance** à la vaccination
- de poursuivre la **mobilisation sur le dépistage et la prévention des IST**.
C'est ce qu'est fixé comme objectif l'association, d'informer encore plus et d'éduquer les mères, les jeunes filles et les professionnels
- **de saisir les opportunités vaccinales** pour amplifier ce processus, en particulier d'envisager cette vaccination dans le cadre du calendrier vaccinal lors de la première contraception ou du premier frottis

- Enfin **d'obtenir l'accès à toutes les femmes concernées à cette vaccination.**

Là aussi c'est **l'égalité des chances** pour toutes que l'association veut se mobiliser.

3. Le moment est venu de partager avec les citoyens le savoir médical. C'est l'objectif que s'est fixé l'association 1000 femmes pour 1000 vies. L'accès à l'information est un droit fondamental de tout individu.

Cela n'est pas suffisant. Il faut privilégier les lieux de débats et d'échange. C'est de ce partage des connaissances et de la communication que naîtra la confiance.

XIII – ALORS CE LIVRE « LA FIN D'UN CANCER » UTOPIE OU REALITE ?

(Lire un passage du livre)

Pourquoi le livre ?

- Avant tout j'ai voulu **véhiculer un message d'espoir** et alerter les femmes sur l'importance de leur **responsabilité**, espoir concrétisé par un dépistage performant et une vaccination préventive efficace.
- J'ai souhaité également **tordre le coup aux idées reçues** face à l'infection aux papillomavirus qui occasionne tant de désastres psychologiques individuels et au sein des couples
- **J'ai voulu réconcilier la pratique technique spécialisée scientifique** avec le **devoir de dialogue et d'information** si privilégié entre le médecin et son patient.
- C'est aussi pour moi l'occasion de véhiculer un **message rassurant** devant une maladie si lourdement vécue
- Enfin j'ai souhaité **témoigner ma reconnaissance et ma gratitude** à tous ceux qui m'ont encouragé et fait confiance, mon épouse, mes enfants bien sûr mais aussi aux professionnels sans la collaboration desquels je n'aurai pu acquérir cette expérience et surtout aux femmes, mes patientes qui m'ont tout appris et sans qui cette réalisation aurait été impossible.