



HAL
open science

Dépistage du cancer du col de l'utérus : évaluation des pratiques professionnelles de 81 professionnels de Meurthe et Moselle en septembre 2016

Lise Thiériot

► **To cite this version:**

Lise Thiériot. Dépistage du cancer du col de l'utérus : évaluation des pratiques professionnelles de 81 professionnels de Meurthe et Moselle en septembre 2016. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870349

HAL Id: hal-03870349

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870349v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Dépistage du cancer du col de l'utérus :
Evaluation des pratiques professionnelles de
81 professionnels de Meurthe et Moselle
en septembre 2016*

Mémoire présenté et soutenu par

THIERIOT Lise

Directeur de mémoire : PICHON Marie-Laure

Sage-femme enseignante

Année de la soutenance 2017

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant participé à la réalisation de mon étude, ainsi qu'à la rédaction de mon mémoire.

Merci à Madame PICHON, sage-femme enseignante pour son aide et ses précieux conseils.

Merci à ma famille, plus particulièrement à mes parents Christian et Christine THIERIOT, à ma sœur Zoé et à mes amis pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de ces années.

Je pense également à toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mon cursus à l'école de sages-femmes et plus particulièrement à Tyffany BAROIN, Claire-Marie KURZ, Lorraine BARYGA, Aurélia VOZZO et Lucie LAPREE qui ont été de précieux soutiens.

GLOSSAIRE

ANAES.....	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
CNGOF.....	Collège National des Gynécologue-Obstétriciens Français
DPC.....	Développement Professionnel Continu
FCU	Frottis Cervico-Utérin
FIGO.....	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
HAS.....	Haute Autorité de Santé
HPV.....	Papilloma Virus Humain
INCa.....	Institut National du Cancer
InVs.....	Institut national de Veille sanitaire
IST.....	Infection Sexuellement Transmissible
OMS.....	Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	12
1. TYPE D’ETUDE	12
2. POPULATION ETUDIEE	12
3. CRITERES DE JUGEMENTS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES	12
4. MODALITE DE RECUEIL DES DONNEES.....	13
5. OUTILS DE RECUEIL ET D’ANALYSE DES DONNEES.....	13
RESULTATS.....	14
1. DESCRIPTION DE LA POPULATON.....	14
2. REALISATION DU PREMIER FROTTIS CERVICO-UTERIN.....	16
3. RYTHME DE REALISATION	19
4. FROTTIS CERVICO-UTERIN ET GROSSESSE.....	22
DISCUSSION	24
1. LIMITES DE L’ETUDES	24
2. FORCES DE L’ETUDE	24
3. ANALYSE DES RESULTATS.....	25
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	31
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES.....	3

INTRODUCTION

Intérêt du dépistage

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le deuxième en terme d'incidence et de mortalité chez la femme. Ce dernier est responsable chaque année de 250 000 décès [1]. Il existe une inégalité d'incidence entre les pays développés et ceux en développement. En effet, 85 % des cancers du col de l'utérus sont diagnostiqués dans les pays à faible niveau socio-économique ainsi que 90 % des décès dus à ce dernier [2]. En France, il est la douzième cause de cancer chez la femme soit 1.8 % des cancers féminins et la deuxième cause de décès de la femme avant 45 ans. En 2012, on dénombrait 3028 nouveaux cas soit une incidence de 6.7 pour 100 000 femmes et 1102 décès soit un taux de mortalité de 1.8 pour 100 000 femmes à un âge moyen de 66 ans. Le taux de survie des femmes est à corrélérer à leur âge au moment du diagnostic ainsi qu'au stade du cancer caractérisé par le FIGO (classification de la fédération internationale de gynécologie) [Annexe I]. A un an le taux de survie est de 87 %, de 66 % à 5 ans (80 % si la femme est âgée de 15 à 44 ans et de 39 % si elle est âgée de plus de 75 ans) et de 59% à 10 ans. L'incidence standardisée à la population mondiale donne un taux de 7.1 cancers pour 100 000 femmes en France, ce qui est sensiblement égal aux taux du Canada et des Etats-Unis (6.6 et 5.7 pour 100 000) et inférieur au taux européen (9.0 pour 100 000) [1].

Le cancer du col de l'utérus se développe au niveau de la jonction entre l'exocol composé de cellules malpighiennes et l'endocol composés de cellules glandulaires. Au niveau histologique on retrouve deux types de cancers, le carcinome épidermoïde qui représente 90% des cas et l'adénocarcinome qui en représente 10 % [2].

Ce cancer est secondaire à une infection virale par le papillomavirus humain (HPV) qui est sexuellement transmissible. Il existe différents types d'HPV et tous ne sont pas oncogènes. Dans le cas de ce cancer on retrouve principalement les HPV 16 et 18 qui sont dits à haut risque. En effet 50 % des cancers sont dus au type 16 et 15 % au type 18 [2]. Le portage de l'HPV n'est pas un événement rare dans la vie d'une femme surtout dans sa jeunesse. Il est effectivement estimé que 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées au HPV avec un pic d'exposition pour la tranche des 20-24 ans et une régression spontanée pour cette dernière de 70 % à 12 mois et de 90 % à 24 mois

[3]. Des facteurs de risques à infection HPV sont retrouvés comme les rapports sexuels précoces ; le nombre de partenaire (le risque augmentant avec celui-ci), la multiparité, la présence d'infections sexuellement transmissibles (IST). Concernant les IST la présence de chlamydia augmente le risque d'infection HPV avec un risque relatif de 2,1. La présence d'herpes est elle aussi un cofacteur de carcinogénèse avec un rôle qui semble plus controversé que pour chlamydia. Il est aussi retrouvé des facteurs de persistance de l'infection comme l'immunodépression acquise et la consommation de tabac. Cette dernière entraînant un risque relatif de 1,6 à 2,6 par rapport aux femmes ne fumant pas et dépend de la dose consommée ainsi que de la durée de l'exposition tabagique [1].

L'étude de l'histoire naturelle de ce cancer montre qu'il est d'évolution lente et met en général plus de 15 ans à se développer avec un pic d'incidence à 40 ans. En effet pour que le cancer se développe l'infection à HPV oncogène n'est pas suffisante, il faut que celle-ci persiste et permette l'apparition de lésions précancéreuses qui, en fonction de la capacité du système immunitaire, persistent ou non et permettent l'apparition d'un cancer in situ qui en une quinzaine d'années se transforme en cancer invasif [1].

Il est très rare de retrouver des formes familiales de ce cancer. Néanmoins le syndrome de Peutz-Jeghers qui est autosomal dominant prédispose au cancer du col. On retrouve aussi des variants génétiques des acteurs de l'immunité impliqués dans la réponse immunitaire à HPV qui sont liés à une augmentation du risque de développer un cancer du col. [1]

Politique de vaccination

La nature viro-induite de ce cancer permet sa prévention par la vaccination en plus du port de préservatif qui n'est pas suffisant à lui seul pour empêcher la transmission du virus. En effet dans de nombreux pays développés, la mise sur le marché de ces vaccins permet de mettre en place une action de prévention primaire.

En France, il existe 2 vaccins. Un tétravalent : Gardasil ® qui protège contre les HPV 16 et 18 principaux responsables du cancer du col et contre les HPV 6 et 11 responsables de l'apparition de condylomes génitaux. Ce vaccin est recommandé chez les jeunes filles de 11 à 13 ans révolus en deux injections à 0 et 6 mois, une stratégie de rattrapage est prévue pour les jeunes filles de 14 à 19 ans révolus en trois injections à 0, 2 et 6 mois. L'autre vaccin disponible est un bivalent : Cervarix ® qui protège contre les

HPV 16 et 18. Il est, quant à lui, réalisé chez les jeunes filles de 11 à 14 ans révolus en deux injections à 0 et 6 mois, une stratégie de rattrapage est prévue pour celles âgées de 15 à 19 ans révolus en trois injections à 0, 1 et 6 mois [4].

Le caractère lent du développement de ce cancer permet aussi de mettre en œuvre des méthodes de prévention secondaire par le dépistage des lésions précancéreuses et de prévention tertiaire par le traitement des cancers in-situ. En France, le dépistage des lésions précancéreuses se fait par la réalisation de frottis-cervico utérins (FCU). Le traitement des cancers in-situ peut être réalisé par vaporisation laser pour les lésions de bas grade, on peut également les surveiller par la réalisation de FCU et colposcopie tous les six mois. Pour les lésions de haut grade le traitement se fait par exérèse de la partie malade du col par conisation [1].

Le dépistage en pratique

Selon les recommandations de l'ANAES, en 2002 reprise par la HAS en 2010, en France, le dépistage du cancer du col de l'utérus qui est un dépistage individuel (ou spontané) doit être réalisé chez les femmes de 25 à 65 ans ayant ou ayant eu des rapports sexuels par la réalisation d'un examen cytologique : le FCU (frottis cervico-utérin). Il est recommandé de réaliser ce dernier à un rythme triennal après obtention de deux FCU normaux à un an d'intervalle. L'arrêt du dépistage se fait à partir de 65 ans si les deux derniers FCU étaient normaux. [5-6-7]. En 2006, L'OMS a repris les recommandations françaises, avec pour différence qu'à partir de 50 ans, elle recommande de réaliser le FCU tous les cinq ans [8]. D'autres pays comme les Etats-Unis ou le Québec préconisent un dépistage à partir de 21 ans jusqu'à 65 ans. Les Etats-Unis recommandent la pratique de FCU tous les 3 ans de 21 ans à 30 ans, à partir de 30 ans tous les cinq ans en combinant FCU et HPV test, arrêt à partir de 65 ans si trois FCU négatifs ou deux combinaisons FCU-HPV test négatifs dans la décennie écoulée. Le dépistage commencera à 25 ans pour les femmes ayant reçu trois doses de vaccins anti-HPV et le FCU sera renouvelé tous les cinq ans [9]. Pour le Québec, le rythme de réalisation du FCU est de deux ou trois ans [10].

Tableau. Dépistage : comparaisons de pratiques

	Age de début de réalisation du dépistage	Rythme de réalisation	Conditions d'arrêt	Impact de la vaccination anti-HPV sur la politique de dépistage
OMS (2006)	25 ans	- 3 ans après deux FCU normaux jusqu'à 50 ans - 5 ans à partir 50 ans	65 ans si deux derniers FCU normaux	inchangée
France (2013)	25 ans	- 3 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle	65 ans si deux derniers FCU normaux	inchangée
USA (2015)	21 ans	- 3 ans de 21 ans à 30 ans - 5 ans à partir de 30 ans en combinat FCU et HPV test	65 ans si trois derniers FCU normaux ou deux FCU-HPV test normaux	Début a 25 ans et FCU tous les 5 ans
Québec (2011)	21 ans	2-3 ans	65 ans	inchangée

Le FCU doit être réalisé par un professionnel formé, à 48 heures minimum du dernier rapport sexuel, à distance des règles, sous spéculum et sans utiliser de lubrifiant. Le prélèvement se fait au niveau de la jonction entre l'exocol et l'endocol et doit contenir les deux types de cellules qui les composent. Il existe deux méthodes afin de prélever, la méthode conventionnelle dite de Pipanicolaou qui consiste à prélever à l'aide de la spatule les cellules de l'exocol puis à l'aide d'une brosse les cellules de l'endocol. Les prélèvements doivent chacun être étalés sur une lame. La méthode en milieu liquide permet quant à elle de faire baisser le taux de FCU ininterprétables. Elle consiste à prélever en même temps à l'aide d'une brosse les deux types de cellules et de les mettre en suspension dans une solution [11].

Les prélèvements sont analysés et classés selon la classification de Bethesda de 2001 qui permet de déterminer la conduite à tenir en cas de résultat pathologique [5-12]. [Annexe II]

En 2010 la HAS rappelle que les acteurs primordiaux du dépistage sont les médecins gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes qui sont tous autorisés à pratiquer le FCU. Le médecin traitant a quant à lui, un rôle de coordinateur dans la prise en charge de la patiente, il l'incite au dépistage, le prescrit et/ou le réalise lui-même [5]. Il s'assure également de la bonne prise en charge de la patiente en cas de résultats pathologiques. Les sages-femmes ont quant à elles un rôle primordial dans le cadre de la grossesse, effectivement c'est un moment qui doit être mis à profit pour réaliser le dépistage dans le cadre des recommandations, c'est au aussi un temps qui doit servir à sensibiliser la patiente sur la nécessité de se faire suivre régulièrement. De plus depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, selon l'article L4151-1 modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011, les sages-femmes ont, dans leurs champs de compétences, le suivi gynécologique de prévention dans lequel s'inscrit parfaitement le dépistage du cancer du col. L'acquisition de cette compétence va éventuellement modifier la répartition des professionnels réalisant le dépistage qui pour l'instant est réalisé à 70-90 % par les gynécologues [1].

Etats des lieux en France et pistes d'améliorations

L'analyse des données provenant de la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés pour la période 2003-2005 en matière de réalisation de FCU met en évidence une couverture de 90,2%, si un FCU est réalisé tous les trois ans. Mais dans la pratique, certaines femmes en font plus, d'autres moins ou jamais. En effet en 2013, la HAS stipule que seules 8 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé, 40% sont sur-dépistées et 52% sont sous-dépistées [13]. Parmi les femmes sous-dépistées on retrouve les femmes de plus de 50 ans, celles en situation économique et/ou sociale défavorables, celles ayant une situation de santé défavorable. Dans cette catégorie de femmes sont aussi présentes les femmes enceintes, en situations irrégulières, Roms et homosexuelles [14]. La défaillance du système de dépistage est aussi montrée par le nombre de femmes atteintes d'un cancer invasif n'ayant pas réalisé

de FCU dans les trois années précédant l'apparition de celui-ci, en effet 50 % des patientes chez qui un cancer invasif a été diagnostiqué n'ont pas bénéficié de FCU dans les trois ans [8]

En 2010, la HAS réaffirme l'importance de la réalisation de ce dépistage et définit des axes de progressions ;

Axe 1 : s'appuyer sur les acteurs traditionnels du dépistage, en préciser les modalités

Axe 2 : améliorer la qualité du dépistage

Axe 3 : renforcer le dispositif actuel en organisant le dépistage

Axe 4 : s'adapter aux spécificités territoriales et aux populations [5]

[Annexe III]

En Janvier 2016, un rapport de l'INCa (institut national du cancer), émet de nouvelles pistes dans l'organisation du dépistage afin d'améliorer le taux de participation des femmes. Il préconise notamment la mise en place d'un dépistage organisé, tout comme le plan cancer 2014-2019. Ce rapport prévoit dans un premier temps (2015-2017) la mise en place de courriers de relance pour les femmes non participantes, une prise en charge à 100% par la sécurité sociale, une mise en œuvre de stratégies d'améliorations du dépistage avec notamment la rationalisation du dépistage pour les femmes non relancées par courriers, l'amélioration des pratiques professionnelles (intervalle entre deux FCU), l'amélioration du dépistage des femmes enceintes, la diversification des modes de prélèvements en s'appuyant notamment sur les médecins généralistes et les sages-femmes. Dans un second temps (2017-2019), ce dernier prévoit un positionnement sur des stratégies de dépistages supplémentaires pour les femmes non participantes (envoi de sms de rappels, envoi de kit HPV à domicile...) et une évolution du programme national en fonction des conclusions du premier temps [14].

Concernant le dépistage organisé, certains départements comme le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, l'Isère et la Martinique, le pratiquent depuis le milieu des années 90. En 2007, une évaluation réalisée par l'InVS (institut national de veille sanitaire) révèle que malgré un taux de participation faible le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'un FCU dans les trois ans est plus élevé qu'au niveau national [15].

Dans le département du Maine et Loire, la possibilité d'un envoi d'HPV test urinaire à domicile, pour les femmes non-répondantes au schéma classique de dépistage après envoi de deux courriers les invitant à réaliser un FCU révèle un taux de participation plus important. Cette étude nous montre une adhésion plus facile au programme de dépistage par réalisation HPV urinaire pour les femmes qui refusaient un dépistage par FCU. [16]

Les données concernant l'intervalle de réalisation du FCU étant en discordance avec les recommandations de la HAS et du CNGOF, nous nous sommes interrogées sur les modalités de réalisation du dépistage du cancer du col en Meurthe et Moselle, afin d'évaluer si les recommandations des instances officielles sont respectées.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les pratiques professionnelles des gynécologues et des sages-femmes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus par réalisation de FCU en fonction des recommandations définies par la HAS. Secondairement nous avons recherché s'ils existaient, les motifs de non-suivi des recommandations, ainsi que les critères de réalisation du frottis cervico-utérin hors du cadre des recommandations. Et enfin, nous avons cherché s'il existait une différence de suivis entre les différents professionnels de santé.

Nous avons formulé plusieurs hypothèses :

- Les prises de risques tels que la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires, la présence d'IST, la consommation tabagique sont des critères retenus pour la réalisation de FCU hors recommandations.
- Les médecins gynécologues et les sages-femmes n'ont pas le même suivi des recommandations

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Afin de répondre à la problématique, d'atteindre nos objectifs et de vérifier nos hypothèses, nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive et transversale. Le recueil de données s'est fait via questionnaires envoyés aux professionnels [Annexe IV] du département de Meurthe et Moselle entre le 1^{er} septembre 2016 et le 15 septembre 2016.

2. POPULATION ETUDIEE

Critères d'inclusion

- Sages-femmes pratiquant des FCU en Meurthe et Moselle
- Gynécologues pratiquant des FCU en Meurthe et Moselle

Critères de non inclusion

- Sages-femmes et gynécologues n'exerçant pas en Meurthe et Moselle
- Sages-femmes et gynécologues ne réalisant pas de FCU

3. CRITERES DE JUGEMENTS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES

Afin de réaliser cette étude, nous avons déterminé un critère de jugement principal qui est l'âge de réalisation du premier FCU et l'intervalle entre la réalisation de deux FCU après obtention de deux FCU normaux. Les critères de jugement secondaire consistent à rechercher les déterminants de non suivis des recommandations.

4. MODALITE DE RECUEIL DES DONNEES

Pour réaliser cette étude, nous avons réalisé le listing des professionnels : sages-femmes et gynécologues exerçant en Meurthe et Moselle par le biais de l'annuaire disponible sur le site internet de leurs ordres respectifs. Dans un premier temps nous désirions réaliser un envoi électronique du questionnaire mais les adresses courriels de l'ensemble des professionnels n'étaient pas disponibles. C'est pourquoi nous avons opté pour un envoi par voie postale pour les professionnels travaillant en libéral. Concernant les professionnels hospitaliers nous avons contacté les coordinatrices des services de gynécologie-obstétrique afin d'organiser la distribution et la récupération des questionnaires.

L'envoi des questionnaires a débuté le premier septembre 2016. Chaque professionnel libéral a reçu un exemplaire du questionnaire accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe pré-timbrée afin que ceux qui le souhaitaient puissent nous le retourner. La même procédure fut mise en place avec les coordinatrices des services concernés. Le retour des questionnaires était souhaité pour le 31 septembre 2016. Au total 200 questionnaires ont été envoyés.

5. OUTILS DE RECUEIL ET D'ANALYSE DES DONNEES

Le questionnaire comprenait quatre parties. Une première relative au profil du praticien : profession, mode d'exercice, ancienneté de la pratique du suivi gynécologique de prévention et formations complémentaires. La deuxième, relative aux modalités de début de réalisation de FCU : âge de réalisation du premier FCU, facteurs influençant une pratique précoce et tardive du premier FCU. La troisième partie, relative à l'intervalle entre deux FCU ainsi que les facteurs influençant la diminution ou l'augmentation de cet intervalle de temps. La dernière partie concernait la pratique du FCU pendant la grossesse afin de savoir si les professionnels profitaient du suivi obstétrical pour dépister les femmes en âge de l'être et ce jusqu'à quel terme.

Le traitement et l'analyse des données ont été effectués via le logiciel EpiData.

RESULTATS

Dans la présentation des résultats qui suit nous avons réalisé des tests du Khi² quand l'effectif ou la distribution des données le permettaient. Dans le cas contraire les tableaux ont été présentés sans test statistique.

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

200 questionnaires ont été envoyés.

Tableau 1. Questionnaires envoyés : répartition

	Hospitalier	Libéral	Total
Sages-femmes	31	75	106
Gynécologues-obstétriciens	47	23	70
Gynécologues-médicaux	1	23	24
Total	79	121	200

86 questionnaires nous sont revenus, soit un taux de réponses de 43%. Parmi ces 86 réponses, 5 ont été exclus car les questionnaires n'étaient pas renseignés ou que les professionnels n'exerçaient pas de gynécologie de prévention ou n'étaient plus en activité. 81 professionnels ont donc été inclus dans l'étude de la façon suivante : 48 sages-femmes, 21 gynécologues-obstétriciens et 12 gynécologues-médicaux.

La population incluse ayant un effectif faible (N=81), afin d'obtenir des échantillons statistiquement significatifs nous avons procédé au regroupement des classes « gynécologues-médicaux » (n=12) et « gynécologues-obstétriciens » (n=21) en une classe « gynécologues » (n=33).

Tableau 2. Professionnels inclus : répartition et mode d'exercice

	Hospitalier	Libéral	Exercice mixte	Total
Sages-femmes	8	37	3	48
Gynécologues	15	14	4	33
Total	23	51	7	81

Dans la population étudiée, 80 professionnels sur 81 ont répondu à la question concernant les formations complémentaires en gynécologie de prévention et cancers gynécologiques. Soixante-trois d'entre eux ont déclaré avoir suivi au cours de leurs carrières une ou plusieurs formations.

Tableau 3. Professionnels inclus et formations complémentaires

	Formation(s) complémentaire(s)	Pas de formation complémentaire	Total
Sages-femmes	37	10	47
Gynécologues	26	7	33
Total	63	17	80

Concernant les formations complémentaires, il s'agissait pour 32 professionnels sur 63 (50.79%) de formations dispensées par des organismes de formations agréés et/ou diplômantes, pour 20 (31.75%) d'entre eux de DIU ou DU, pour 6 (9.52 %) des cas de congrès professionnels. Pour les 5 (7.94 %) professionnels restant il s'agissait de formation en interne ou de type de formation non précisé.

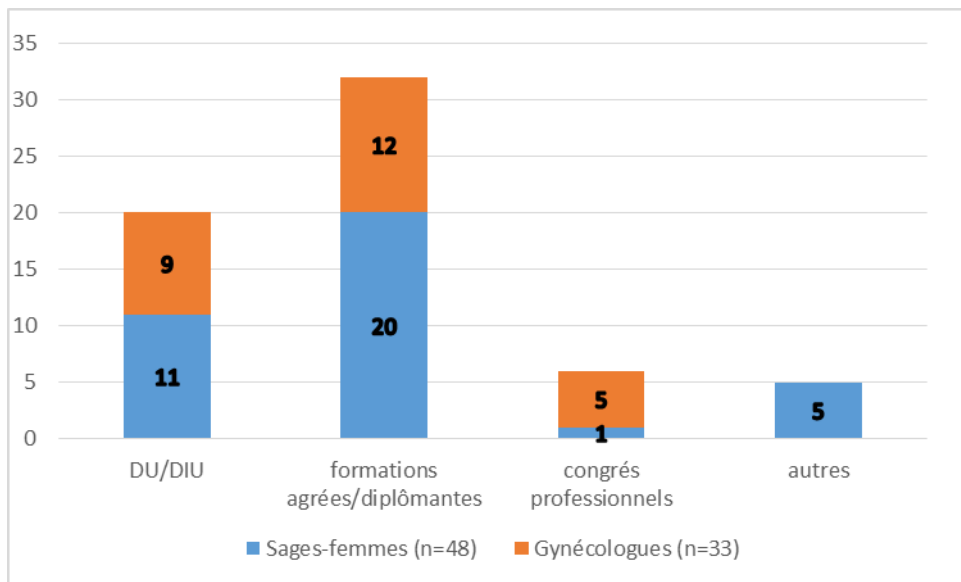


Figure 1. Formations complémentaires : répartition des professionnels

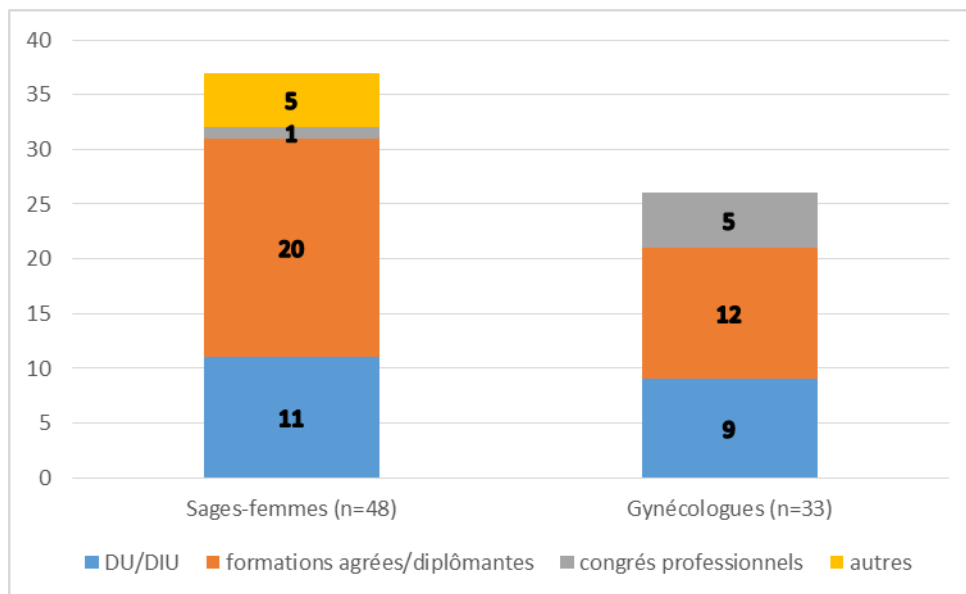


Figure 2. Formations complémentaires : distribution au sein des professions

2. REALISATION DU PREMIER FROTTIS CERVICO-UTERIN

Concernant l'âge de réalisation du premier FCU, 78 professionnels sur les 81 inclus ont répondu à la question : 2 sages-femmes et 1 gynécologue n'ont pas répondu.

Tableau 4. Age de début de réalisation de FCU et profession

	< 25 ans	25 ans	Total
Sage-femme	6	40	46
Gynécologue	12	20	32
Total	18	60	78

$\text{Khi}^2 = 6.359$, degrés de liberté (ddl)=1 et $p= 0.0117$.

Le risque relatif d'être dépisté avant 25 ans par une sage-femme par rapport à un gynécologue est de 0.35 (IC à 95 % :0.15-0.83).

Tableau 5. Age de début de réalisation de FCU et mode d'exercice

Mode d'exercice	< 25 ans	25 ans	Total
Hospitalier	5	17	22
Liberal	12	37	49
Exercice mixte	1	3	7
Total	18	60	78

Tableau 6. Sages-femmes et gynécologues : motifs de réalisations précoces de FCU

	Sages-femmes (n=46)	Gynécologues (n=32)
Partenaires multiples	20	13
Examen : col non sain	18	11
Précocité des rapports	14	15
Immunodépression	0	5
Grossesse précoce	4	0
Antécédent familial de cancer du col au premier degré	4	1
IST	3	3
Vaccination anti-HPV non réalisée	0	3
Consultations de grossesse	3	1
Métrorragies post-coïtales	0	3
Condylomes externes	0	3
Demande de la patiente	0	2
Métrorragies	0	2
Consommation tabagique régulière	1	1
Notion de FCU déjà réalisé	1	1
Ectropion chez la nullipare	1	0
Leucorrhées anormales	1	0
Algies pelviennes	1	0
Origine : Guyane	1	0
Absence de port de préservatif	0	1
Antécédent de FCU pathologique	0	1
HPV urinaire	0	1
Infections à répétition	0	1
Demande AMP	0	1
Notion de dystilbène	0	1
Dès le début de la vie sexuelle	0	1
Conduites à risques	0	1

Les effectifs des différentes classes correspondent aux nombres de fois où le critère a été cité

Tableau 7. Sages-femmes et gynécologues : motifs de réalisations tardives de FCU

	Sages-femmes (n=46)	Gynécologues (n=32)
Virginité	10	14
Demande de la patiente	2	2
Absence de consultation préalable	2	0
Comportement sexuel	0	2
Vaccination anti-HPV réalisée	1	1
Examen : col sain	1	0
IST en cours	1	0
Grossesse	1	0
Cancer du col suspecté	1	0
Rapports sexuels récent	1	0
Début de l'activité sexuelle <1 an	1	0
Absence de consultation préalable	0	1
Début de l'activité sexuelle <3 ans	0	1
Activité sexuelle peu intense	0	1
Contraception	0	1

Les effectifs des différentes classes correspondent aux nombres de fois où le critère a été cité

3. RYTHME DE REALISATION

Concernant le rythme de réalisation de FCU, 74 professionnels sur les 81 inclus ont répondu à la question : 5 sages-femmes et 2 gynécologues n'ont pas répondu

Tableau 8. Rythme de réalisation de FCU et profession

Profession	< 3 ans	3 ans	Total
Sage-femme	7	36	43
Gynécologue	11	20	31
Total	18	56	74

Chi² = 3.609, degrés de liberté (ddl)=1 et p= 0.0575.

Tableau 9. Rythme de réalisation de FCU et mode d'exercice

Mode d'exercice	< 3 ans	3 ans	Total
Hospitalier	5	15	20
Libéral	12	35	47
Exercice mixte	1	6	7
Total	18	56	74

Tableau 10. Sages-femmes et gynécologues : motifs de réalisations de FCU plus fréquentes

	Sages-femmes (n= 43)	Gynécologues (n=31)
Examen : col non sain	21	5
FCU pathologique	19	14
Antécédent personnel de dysplasie	4	6
Antécédent de conisation	1	6
Absence de vaccination anti-HPV	5	2
Immunodépression	0	4
Partenaires multiples	3	5
HPV test positif	1	3
IST	2	1
Absence de résultats écrits	2	0
Consommation tabagique régulière	1	2
Fréquence irrégulières des consultations	0	2
Sexualité a risques	1	0
Infections gynécologiques à répétition	1	1
Antécédent familial au premier degré de cancer gynécologique	1	0
Antécédent familial au premier degré de cancer du col	1	0
Biopsie de col	1	0
Laser de col	1	1
Métrorragies	1	1
Métrorragies post-coïtale	1	0
Demande de la patiente	1	1
Absence de cellules endocervicales sur FCU précédent	0	1
Antécédent de dystilbène chez la mère	0	1
Zone de jonction non visible	0	1
Multiparité	0	1
Condylomes	0	1
Précocité des rapports sexuels	0	1
Changement de partenaire	0	1
Grossesse	0	1

Les effectifs des différentes classes correspondent aux nombres de fois où le critère a été cité

Tableau 11. Sages-femmes et gynécologues : motifs de réalisations de FCU moins fréquentes

	Sages-femmes (n=43)	gynécologues (n=31)
Fréquence irrégulière des consultations	4	3
Refus de la patiente	3	0
Absence de rapport sexuel	1	4
IST	1	0
Accouchement < 8 semaines	1	0
HPV test négatif et même partenaire	1	0
Perdu de vue	1	0
Age jeune	1	1
FCU précédents normaux	0	1
3 FCU normaux successifs	0	1
Compliance/observance	0	1
Niveau intellectuel	0	1
>65 ans	0	1
Antécédents familiaux et personnels	0	1
Col sténosé	0	1
Ménopause	0	1

Les effectifs des différentes classes correspondent aux nombres de fois où le critère a été cité

4. FROTTIS CERVICO-UTERIN ET GROSSESSE

Concernant la réalisation de FCU pendant la grossesse, 75 professionnels sur les 81 inclus ont répondu : 4 sages-femmes et 2 gynécologues n'ont pas répondu.

Tableau 12. Réalisation de FCU pendant la grossesse et profession

Profession	oui	non	Total
Sage-femme	43	1	44
Gynécologue	29	2	31
Total	72	3	75

Tableau 13. Réalisation de FCU pendant la grossesse et mode d'exercice

Mode d'exercice	Oui	Non	Total
Hospitalier	20	0	20
Libéral	45	3	48
Exercice mixte	7	0	7
Total	72	3	75

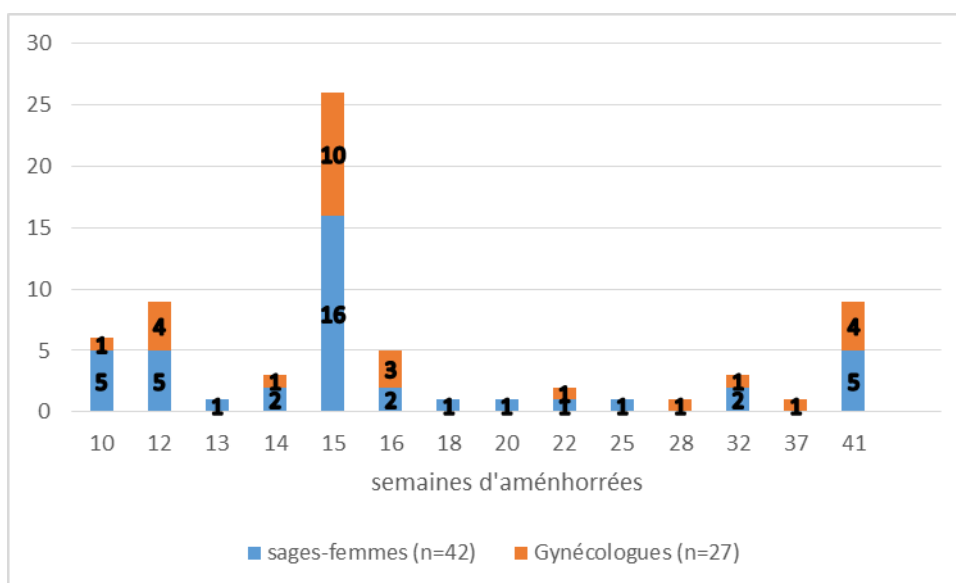


Figure 3. Age maximal de réalisation de FCU pendant la grossesse en semaines d'aménorrhées et profession

La majorité des professionnels, 54 sur 69, réalisant le dépistage pendant la grossesse le font avant la fin du premier trimestre soit 15 SA.

DISCUSSION

Notre objectif principal était d'évaluer les pratiques professionnelles des gynécologues et sages-femmes de Meurthe et Moselle en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus par réalisation de FCU en fonction des recommandations définies par la HAS. Nous avons aussi recherché secondairement, les motifs de non-suivi des recommandations, ainsi que les critères de réalisation du FCU hors du cadre des recommandations. Et enfin, nous avons cherché s'il existait une différence de suivis entre les différents professionnels de santé.

1. LIMITES DE L'ETUDE

Dans notre étude, plusieurs facteurs limitants sont à prendre en compte.

La faible taille de notre population est à l'origine d'un manque de puissance au niveau statistique et ne nous permet pas de conclure.

Nous retrouvons 2 types de biais : le biais de non réponse et celui de vouloir bien répondre. En effet, face à un questionnaire interrogeant sur les pratiques, les professionnels peuvent avoir tendance à vouloir donner la bonne réponse. Les données collectées ne sont donc pas toujours le reflet de leurs pratiques.

Le faible taux de réponse des sages-femmes hospitalières, est dû à des difficultés à récupérer les questionnaires distribués dans le milieu hospitalier malgré la stratégie mise en place auprès des sages-femmes coordinatrices.

Concernant la mise en page des questionnaires, l'impression recto-verso pour faire des économies au niveau des frais postaux n'était pas judicieuse. Certains professionnels n'ont effectivement pas répondu aux questions situées au verso.

2. FORCES DE L'ETUDE

Parmi les points forts de notre étude nous retrouvons un taux de réponse de 43%, qui dans une enquête de ce type est un bon niveau de réponse. Nous observons une forte mobilisation des sages-femmes libérales qui représentent 45.7 % des répondants.

3. ANALYSE DES RESULTATS

L'échantillon de sages-femmes constitué dans notre étude est composé à 77.1 % de libérales, à 16.7 % d'hospitalières et à 6.2 % de sages-femmes à exercice mixte. Celui des gynécologues est composé à 42.4 % de libéraux, 45.5 % d'hospitaliers et à 12.1 % de gynécologues à exercice mixte. Cette répartition de professionnels n'est pas celle que l'on retrouve dans la population générale. En effet en 2015, au niveau national, 21% des sages-femmes ont une activité libérale [17]. Notre étude, portait sur la pratique de FCU qui est un acte pratiqué majoritairement par les sages-femmes libérales qui ont une activité en gynécologie plus importante qu'en milieu hospitalier, ce qui explique la composition de notre échantillon. En 2013, la répartition des gynécologues en Meurthe et Moselle était la suivante : 55.8 % de libéraux, 29.3 % d'hospitaliers et 14.9 % ayant un exercice mixte [18]. Cette répartition s'explique par les difficultés évoquées pour recueillir les données en milieu hospitalier.

Concernant les formations complémentaires 63 professionnels sur 80 ont participé à des formations et répondent à leur obligation de développement professionnel continu défini par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et la loi n°2009-879 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé.

La HAS recommande la réalisation de FCU chez les femmes âgées de 25 ans à 65 ans, à un rythme triennal après l'obtention de 2 FCU normaux à un an d'intervalle [13]. Dans notre étude, 60 professionnels sur les 78 (76.92%) répondants à la question de l'âge de début de FCU, le font à partir de 25 ans. Concernant le rythme de réalisation après obtention de 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle, 56 des répondants sur 74 (75.68%) le font tous les 3 ans. En 2013, la HAS rapporte que 40 % des femmes se font dépister trop souvent. Il semble donc qu'en Meurthe et Moselle les professionnels de santé sont respectueux des recommandations [13].

Le test de KHI² comparant sages-femmes et gynécologues concernant l'âge de début de réalisation de FCU nous révèle qu'il existe une différence significative entre ces 2 professions ($p= 0.0117$), avec un risque relatif de 0.35 d'être dépisté avant 25 ans par une sage-femme par rapport à un gynécologue (IC à 95 % : 0.15-0.83). Ce résultat

semble montrer qu'en Meurthe et Moselle les sages-femmes sont plus respectueuses des recommandations que les médecins. Cependant il est important de rappeler que la gynécologie de prévention est une compétence relativement récente pour les sages-femmes accordée par la loi HPST du 21 juillet 2009, selon l'article L4151-1 modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011. Les sages-femmes ont développé cette activité récemment et tiennent donc majoritairement compte des dernières recommandations. Les médecins adaptent probablement leurs pratiques à leur expérience clinique. Cette pratique précoce du FCU est potentiellement iatrogène, en effet le pic d'exposition à HPV étant entre 20 et 24 ans avec un taux de régression spontanée à 24 mois de 90 % [3]. Le risque est de traiter des lésions qui auraient régressé et d'induire potentiellement des pathologies obstétricales (fausse couche, menace d'accouchement prématuré). Aux États-Unis et au Canada des recommandations plus récentes (2015 et 2011), recommandent un dépistage à partir de 21 ans [9-10]. Ces deux pays présentent une incidence du cancer du col de l'utérus plus faible qu'en France (6.6 et 5.7 pour 100 000 au Canada et États-Unis et 7.1 pour 100 000 en France), peut-être dû à l'âge de début du dépistage. Il serait intéressant de connaître les modalités de traitement instaurées dans ces pays pour les jeunes femmes en âge de procréer et d'en évaluer l'impact sur la fécondité et les grossesses.

Le même test comparant le rythme de réalisation de FCU ne révèle pas de différence significative entre sages-femmes et gynécologues ($p= 0.0575$).

Les critères majoritaires de réalisation précoces mis en avant par les professionnels sont : partenaires multiples (33/78), précocité des rapports (29/78), col non sain à l'examen (29/78). Ceux mis en avant pour la réalisation plus soutenue sont : col non sain à l'examen (26/74), FCU pathologique (33/74), partenaires multiples (8/74), antécédent personnel de dysplasie (10/74), antécédent de conisation (6/74), absence de vaccination anti-HPV (5/74) et immunodépression (4/74). En 2013, dans l'actualisation du référentiel de pratique de l'examen périodique de santé, la HAS définit les règles de réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Il est indiqué de réaliser le dépistage de façon plus soutenue en présence de signes fonctionnels de cancer du col de l'utérus tels que des saignements inhabituels (en dehors des règles, après un rapport sexuel ou après la ménopause), des pertes vaginales persistantes (en dépit d'un traitement syndromique des IST). Les anomalies cliniques sont un motif de

réalisation de colposcopie plus ou moins biopsie [13]. Les métrorragies sont un critère cité seulement par 2 professionnels sur 78 comme motifs de réalisations précoces et également par 2 professionnels sur 74 comme motifs de réalisation plus fréquente. Ces résultats montrent qu'en Meurthe et Moselle les critères retenus par les professionnels pour réaliser le dépistage plus précocement ou plus fréquemment ne sont pas ceux définis par la HAS. Les critères mis en avant par les professionnels sont des co-facteurs (partenaires multiples, précocités des rapports) favorisant l'infection à HPV ou des motifs excluant les femmes du schéma de dépistage (antécédent de dysplasie, infection VIH). [13]

La virginité est le critère majoritaire retenu par les professionnels (24/78) pour une réalisation plus tardive du premier FCU. Il est aussi un des seuls retenus par la HAS [13]. Pour une réalisation moins fréquente les critères retenus sont : fréquence irrégulière des consultations (6/74) et absence de rapports sexuels (hors virginité) (4/74). Selon la HAS, il n'y a pas de critères permettant un allègement de la surveillance dans le cadre du dépistage. Aux Etats-Unis, depuis 2015, les femmes ayant bénéficié du schéma de vaccination anti-HPV, se voient proposer un dépistage allégé : tous les 5 ans à partir de 25 ans [9]. Nous pouvons donc nous interroger sur l'évolution possible des pratiques en France, ainsi que sur la pertinence de cet allègement car les vaccins ne protègent pas contre tous les types de HPV, seulement de ceux au plus haut risque oncogène (6, 11,16 et 18 pour Gardasil®, 16 et 18 pour Cervarix®), il subsiste donc un risque même infime de développer un état précancéreux voir un cancer.

La majorité des praticiens (72/75) profite de la grossesse pour initier le dépistage chez les femmes répondant aux conditions du dépistage. Les recommandations prônent la réalisation de FCU pendant la grossesse, en insistant sur le fait que ce moment doit être mis à profit afin de rappeler aux femmes l'importance d'un suivi gynécologique régulier et de l'initier pour les femmes n'en ayant pas. Selon les mêmes recommandations le FCU doit être réalisé avant 14 SA et après 8 semaines du post-partum [13]. Dans notre étude, seuls 20 des professionnels sur 75 le réalisent avant 14 SA. Le milieu hospitalier et notamment la maternité du CHRU de Nancy suivant une grande majorité des femmes enceintes du département, ainsi que les femmes étant le plus à risque d'échapper au dépistage (femmes issues de l'immigration, Roms, faible

niveau économique), les professionnels profitent de chaque instant de la grossesse afin d'initier le dépistage.

CONCLUSION

En 2013, la HAS rapporte que seul 8 % des femmes bénéficient du dépistage du cancer du col par FCU à fréquence recommandée, 52 % sont sous dépistées et 40 % sur-dépistées.

Notre étude a été menée avec pour objectif principal d'évaluer les pratiques professionnelles des gynécologues et des sages-femmes de Meurthe et Moselle en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus par réalisation de FCU en fonction des recommandations définies par la HAS. Nous avons également recherché s'ils existaient, les motifs de non-suivi des recommandations, ainsi que les critères de réalisation du frottis cervico-utérin hors du cadre des recommandations. Et enfin, nous avons cherché s'il existait une différence de suivis entre les différents professionnels de santé.

Les résultats de notre étude, montre que les recommandations en terme d'âge de début du dépistage et d'intervalle de réalisation sont respectées par la majorité des professionnels. En ce qui concerne le dépistage pendant la grossesse, la majorité des professionnels le réalise hors recommandations, c'est-à-dire après 14 SA.

Nous avons mis en évidence une différence significative concernant l'âge de début de réalisation entre sages-femmes et gynécologues, il semble en effet que le risque d'être dépisté avant 25 ans par une sage-femme soit plus faible que par un gynécologue. Nous n'avons pas montré de différence significative entre sages-femmes et gynécologues concernant l'intervalle de réalisation de FCU et l'âge gestationnel maximal retenu pour la réalisation de FCU.

Notre étude nous a également permis de relever les motifs mis en avant par les professionnels pour réaliser des FCU hors recommandations. Les motifs de réalisations précoces mis en avant par les professionnels sont : partenaires multiples, rapports sexuels précoces et col non sain à l'examen clinique. Concernant les motifs de réalisations plus fréquentes du dépistage, on retrouve : partenaires multiples, col non sain à l'examen clinique, antécédent personnel de dysplasie, antécédent de conisation, FCU pathologique, absence de vaccination anti-HPV et immunodépression. Le motif de réalisation tardive mis en avant par les professionnels est la virginité, critère aussi retenu par la HAS.

L'étude des recommandations récentes, notamment celles des Etats-Unis de 2015, nous permettent de nous interroger quant à l'aménagement des recommandations si le schéma vaccinal anti-HPV est entièrement reçu.

Afin d'être plus complet dans notre étude des pratiques professionnelles, nous aurions pu interroger les professionnels sur les modalités techniques de réalisation de FCU qui peuvent influencer sur le résultats de ce dernier comme l'utilisation de gel lubrifiant, la réalisation à moins de 48 heures d'un rapport sexuel et pendant les menstruations.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rakotomahenina H, Bonneau C, Rouzier R, Brun J-L, Riethmuller D. Épidémiologie, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. EMC-Gynécologie. 2015. [consulté le 7 janvier 2016]
- [2]Segondy.M. Papillomavirus et cancer. Revue francophone des laboratoires nov 2013;57-68. [consulté le 31 mai 2016]
- [3] Duport N, InVs. Données épidémiologique sur le cancer du col de l'utérus. 2008. [consulté le 28 février 2016]
- [4]Ministère de la santé. Calendrier vaccinal 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf [consulté le 18 novembre 2016]
- [5] HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010. [consulté le 25 septembre 2015]
- [6] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique-prévention du cancer du col de l'utérus. 2007. [consulté le 25 septembre 2015]
- [7] CNGOF. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. 2009.[consulté le 12 octobre 2015]
- [8] Linet T. Le frottis cervico-utérin en pratique. Vocation sage-femme. 17 mai 2010;9(82):31-5. [consulté le 6 novembre 2016]
- [9] Sawaya G., Kulasingam S, Denberg TD, Qaseem A. cervical cancer screening in average-risk women : best practice advice from the clinical guidelines committee of the american college of physicians. 2015. [consulté le 28 février 2016]
- [10] Institut national de santé publique du Québec. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec. 2011. [consulté le 27 février 2016]
- [11] HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col en France - Argumentaires.[Internet]. Juillet 2010 .Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf [consulté le 18 novembre 2016]
- [12]ANAES. Conduites à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. 2002. [consulté le 10 novembre 2015]
- [13] HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, actualisation du référentiel de pratiques de l'examen de santé périodique. [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf [consulté le 25 Mars 2016]

- [14] Institut national du cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. 2016. [consulté le 2 Mai 2016]
- [15] Duport N, Hagenoer K, Ancelle-park R, Bloch J. Dépistage organisé du col de l'utérus [Internet]. 2007. Disponible sur: http://opac.santepubliquefrance.fr/doc_num.php?explnum_id=3652 [consulté le 20 novembre 2007]
- [16] Ducancelle A, Pivert A, Reiser J, Le duc Banaszuk AS, Lunel-Fabiani F. Le test HPV urinaire proposé comme alternative au frottis cervico-utérin : étude pilote dans le département du Maine-et-Loire [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/928962/main.pdf> [consulté le 6 novembre 2016]
- [17] Ordre national des sages-femmes. l'exercice libéral, un nouvel enjeu pour la profession. Contact sages-femmes. mars 2016;(45):4. [consulté le 23 mars 2017]
- [18] Ordre national des médecins. La démographie médicale en Lorraine, situation en 2013. 2014. [consulté le 23 mars 2017]
- [19] Magnan G. Trop de femmes échappent encore au frottis. Profession sage-femme. avril 2016;9. [consulté le 2 Mai 2016]
- [20] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf [consulté le 8 mai 2016]
- [21] Baldauf J-J, Fender M, Youssef Azer Akladios C, Velten M. Le dépistage précoce du cancer du col est-il justifié? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. juin 2011;39(6):358-63. [consulté le 25 septembre 2015]
- [22] Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassalle M, Savignoni A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002 [Internet]. 2005 [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2005/02/beh_02_2005.pdf [consulté le 25 septembre 2015]
- [23] Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. oct 2008;56(5):303-13.[consulté le 12 octobre 2015]
- [24] Blanc B. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Springer. 2005 [consulté le 18 novembre 2016]
- [25] Gonthier C, Heitz D. Cancer du col de l'utérus. 19 déc 2015 [consulté le 31 mai 2016]

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	12
1. TYPE D'ETUDE	12
2. POPULATION ETUDIEE	12
3. CRITERES DE JUGEMENTS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES	12
4. MODALITE DE RECUEIL DES DONNEES.....	13
5. OUTILS DE RECUEIL ET D'ANALYSES DES DONNEES.....	13
RESULTATS	14
1. DESCRIPTION DE LA POPULATON.....	14
2. REALISATION DU PREMIER FROTTIS CERVICO-UTERIN.....	16
3. RYTHME DE REALISATION	19
4. FROTTIS CERVICO-UTERIN ET GROSSESSE.....	22
DISCUSSION	24
1. LIMITES DE L'ETUDES	24
2. FORCES DE L'ETUDE	24
3. ANALYSE DES RESULTATS	25
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	31
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES.....	3

ANNEXES

- **ANNEXE I** : Classification FIGO 2009
- **ANNEXE II** : Classification de Bethesda 2001
- **ANNEXE III** : Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus 2010
- **ANNEXE IV** : Lettre et questionnaire envoyés aux professionnels

ANNEXE I : Classification FIGO 2009

Classification FIGO

- **Stade I** : tumeur limitée au corps l'utérus
 - IA : tumeur envahissant moins de la moitié de l'épaisseur du myomètre,
 - IB : tumeur envahissant plus de la moitié de l'épaisseur du myomètre.

- **Stade II** : extension au stroma cervical

- **Stade III** : extension en dehors de l'utérus
 - IIIA : extension aux ovaires et/ou à la séreuse,
 - IIIB : extension au vagin et/ou aux paramètres,
 - IIIC : extension ganglionnaire pelvienne (IIIC1) ou para-aortique sous-rénale (IIIC2).

- **Stade IV** :
 - IVA : extension à la muqueuse vésicale ou du côlon,
 - IVB : extension ganglionnaire inguinale et/ou para-aortique au-dessus de la veine rénale et/ou implants péritonéaux et/ou métastases à distance.

ANNEXE II : Classification de Bethesda 2001

Lésions malpighiennes	
ASC-US	Atypies des cellules épidermoïdes de signification indéterminée
ASC-H	Atypies des cellules épidermoïdes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
LSIL	Lésion intra-épithéliale épidermoïde de bas grade
HSIL	Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
Carcinome épidermoïde ou malpighien	
Lésions glandulaires	
AGC	Atypies des cellules glandulaires
AIS	Adénocarcinome endocervical <i>in situ</i>
Adénocarcinome invasif	

ANNEXE III : Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus 2010



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Juillet 2010

Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de la mesure 16 du Plan Cancer 2009-13. Elles sont destinées au décideur public mais concernent également tous les professionnels de santé et associations de patients/usagers impliqués dans le dépistage et la prise en charge du cancer du col de l'utérus ou sur les questions de prévention et d'accès aux soins.

La prévention du cancer du col de l'utérus comprend : le dépistage, qui permet de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses existantes, et la vaccination, qui vise à éviter l'infection de 2 des virus HPV à l'origine de ce cancer.

La HAS rappelle que la vaccination intervient en complément du dépistage et ne peut en aucun cas s'y substituer (voir avis de la Commission de la Transparence n°4029 et n°5090). Le dépistage demeure indispensable pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non.

Messages clés

La HAS recommande le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

- Le dépistage organisé a fait la preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel (ou spontané) en termes d'efficacité, d'efficience, ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention.
- Il permet de mettre en œuvre une démarche d'assurance qualité.
- Il peut être évalué (et amélioré).
- Il permet de rationaliser les moyens mis en œuvre : compenser l'augmentation des coûts liés à l'augmentation de la participation par une diminution des gaspillages (actes et interventions inutiles).
- Il continue de s'appuyer sur les acteurs traditionnels : gynécologues médicaux et obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, anatomo-cytopathologistes et biologistes.
- Il vise toutes les femmes de 25 à 65 ans et reste fondé sur 1 frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans.
- Il prévoit des actions complémentaires afin d'augmenter la participation des femmes.

OBJECTIFS

L'existence d'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus depuis de nombreuses années en France constitue un socle essentiel sur lequel il convient de s'appuyer. Toutefois dans la situation actuelle, on constate que plus de 50 % des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées, qu'environ 40 % des femmes sont dépistées trop fréquemment, 10 % seulement des femmes bénéficiant d'un dépistage dans l'intervalle recommandé.

Ces recommandations ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population (diminution de la morbi-mortalité), de diminuer les inégalités de santé (amélioration de l'accès à la prévention et équité) et de rationaliser les moyens mis en œuvre (limitation du surdépistage et de ses conséquences en termes d'investigations inutiles et potentiellement délétères, mise en œuvre des stratégies les plus efficaces, amélioration des pratiques médicales).

AXE 1. S'APPUYER SUR LES ACTEURS TRADITIONNELS DU DÉPISTAGE, EN PRÉCISER LES MODALITÉS

Acteurs du dépistage

1. Le dépistage doit s'appuyer sur les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens ainsi que sur les médecins généralistes et les sages-femmes.

Leur implication est nécessaire en termes d'information et d'incitation au dépistage.

Test de dépistage et population cible

2. Le dépistage reste fondé sur la réalisation d'un FCU (conventionnel ou en milieu liquide) à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans.

La mise en œuvre du test pour la détection des *papilloma virus* humains (HPV) en dépistage primaire en population générale est actuellement prématurée. Elle n'est susceptible d'intervenir que lorsque les conditions organisationnelles et d'assurance qualité du dépistage nécessaires seront définies et remplies.

Rôle du médecin traitant

3. Pour chacune de ses patientes, le médecin traitant coordonne le dépistage. Il effectue la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés (dans le respect des obligations déontologiques et légales), incite à la participation au dépistage, prescrit un test de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif.

Prélèvements

4. Les prélèvements sont réalisés par des professionnels spécifiquement formés (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) et dans des conditions garantissant leur qualité.

Compte tenu de la situation française au regard de la démographie médicale, une augmentation de l'offre qui s'appuie sur les acteurs de proximité, géographique et « relationnelle », du système de soins est nécessaire.

La diversification des professionnels réalisant les prélèvements pourrait concerner les infirmiers (ères) dans le cadre de coopérations entre professionnels.

Des incitations économiques à la réalisation du FCU (conformément aux recommandations de la HAS) peuvent également être envisagées.

AXE 2. AMÉLIORER LA QUALITÉ DU DÉPISTAGE

5. Une démarche d'assurance qualité, concernant toutes les étapes du dépistage et fondée notamment sur les recommandations européennes ainsi que sur les recommandations et référentiels élaborés dans le contexte français, doit être mise en œuvre de manière effective.

Par principe, cette démarche intègre l'évaluation du suivi de cette qualité.

6. La qualité du dépistage repose fortement sur l'engagement de ses acteurs dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier des préleveurs (formés aux modalités techniques, à l'information sur le dépistage ainsi qu'à la compréhension des freins à la participation des femmes) et des professionnels interprétant le FCU.

7. Afin d'assurer aux femmes participant au dépistage une équité dans la lecture et l'interprétation des FCU dans des conditions acceptables et équivalentes sur l'ensemble du territoire, un contrôle de qualité interne doit être mis en place dans toutes les structures d'anatomo-cytopathologie.

Il devrait s'accompagner d'un contrôle de qualité externe.

La HAS rappelle qu'en France le système de Bethesda 2001, qui s'applique quelle que soit la technique du FCU, est seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique.

AXE 3. RENFORCER LE DISPOSITIF ACTUEL EN ORGANISANT LE DÉPISTAGE

Renforcer et compléter l'action des acteurs traditionnels du dépistage

8. En lien avec le médecin traitant, l'invitation individuelle des femmes non dépistées et le contrôle du suivi des femmes présentant un résultat positif doivent être confiés aux structures de gestion des deux dépistages actuellement organisés en France (cancer du sein et cancer colo-rectal).

Cette modalité d'organisation a fait la preuve de son efficacité.

Elle nécessite pour ces structures des moyens supplémentaires leur permettant d'assurer ces nouvelles fonctions.

Adapter les circuits et les systèmes d'information

9. L'adaptation des circuits et systèmes d'information du dépistage est indispensable.

Cette adaptation comprend un codage distinct des FCU de dépistage et de ceux réalisés en contrôle (après un FCU positif et/ou après traitement), la constitution des bases de données nécessaires à l'appréciation au plan quantitatif de la pratique de dépistage des femmes et au suivi des femmes dépistées.

Elle permettra de s'assurer de la rationalisation des pratiques des professionnels et, le cas échéant, compte tenu des enjeux financiers pour l'Assurance maladie, d'envisager des mesures permettant de limiter le surdépistage.

10. L'efficacité du dépistage est conditionnée par la transmission des informations relatives à toutes les étapes du dépistage entre l'ensemble des acteurs intervenant dans le dispositif quels que soient leurs lieu et mode d'exercice (prescripteur du test, préleveur, médecin traitant, structure d'anatomo-cytopathologie, caisses d'assurance maladie, structures de gestion, etc.).
11. Une évolution des systèmes d'information des anatomo-cytopathologistes permettant la saisie, l'extraction et la transmission sécurisée de données standardisées est nécessaire.

Évaluer les performances et l'impact du dépistage

12. Une évaluation globale (c'est-à-dire intégrant les dimensions épidémiologiques, économiques et de santé publique) des performances et de l'impact du dépistage doit être réalisée.

Une attention particulière doit être portée à l'appréciation de la capacité du dispositif à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé constatées pour le cancer du col de l'utérus.

AXE 4. S'ADAPTER AUX SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES ET DES POPULATIONS

Un dispositif qui vise toutes les femmes de 25 à 65 ans sur l'ensemble du territoire...

13. La mise en place d'une organisation du dépistage uniquement ciblée sur des populations ou des territoires spécifiques n'est pas souhaitable, par rapport à la mise en place d'une organisation visant toutes les femmes de 25 à 65 ans, sur l'ensemble du territoire.

... mais qui prévoit des actions complémentaires

14. Toutefois, des actions de renforcement spécifiques, à destination des femmes actuellement peu voire pas dépistées, doivent être engagées et évaluées : absence d'avance de frais et/ou gratuité des tests de dépistage, repérage systématique des femmes non dépistées, actions coordonnées *via* les acteurs de proximité et les dispositifs existants, actions communautaires et renforcement de l'implication des responsables locaux, actions d'accompagnement des femmes et éducation par les pairs et par les associations de patientes et d'usagers, voire développement de l'autoprélèvement pour les femmes les plus réticentes vis-à-vis du dépistage.

Communication et information des femmes

15. En termes de communication, la HAS recommande que :
 - des messages éducatifs adaptés, en termes de contenu et de support de diffusion, à l'âge, aux caractéristiques socio-économiques et aux différents aspects culturels des populations ciblées soient développés et validés ;
 - ces messages soient diffusés dans des lieux spécifiques, y compris hors champ de la santé, et fréquentés par les femmes, notamment celles ne se soumettant pas régulièrement au dépistage ;
 - la communication soit initiée à un âge précoce via la médecine scolaire et les enseignements relatifs aux sciences de la vie, ainsi que *via* la médecine universitaire.
16. Les courriers d'invitation adressés par les structures de gestion à l'ensemble des femmes non dépistées doivent intégrer une information les incitant à consulter leur médecin traitant ainsi qu'une information relative aux lieux de prélèvements, notamment en accès gratuit ou pratiquant l'absence d'avance de frais.

Les courriers d'invitation au dépistage du cancer du sein, adressés aux femmes de plus de 50 ans, doivent inclure une information les sensibilisant et les invitant au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Adapter les modalités du dépistage en Guyane

17. En Guyane, un groupe de travail spécifique doit être mis en place afin de réfléchir à l'adaptation des modalités d'organisation du dépistage : âge de début abaissé, recours au FCU en milieu liquide, proposition systématique de réalisation d'un FCU dans les centres de santé, campagne de formation au FCU destinée aux professionnels de santé exerçant dans ces centres (médecins, sages-femmes, infirmiers et agents de santé), etc.

Un dispositif particulier n'apparaît pas nécessaire pour les autres territoires spécifiques (autres départements d'outre-mer et zones urbaines sensibles).

Perspectives et pistes de recherche

À court terme

- Fiches de bon usage du FCU (professionnels effectuant le prélèvement)
- Bonnes pratiques d'assurance qualité (anatomo-cytopathologistes et biologistes)
- Standardisation et transmission des données d'anatomo-cytopathologie, interopérabilité des systèmes
- Place du test viral en suivi post-thérapeutique
- Place de l'autoprélèvement en dépistage
- Place de la détection de la protéine P16 par immunochimie dans le dépistage
- Identification et suivi de la cohorte des jeunes filles/femmes vaccinées
- Freins au dépistage des professionnels de santé

À moyen terme

- Pratiques de dépistage des femmes vaccinées (études qualitatives)
- Place du test viral en dépistage et modalités de dépistage des femmes vaccinées (test, rythme, etc.)
- Modes de rémunération des pratiques de dépistage et de prévention
- Stratégies d'informations pour les femmes non participantes

Données clés (situation en France en 2010)

- 3 000 nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus et 1 000 décès chaque année
- 17,5 millions de femmes de 25 à 65 ans concernées par ce dépistage
- Plus de 6 millions de frottis cervico-utérins (FCU) réalisés chaque année
- Des coûts médicaux directs de dépistage et de prise en charge du cancer du col de l'utérus de 332 millions d'euros dont 225 millions d'euros pris en charge par l'assurance maladie obligatoire
- Une couverture sous-optimale avec plus de 50 % des femmes pas ou trop peu souvent dépistées, et environ 40 % des femmes dépistées trop fréquemment. Seulement 10 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé.



Ce document présente les points essentiels des recommandations en santé publique
« État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France »
Recommandations en santé publique - juillet 2010

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr

ANNEXE IV : Lettre et questionnaire envoyés aux professionnels

THIERIOT Lise
3 rue de Lucey
54 630 Flavigny sur Moselle
Mail : lise.thieriot@gmail.com
Tel : 06.45.92.84.55

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5^{ème} année à l'école de sage-femme de Nancy, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude une étude des pratiques professionnelles en matière de frottis cervico-utérin (FCU). Afin de pouvoir réaliser cette dernière je vous fais parvenir un questionnaire qui est à compléter par les sages-femmes, gynécologues-médicaux et gynécologues-obstétriciens réalisant des frottis cervico-utérin dans le cadre de leurs pratiques. Votre contribution est essentielle à la réalisation de cette étude ainsi qu'à l'obtention de mon Diplôme, c'est pourquoi à la suite de ma soutenance je tiendrai à votre disposition ses résultats.

Les données collectées sont anonymes et serviront uniquement dans le cadre de cette étude.

Je vous joins également une enveloppe pré-timbrée afin que vous puissiez me retourner le questionnaire pour le 30 Septembre.

En vous remerciant pour votre contribution, recevez, Madame, Monsieur, mes plus respectueuses salutations.

THIERIOT Lise
Etudiante sage-femme, 5^{ème} année, NANCY

Questionnaire de mémoire :

Evaluation des pratiques professionnelles en matière de FCU

<p>1 - Profession :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sage-femme<input type="checkbox"/> Gynécologue médical<input type="checkbox"/> Gynécologue obstétricien
<p>2 - Mode d'exercice :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hospitalier<input type="checkbox"/> Libéral <p>3-Si vous exercez en milieu hospitalier, existe-il une politique d'établissement à laquelle vous vous référez ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non
<p>4- En quelle année avez-vous commencé à pratiquer le suivi gynécologique de prévention ?</p>
<p>5 - Avez-vous suivi des formations complémentaires concernant le suivi gynécologique de prévention et/ou les cancers gynécologiques ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non <p>6 - Si oui, lesquelles et quand ?</p>
<p>7 - En règle générale, à partir de quel âge commencez-vous à réaliser des FCU ?</p> <p>8 - Quels critères vous amènent à réaliser des FCU plus tôt que l'âge recommandé ?</p> <p>9 - Quels critères vous amènent à réaliser des FCU plus tard que l'âge recommandé ?</p>

10 – Après obtention de 2 FCU normaux, à quel rythme réalisez-vous les FCU ?

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- Moins de 1 an (à préciser) :

11 - Quels critères vous amènent à réaliser **plus souvent** que recommandé un FCU ?

12 - Quels critères vous amènent à réaliser des FCU **moins souvent** que recommandé ?

13 - Profitez-vous du suivi de grossesse afin d'initier le dépistage du cancer du col par FCU chez les femmes en âge de l'être ?

- Oui
- Non

14 – Jusqu'à quel âge gestationnel (en SA) réalisez-vous le FCU ?

Titre du mémoire

*Dépistage du cancer du col de l'utérus :
Evaluation des pratiques professionnelles de 81 professionnels de Meurthe et Moselle
en septembre 2016*

Résumé

Introduction : En France, la stratégie de dépistage mise en place pour la prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la réalisation de FCU tous les 3 ans à partir de 25 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle. En 2013, la HAS rapporte que seul 8 % des femmes se font dépister dans l'intervalle recommandé. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les pratiques professionnelles des gynécologues et sages-femmes en matière de réalisation de FCU en fonction des recommandations de la HAS.

Méthode : Une étude observationnelle, descriptive et transversale a été réalisée par questionnaire auprès de 81 gynécologues et sages-femmes de Meurthe et Moselle.

Résultats : La majorité des professionnels inclus réalise le dépistage par FCU à partir de 25 ans, le renouvelle tous les 3 ans et profite de la grossesse pour initier le dépistage. Il existe un risque moins important d'être dépisté avant 25 ans par une sage-femme que par un gynécologue. Les critères mis en avant pour une réalisation plus précoce sont : partenaires multiples et précocité des rapports. Ceux mis en avant pour une réalisation plus fréquente sont : col non sain à l'examen et FCU pathologique.

Discussion : les sages-femmes et gynécologues de Meurthe et Moselle sont respectueux des recommandations en terme d'âge et d'intervalle de réalisation du dépistage par FCU. Les motifs de réalisations précoces et plus fréquentes retenus par les professionnels ne sont pas ceux retenus par la HAS.

Mots clés (3)

Frottis cervico-utérin, sages-femmes, gynécologues, évaluation des pratiques professionnelles