



**HAL**  
open science

# Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Géraldine Gauwin

► **To cite this version:**

Géraldine Gauwin. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00746618

**HAL Id: dumas-00746618**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00746618v1>**

Submitted on 29 Oct 2012

**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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE  
ROUEN

Année 2012

N°

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**  
**MEDECINE GENERALE**

**Les freins rencontrés par les médecins généralistes  
dans le dépistage du cancer  
du col de l'utérus.**

Enquête auprès des maîtres de stage de Haute-Normandie

**Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2012**

Par Géraldine GAUWIN  
née le 05 novembre 1985 à Calais

Président du jury : Professeur CZERNICHOW

Directeur de thèse : Docteur GANIER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012  
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

---

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M <sup>le</sup> MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS**

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER ( <i>Surnombre</i> )	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie

M. Philippe <b>DENIS (Surnombre)</b>	HCN	Physiologie
M. Jean <b>DOUCET</b>	HB	Thérapeutique/Médecine- Interne -Gériatrie.
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
M. Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie Orthopédique Traumatologique
M. Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie-Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel <b>GODIN</b>	HB	Néphrologie
M. Philippe <b>GRISE</b>	HCN	Urologie
M. Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc <b>KUHN</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain <b>LAVOINNE</b>	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier <b>LE LOET</b>	HB	Rhumatologie
M. Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric <b>MALLET (Surnombre)</b>	HCN	Pédiatrie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	ORL
M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis <b>MICHOT</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno <b>MIHOUT</b>	HCN	Neurologie

M. Pierre-Yves <b>MILLIEZ</b>	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc <b>PERON</b>	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
M. François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>Mise en dispo</i> )	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence <b>THIBAUT</b>	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
M. Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. François <b>TRON</b> ( <i>Surnombre</i> )	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre <b>VERA</b>	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
M. Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition

M. Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mme Catherine <b>HAAS-HUBSCHER</b>	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
M. Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie <b>MARECHAL-GUYANT</b>	HCN	Neurologie
M. Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
M. Francis <b>ROUSSEL</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. Eric <b>VERIN</b>	HCN	Physiologie

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

M. Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
M. Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

#### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mme Michèle <b>GUIGOT</b>	UFR	Sciences humaines - Techniques d'expression

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
M. Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
M. Jean <b>COSTENTIN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Marc <b>VASSE</b> (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b> (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAÎTRES DE CONFERENCES

Mle Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mle Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
M. Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mle Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Roseline <b>DUCLÓS</b>	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
M. Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mle Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
M. Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
M. Paul <b>MULDER</b>	Sciences du médicament

M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
M. Rémi <b>VARIN</b> (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

### **PROFESSEUR ASSOCIE**

M. Jean-Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
------------------------------	-------------

### **MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE**

Mme Sandrine <b>PANCHOU</b>	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Anne-Marie <b>ANZELLOTTI</b>	Anglais
----------------------------------	---------

### **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Bérénice <b>COQUEREL</b>	Chimie Analytique
M. Johann <b>PELTIER</b>	Microbiologie

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :**

Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB -Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation



### III – MEDECINE GENERALE

#### **PROFESSEURS**

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :**

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :**

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

## LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M. Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
M Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
M. Jean <b>COSTENTIN</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
M. Jean-Louis <b>PONS</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
M. Marc <b>VASSE</b>	Hématologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### MAÎTRES DE CONFERENCES

M. Sahil <b>ADRIOUCH</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b>	Physiologie (Unité Inserm 644)

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario <b>TOSI</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei <b>FETISSOV</b>	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su <b>RUAN</b>	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**A notre Président de Jury,**

Monsieur le Professeur CZERNICHOW,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

**Aux Membres de notre Jury,**

Monsieur le Professeur MERCIER

Vous avez accepté sans aucune hésitation de juger notre travail.

Soyez assuré de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur MACE

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir ici le témoignage de notre profond respect.

**A ma Directrice de thèse,**

Mme le Docteur GANIER

Tu m'as accordé ta confiance et tu m'as soutenue.

Tu m'as consacré du temps et tu m'as fait partager ton expérience. Pour toutes ces raisons je ne peux que te remercier.

Je tenais aussi à te dire que j'avais apprécié de travailler à tes côtés, d'abord au cabinet puis dans le cadre de cette thèse.

**A tous les médecins qui ont répondu à ce questionnaire,**

Merci pour le temps que vous avez bien voulu me consacrer.

**A mes maîtres de stage,**

MM les Dr GANIER, LAGAUDE-FIQUET, JULIENNE et BERJONNEAU qui m'ont fait aimer la médecine générale.

**A mes parents,**

Vous avez tout le temps cru en moi. Vous avez toujours su être présents lorsque j'en avais besoin.

Si j'arrive enfin à la fin de ces longues études, c'est en grande partie grâce à votre soutien.

**A mon frère et ma belle-sœur,**

Pour votre écoute et votre soutien, et pour m'avoir permis de faire mes premières expériences de remplaçante dans votre cabinet.

**A ma sœur,**

Pour ton soutien pendant ces études et pour ta contribution à la bonne présentation de ce travail.

**A mon mari,**

Tu m'as soutenue et supportée depuis le concours de l'internat jusqu'à l'aboutissement de cette thèse.

Merci pour ta présence rassurante à mes côtés et pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

**Merci à mes amis de la faculté libre de médecine de Lille,**

pour ces 6 années de bonheur et d'amitié



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »*

# TABLE DES MATIERES

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	p17
<b><u>Première Partie : INFECTION A HPV ET CANCER</u></b>	p18
<b>I. Les papillomavirus humains (HPV)</b>	p19
<b>II. Histoire naturelle de l'infection</b>	p20
A. Mode de transmission	p20
B. Pathologies bénignes	p20
C. Pathologies malignes	p21
<b>III. Epidémiologie du cancer du col utérin</b>	p23
<b><u>Deuxième Partie : DEPISTAGE ET PREVENTION</u></b>	p25
<b>I. Le dépistage</b>	p26
A. Le frottis cervico-utérin	p26
B. Le test HPV	p27
C. Etat des lieux du dépistage en France	p28
<b>II. La vaccination</b>	p32
A. Principes	p32
B. Vaccination et dépistage	p34
<b><u>Troisième Partie : ENQUETE AUPRES DES MAÎTRES DE STAGE DE HAUTE-NORMANDIE</u></b>	p36
<b>I. Objectif</b>	p37
<b>II. Méthode</b>	p37
A. Population étudiée	p37
B. Elaboration du questionnaire	p37
C. Diffusion du questionnaire	p38
D. Analyse des données	p38
<b>III. Résultats</b>	
A. Participation	p39
B. Caractéristiques des médecins interrogés et pratique gynécologique	p39
C. Comparaison des populations « frottis non » et « frottis oui »	p43
1. « Frottis non »	p43
2. « Frottis oui »	p48
D. Comparaison de variables	p53
1. Population générale	p53
2. Chez les médecins pratiquant le FCU	p54



## **Quatrième Partie : DISCUSSION**

p55

<b>I.</b>	<b>Les freins au dépistage</b>	p56
A.	Les contraintes organisationnelles	p56
1.	Manque de temps	p56
2.	Les motifs multiples de consultation	p56
B.	Le manque de formation	p57
C.	Prix, cotation et matériel	p57
D.	Freins liés à la patiente	p57
1.	Négligence dans le suivi gynécologique	p58
2.	Pudeur et crainte de l'examen	p58
3.	Manque d'information ou mauvaise information	p59
4.	Méconnaissance de la possibilité du médecin généraliste à faire de la gynécologie	p59
5.	Conditions socio-économiques défavorables et obstacles culturels	p60
E.	Gestion des frottis anormaux et changements dans les recommandations	p61
F.	Freins liés au médecin	p62
1.	Gêne de la part du médecin	p62
2.	La motivation	p62
G.	Autres	p62
<b>II.</b>	<b>Les moyens de surmonter les obstacles</b>	p63
A.	Développer et améliorer l'information	p63
B.	Dédier des consultations au dépistage	p64
C.	Une meilleure rémunération de l'acte	p64
D.	Formation à la réalisation du prélèvement	p64
E.	Diversifier les lieux de réalisation du frottis, auto-prélèvements	p65
F.	Le dépistage organisé	p66
G.	Autres	p69
<b>III.</b>	<b>Les biais</b>	p70
A.	Questions et diffusion du questionnaire	p70
B.	Biais de recrutement	p70
C.	Echantillon	p70
D.	Limites de l'étude	p71

## **CONCLUSION**

p72

## **BIBLIOGRAPHIE**

p75

## **GLOSSAIRE**

p81

## **ANNEXES**

p83

# INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est au deuxième rang des cancers de la femme dans le monde en terme d'incidence et au premier rang en terme de mortalité, principalement dans les pays en voie de développement.

En France, il est le huitième cancer féminin avec une incidence de 3400 nouveaux cas par an et une mortalité de 1000 par an. [1]

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005 (-2,9% par an en moyenne). Sur la même période, le taux de mortalité a diminué en moyenne de 4,0 % par an. Mais, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000. [1]

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est une démarche de prévention secondaire universellement jugée comme efficace et recommandée dans la plupart des pays développés. Il repose sur un test de dépistage cytologique, le Frottis Cervico Utérin (FCU).

En France, il est recommandé de réaliser un FCU à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, tous les 3 ans, après deux FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle.

Le dépistage est individuel, c'est-à-dire à l'initiative du médecin ou de la patiente, sauf dans cinq départements où des programmes de dépistage organisé ont été mis en place.

Les nouveaux vaccins dirigés contre certains types de papillomavirus sont des vaccins uniquement préventifs. Les vaccins prévenant les infections par les Papillomavirus humains (HPV) oncogènes 16 et 18 viennent en complément du dépistage par le FCU et ne peuvent s'y substituer.

Les volumes de FCU réalisés au niveau national correspondraient à une couverture du dépistage de près de 90 % si toutes les femmes concernées ne faisaient qu'un seul FCU de dépistage tous les trois ans. Il existe de grandes inégalités dans le dépistage. Certaines femmes bénéficient d'un suivi trop rapproché tandis que d'autres échappent totalement au dépistage.[2]

Les populations les moins touchées par le dépistage en France sont les femmes ménopausées et les classes socio économiquement défavorisées. Les mieux dépistées sont les femmes jeunes et actives. [3]

De nombreux facteurs influencent la participation au dépistage et les freins sont de trois types : les freins liés à la patiente, les freins liés à l'accès aux soins et aux professionnels de santé et enfin les freins liés à l'examen de dépistage lui-même et à l'organisation du dépistage.

Si les facteurs principaux de la participation au dépistage résident dans l'accès aux soins et les facteurs socio-économiques, le fait d'être incitée au dépistage par un professionnel avec lequel une relation de confiance a déjà été établie est un facteur essentiel. La place des médecins généralistes dans le dépistage des cancers féminins est en ce sens déterminante.

Les conditions actuelles d'exercice ne facilitent pas la réalisation d'actes comme le FCU en cabinet de médecine générale.

Les patientes sont le plus souvent orientées vers un spécialiste ou un laboratoire de biologie médicale pour la réalisation du FCU.

L'étude menée ici a pour but de décrire les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et de nous interroger sur les possibilités d'amélioration du dépistage au niveau du médecin généraliste.

**Première Partie :**

**INFECTION A HPV ET CANCER**

# **I. Les papillomavirus humains**

Les HPV constituent une famille avec plus de 200 variétés différentes dont une quarantaine environ présente un tropisme marqué pour les muqueuses ano-génitales. [4]

La capside virale, sorte de coque qui protège le contenu du virus, est faite d'un assemblage de 72 briques protéiques dénommées « capsomères ». Les capsomères sont formés de deux types de protéines dites L1 et L2 : c'est contre la protéine L1 que sont dirigés les vaccins HPV.

La capside renferme le génome viral qui est constitué d'ADN. [4]

On distingue donc 2 classes parmi les HPV :

- les HPV à haut risque (*HPV-HR*), ou à potentiel oncogène, qui seuls peuvent être à l'origine de lésions précancéreuses puis cancéreuses du col utérin. Les plus répandus sont notamment le 16, 18, 31, 45.

- les HPV à bas risque (*HPV-LR*), non oncogènes, qui sont exclusivement responsables de condylomes génitaux bénins ou condylomes acuminés, c'est-à-dire de lésions très contagieuses mais sans gravité potentielle. Il s'agit surtout des types 6 et 11.

Classification des types d' HPV : [5]

Haut risque oncogène	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
Haut risque probable	26, 53, 66, 68, 73, 82
Faible risque oncogène	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108

## II. Histoire naturelle de l'infection

Le cancer du col de l'utérus est une maladie d'évolution lente sur 10 à 20 ans dans la grande majorité des cas. Le lien entre une infection persistante à HPV oncogène et le cancer du col utérin est aujourd'hui bien reconnu.

### A. Mode de transmission

Les HPV ont pour cible les kératinocytes basaux des épithéliums malpighiens pluristratifiés. Ils arrivent à leur cible grâce à une brèche de cet épithélium (micro- ou macro-traumatisme), habituellement au cours d'un rapport sexuel. La transmission sexuelle se fait essentiellement par contact direct entre muqueuses génitales.

Le préservatif ne protège pas contre toutes les infections à papillomavirus. Toutefois, une étude récente montre que son utilisation systématique lors des pénétrations permet de réduire significativement (70%) l'incidence de l'infection. [4]

La contamination demeure néanmoins possible en l'absence de pénétration : le virus HPV n'est pas présent dans le sperme, mais on le trouve non seulement sur le gland, le fourreau de la verge et dans la cavité cervico-vaginale, mais aussi dans les cellules épidermiques de la région cutanée périnéale. D'autres modes de transmission beaucoup moins fréquents ont été décrits (périnatal, auto-contamination, objets souillés...).

Il est extrêmement facile d'être contaminé, et ce, le plus souvent, dès les premières relations sexuelles : il a été estimé que 70% environ des femmes seront en contact avec le virus lors de leur vie sexuelle et que le taux d'acquisition d'une infection HPV est particulièrement élevé au début de la vie sexuelle, avec une incidence cumulée de plus de 40% de positivité à trois ans chez des femmes initialement HPV négatives. [4]

L'infection à HPV est une des trois principales infections sexuellement transmissibles (IST), avec les infections à *Chlamydia trachomatis* et les infections à *Trichomonas vaginalis*. Elle est la première IST d'origine virale avant l'herpès génital.

Les facteurs favorisant la transmission de HPV sont les mêmes que pour les autres IST [1, 6] :

- partenaires sexuels multiples,
- faible intervalle entre deux partenaires différents,
- jeune âge au premier rapport.

L'acquisition d'un virus HPV est donc un événement fréquent et banal chez toute femme sexuellement active.

### B. Pathologies bénignes

Dans la très grande majorité des cas, l'infection HPV est transitoire et sans lendemain.

La disparition du virus s'observe dans : [4]

- environ 70% des cas au bout d'un an,
- dans 70 à 90 % en deux ans,
- plus de 90 % en trois ans.

Pendant cette période le virus ne se manifeste d'aucune façon et ne donne aucune lésion identifiable.

Dans certains cas, dépendant de l'hôte ou du type viral, l'Acide DésoxyriboNucléique (ADN) viral peut persister sous forme épisomale à l'état latent et :

- soit évoluer vers une infection productive lors d'une réactivation,

- soit persister sous forme intégrée au génome cellulaire et entraîner ensuite l'apparition de dysplasies puis de cancer.

Parmi les lésions liées à l'infection HPV productive, les condylomes acuminés sont très fréquents, tout à fait bénins et sans aucun potentiel d'évolution défavorable. Ils sont exclusivement liés à des HPV à bas risque et surtout aux HPV 6 et 11 dans plus de 90 % des cas [7]. Leur contagiosité est élevée, le risque de transmission après un seul contact sexuel étant de 60 à 70 %. Le délai d'apparition des lésions est de 2 à 8 mois.

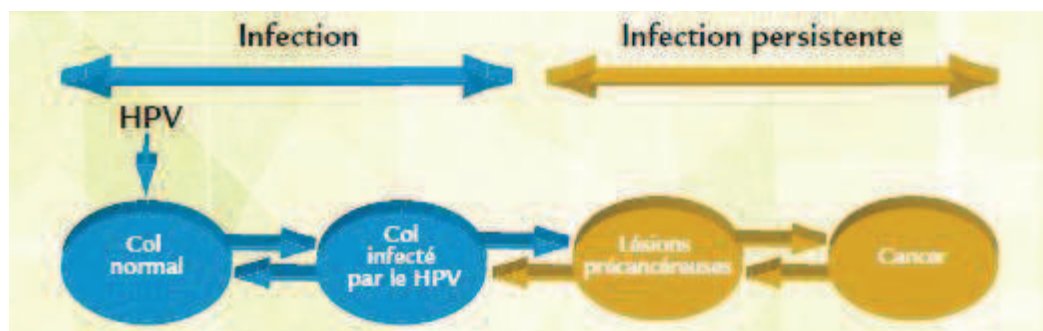
Spontanément, leur évolution se fait souvent vers l'extension en nombre et en taille, avec un pénible retentissement psychologique sur la qualité de vie sexuelle. Le taux de récurrence après traitement (physique ou chimique) est élevé : de l'ordre de 30%.

### C. Pathologies malignes

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus se déroule selon un continuum lésionnel de lésions histologiques précancéreuses (néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN, codifiées en trois stades de gravité croissante : CIN 1 à 3), faisant suite à la persistance de l'infection par un HPV à haut risque.

L'apparition d'un cancer nécessite le passage par des lésions précancéreuses (CIN), laissant donc une fenêtre d'opportunité importante pour la prévention du cancer. Pour chaque grade de lésion cervicale précancéreuse (CIN 1, CIN 2 ou CIN 3), il existe une probabilité de régression (de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion) vers un épithélium normal et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé. [8]

*Figure 1. Histoire naturelle de l'infection à HPV*



*Probabilités moyennes de régression, de persistance et d'évolution des CIN [9] :*

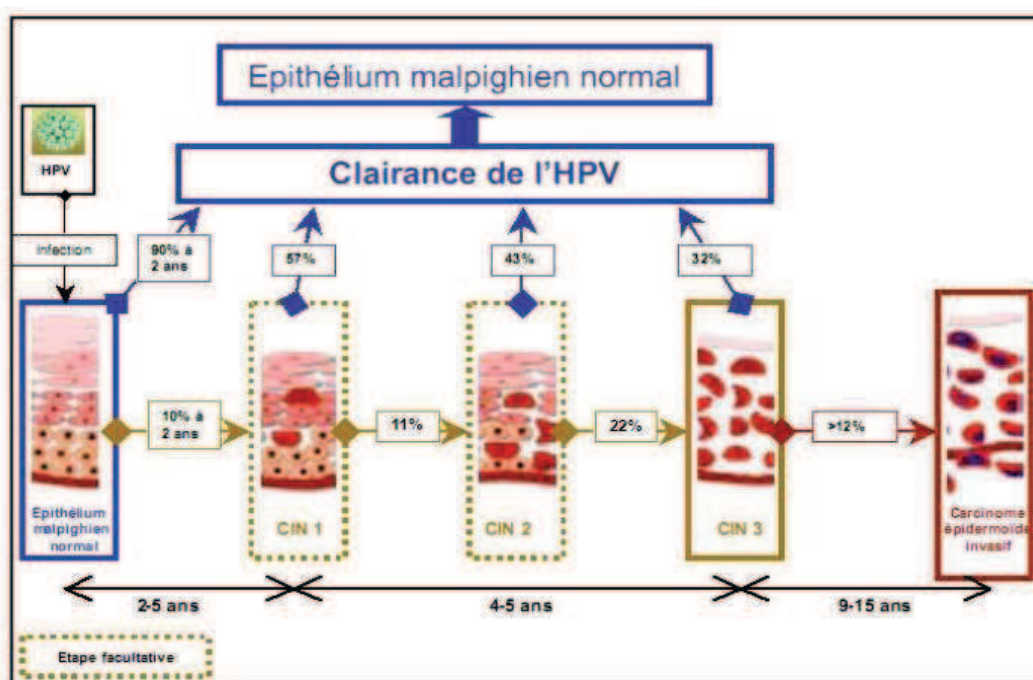
Lésion	Régression	Persistance	Progression vers une CIN supérieure	Progression vers un cancer invasif
CIN 1	57 %	32 %	11 %	1 %
CIN 2	43 %	35 %	22 %	5 %
CIN 3	32 %	< 56 %	-	> 12 %

Le cancer invasif se développe environ 15 à 25 ans après l'acquisition de l'infection. Le passage du stade de l'infection à une CIN 1 met entre 2 et 5 ans. Puis 4 et 5 ans s'écoulent entre la CIN 1 et la CIN 3. Enfin, le passage de la CIN 3 au carcinome invasif met entre 9 et 15 ans [9].

Plusieurs facteurs sont considérés comme des indicateurs pronostiques pour le développement synchrone ou métasynchrone de néoplasies cervicales. Les types viraux, l'âge, la persistance et la charge virale sont parmi les plus importants [8] :

- *L'âge* : la persistance augmente avec l'âge des patientes. La clairance virale diminue significativement au-delà de 30 ans. La majorité des infections à HPV sont transitoires avant 35 ans et la proportion des femmes concernées par cette infection après 35 ans est celle qui a une infection persistante par les HPV à risque et pour lesquelles une lésion cervicale actuelle ou future a une forte probabilité d'être détectée. Le pic de détection de l'ADN des HPV est observé entre 20 et 24 ans et après 35 ans, les taux sont de moins de 10%.
- *Typage viral* : certains génotypes à haut risque sont prédictifs d'un développement tumoral (HPV 16 ou 18).
- *Persistance virale* : le risque de développer une lésion de haut grade est corrélé à la persistance de l'infection HPV à risque alors que la régression est plus souvent corrélée à l'absence d'HPV à risque.
- *Charge virale* : une charge virale élevée est un indicateur de CIN sous-jacente.
- *Facteurs liés à l'hôte* :
  - précocité des premiers rapports et multiplicité des partenaires,
  - statut immunitaire : déficit immunitaire constitutionnel ou acquis, la grossesse comme situation induisant une immunodépression relative favorise le développement des lésions et la multiparité en accroît le risque,
  - prédispositions génétiques.
- *Autres facteurs* :
  - tabagisme: le risque relatif de carcinome cervical est multiplié par 7 chez les femmes fumant plus de 20 cigarettes par jour,
  - prise prolongée d'oestrogénostatifs (supérieure à 5ans),
  - co-infections à herpès simplex 2 et à *Chlamydia*,
  - facteurs diététiques, sociodémographiques, carcinogènes environnementaux.

Figure 2. Histoire Naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus [9].



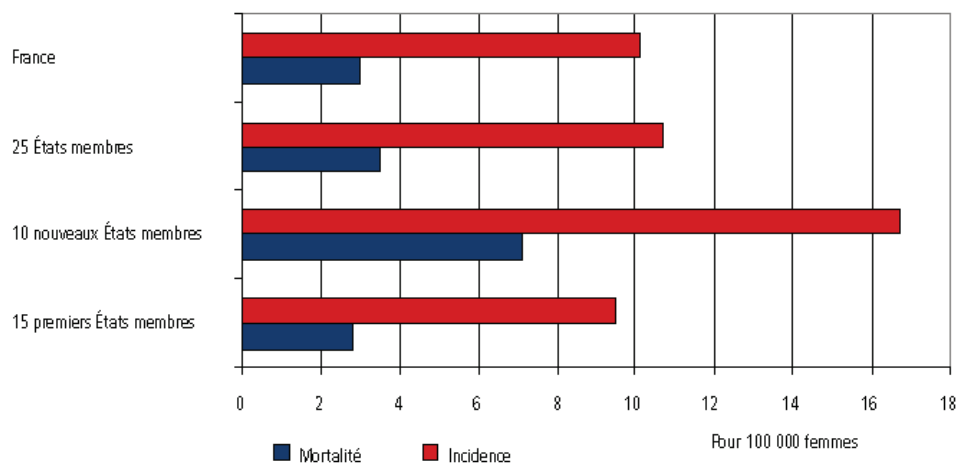
### III. Epidémiologie du cancer du col utérin

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme avec plus de 500 000 nouveaux cas estimés en 2005 [1]. Le cancer du col de l'utérus a provoqué, en 2005, près de 260 000 décès dont près de 95 % dans les pays en développement. L'incidence est inégale selon les pays avec 83% des nouveaux cas situés dans les pays en voie de développement.

Dans l'Union européenne, en 2004, il a été estimé à 30 400 le nombre de nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus et à 13500 le nombre de décès dus à ce cancer. [1]

À l'exception du Danemark, l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus dans les pays de l'Union européenne varie entre 5 et 10 pour 100 000. Les variations d'incidence sont liées principalement aux différences d'accès au dépistage. En Finlande, où le dépistage est organisé depuis plusieurs années, les taux d'incidence sont proches de 4 pour 100 000. [9]

*Figure 3. Taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus (cancer invasif et micro-invasif) – Europe (standardisation sur la population mondiale). [9]*



En France, avec 3 068 cas estimés en 2005, le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer féminin en nombre de nouveaux cas. C'est le quinzième le plus meurtrier avec 1 067 décès estimés en 2005.

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005, avec un taux annuel moyen de décroissance de 2,9 %. Dans le même temps, la mortalité a diminué en moyenne de 4 % par an (figure 4). Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2005. [1]

La répartition par âge de l'incidence des cancers du col utérin indique une fréquence croissante de cette pathologie à partir de 20 ans avec un pic chez les femmes de 40 ans, suivie d'une diminution jusqu'à 50 ans. L'incidence se stabilise alors jusqu'aux âges les plus avancés [9]. La médiane d'âge lors du diagnostic du cancer du col de l'utérus en France est de 51 ans en 2000 [6].

La mortalité est faible avant 70 ans (5 pour 100 000) elle augmente ensuite chez les femmes de plus de 85 ans.

L'incidence augmente jusqu'à 40 ans et la mortalité jusqu'à 50 ans. [9] (Figure 5)



Figure 4. Tendances chronologiques des taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus [1].

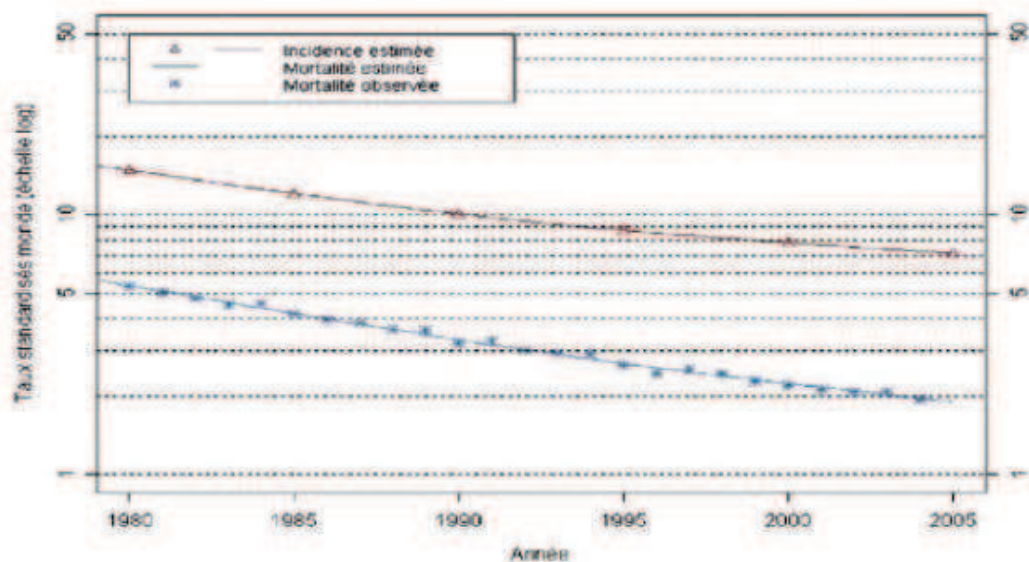
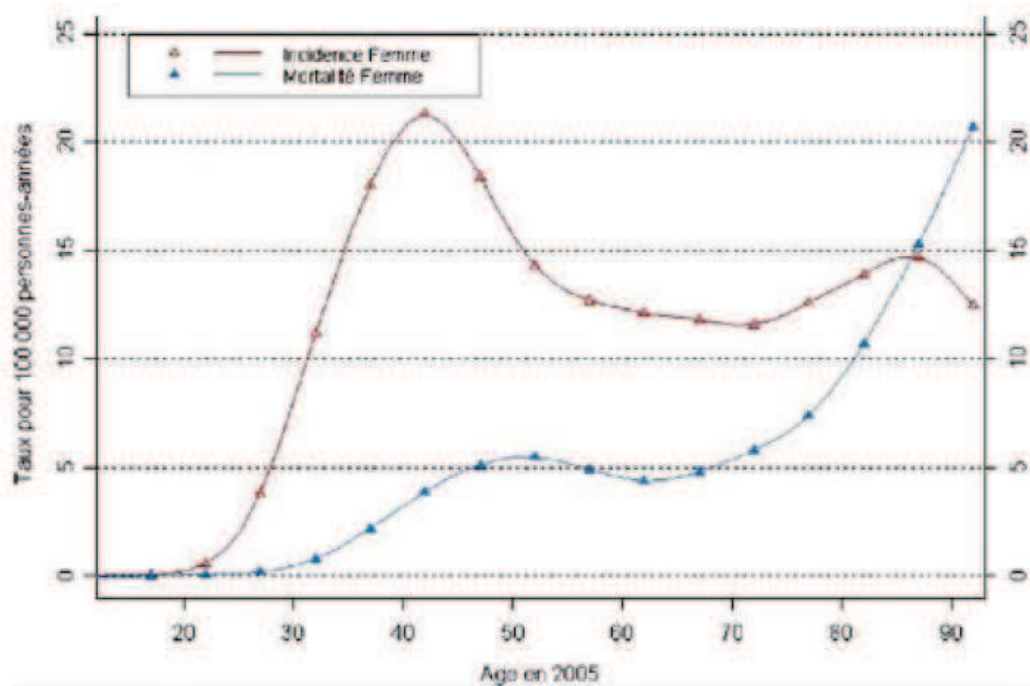


Figure 5. Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 – France. [1]



**Deuxième Partie :**

**DEPISTAGE ET PREVENTION**

# I. Le dépistage

## A. Le frottis cervico-utérin

Le dépistage du cancer du col utérin présente un intérêt majeur pour la prévention et le traitement car son évolution est lente et donc facilement détectable avant des stades graves et avancés.

Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus repose sur un examen cytologique : le FCU.

En France, il est recommandé aux femmes de 25 à 65 ans d'effectuer un FCU tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle. Ces recommandations s'appuient sur la conférence de consensus de Lille de 1990 [10] et sur des publications successives de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) devenue Haute Autorité de Santé (HAS) [11, 12].

Il consiste en un prélèvement de l'exocol puis de l'endocol, avec une *cervex Brush* ou une spatule d'Ayre, en prenant bien soin de prélever au niveau de la zone de jonction entre l'exocol et l'endocol (zone de développement de la dysplasie).

Le prélèvement est ensuite étalé puis fixé sur une lame (frottis conventionnel) ou mis en suspension dans un liquide (frottis en milieu liquide).

Certaines conditions préalables au prélèvement sont à connaître :

- à distance des règles et d'un rapport sexuel
- en dehors de toute infection ou traitement local
- chez la femme ménopausée, il pourra être effectué après un traitement oestrogénique
- éviter l'usage de lubrifiant et un toucher vaginal préalable

Ces prélèvements sont ensuite interprétés dans une structure d'anatomo-cytopathologie, qui détermine le type et le degré de gravité de l'anomalie cytologique éventuelle.

L'interprétation du FCU par les anatomo-cytopathologistes se base actuellement sur le système de Bethesda 2001, le seul recommandé en France (*cf. annexe 1*)

En cas de frottis anormal (présence d'anomalies cytologiques), il est nécessaire de réaliser des tests diagnostiques (frottis cervico-utérin de contrôle, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation diagnostique, test HPV, biopsie) souvent accompagnés d'un examen histologique. Les arbres décisionnels en fonction des anomalies cytologiques ont été publiés par l'ANAES en 2002 [12]. (*cf annexe 2*)

Le frottis conventionnel est incontestablement un outil efficace de dépistage. Cependant, sa sensibilité est  $< 70\%$  [9]. En d'autres termes, un frottis normal ne signifie pas toujours un col normal.

La qualité du prélèvement est essentielle pour les 2 méthodes.

La technique du frottis en milieu liquide entend améliorer la sensibilité du frottis en améliorant les processus de prélèvement et de préparation des cellules. Le frottis en milieu liquide permet notamment l'utilisation du matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques, en particulier la détection de l'ADN du HPV [13].

D'après les données de 20 études (68 114 participantes) :

- le frottis en milieu liquide réduit le nombre des frottis non interprétables,
- une hausse du taux de colposcopies de 48 %,
- sensibilité de la cytologie en phase liquide : 81% ; sensibilité du frottis classique : 74%,
- spécificité de la cytologie en phase liquide : 83% ; spécificité du frottis classique : 87%.

En 2002, selon l'ANAES, les données disponibles ne sont pas suffisantes pour privilégier le frottis en milieu liquide en termes de sensibilité et surtout de spécificité. Le frottis en milieu liquide est plus coûteux que le frottis conventionnel. [12]

En décembre 2007, l'Académie Nationale de Médecine préconisait par contre cette technique [14].

## B. Le test HPV

La recherche d'HPV est réalisée par des techniques de biologie moléculaire, sur un prélèvement réalisé en plus du frottis cervico-utérin conventionnel, ou à partir du liquide résiduel d'un frottis en milieu liquide.

Des tests diagnostiques utilisant l'hybridation moléculaire *Hybrid Capture® 2* (HC 2) ou la PCR (Polymerase Chain Reaction) sont disponibles :

- le test HC 2 est commercialisé et simple d'utilisation ; il détecte un ensemble de virus à haut risque,
- la PCR permet le typage viral.

Les études réalisées en situation de dépistage primaire montrent [15] :

- sensibilité du test HPV variant de 88 à 98% pour la détection des ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) et de 96 à 100% pour les HSIL (High grade Squamous Intraepithelial Lesion),
- sensibilité du frottis variant respectivement de 42 à 78% pour la détection des ASCUS et de 60 à 86% pour les HSIL,
- spécificité du test HPV variant de 72 à 96% pour la détection des ASCUS et de 16 à 87% pour les HSIL,
- spécificité du frottis variant de 82 à 98% pour la détection des ASCUS et de 82 à 99% pour les HSIL.

Au total, il semble que la sensibilité du test HPV soit supérieure à celle du frottis mais de spécificité inférieure car il identifie également des infections transitoires qui ne sont pas associées à des lésions.

L'utilisation du test HPV associé au frottis cervico utérin a une valeur prédictive négative élevée, proche de 100 %.

Pour certains auteurs, son utilisation systématique permettrait peut-être d'élargir l'intervalle entre les tests avec une sensibilité augmentée par rapport au dépistage conventionnel.

Ce test est utilisable et remboursé depuis 2004 en France, uniquement pour trier les frottis évocateurs d'ASCUS qui se révèlent HPV-HR positifs dans 50 % des cas. Il n'existe actuellement pas de triage pour les frottis de type LSIL car la prévalence HPV dans ce cadre est très forte (>95%). Le test HPV s'avère aussi utile en cas de discordances entre la cytologie, la colposcopie et l'histologie. [16]

Seule la *Food and Drug Administration* (FDA) a approuvé l'utilisation du test HPV en association au frottis cervico-utérin dans le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus : il est réservé aux femmes de plus de 30 ans et ne doit pas être répété à un intervalle inférieur à 3 ans en cas de résultats négatifs de la cytologie et du test HPV.

L'*American Cancer Society* (ACS) et des experts européens (Eurogin) ont proposé le test HPV en association au frottis chez les femmes de plus de 30 ans. [15]

Une étude randomisée a été publiée en décembre 2003 (étude HART). [17]

Après un frottis conventionnel et un test HPV, les patientes étaient randomisées en cas de frottis ASCUS ou de test HPV positif avec une cytologie normale : soit colposcopie immédiate, soit surveillance par test HPV suivie d'une colposcopie à 6 ou 12 mois.

Cette étude confirmait que la persistance d'HPV était un bon marqueur de l'évolution des lésions et que la surveillance à 1 an à cause de la régression de l'infection aurait permis d'éviter des colposcopies chez les femmes ayant des frottis anormaux.

Malgré un nombre de patientes perdues de vue élevé dans cette étude, ce travail unique apporte des arguments tangibles pour proposer le test HPV en première intention dans le dépistage et la cytologie en deuxième intention en cas d'HPV positif.

Pour augmenter la spécificité du dépistage, on s'intéresse désormais au génotypage en particulier dans la population de dépistage frottis normal et HPV positif. Ces nouveaux tests permettent de détecter d'une part les HPV clairement oncogéniques et d'autre part leur persistance potentielle via la répétition ultérieure du génotypage et/ou par la détection de l'expression des transcrits oncogéniques (ARNm E6/E7 d'HPV-HR). [16]

Bien que le bénéfice du test HPV apparaisse évident dans le dépistage primaire, le risque potentiel d'un usage excessif ou inapproprié ne doit pas être négligé. La majorité des infections HPV à risque sont transitoires en particulier chez les femmes jeunes. Du fait d'une valeur prédictive positive très faible avant 30 ans, le test HPV n'est pas proposé à ces âges. L'autre risque d'une utilisation inadaptée du test concerne les femmes à frottis normal HPV positif. Certes, certaines auront des lésions muettes au frottis et seront ainsi repérées grâce à cette alerte. Mais d'autres n'auront qu'une présence transitoire du virus dont la connaissance peut être source d'anxiété, de stress, de perturbation dans le couple et de risque de surdiagnostic et de surtraitement. [8]

### **C. Etat des lieux du dépistage en France**

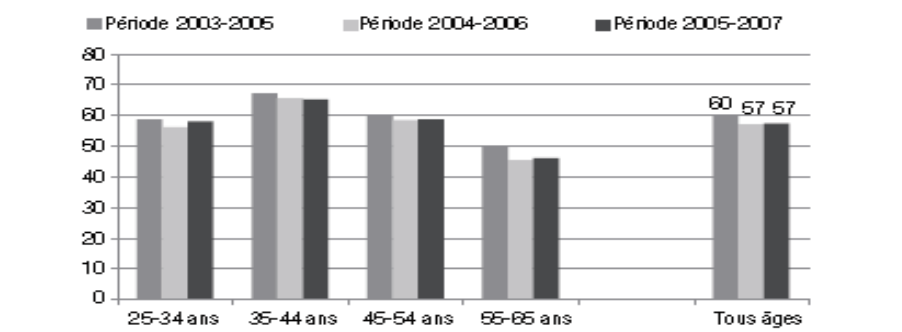
Nous l'avons vu, la décroissance du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus a tendance à se ralentir depuis 2005. Selon les recommandations en France à ce jour, une femme doit avoir, entre 25 et 65 ans, environ une quinzaine de frottis dans sa vie. Environ 2/3 des femmes ayant développé un cancer du col de l'utérus n'avaient pas respecté les règles du dépistage (pas de frottis ou intervalle trop long entre 2 frottis). [4]

Cinq à 6 millions de frottis sont réalisés chaque année dans notre pays pour une population cible d'environ 16 millions. Quatre-vingts pour cent des frottis réalisés le sont par la méthode traditionnelle du frottis conventionnel. Vingt pour cent des frottis sont réalisés en suspension liquide. [16]

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin, définie comme un frottis en trois ans, est fondée sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie. Elle porte sur les femmes de 25 à 65 ans pour les périodes 2003-2005, 2004-2006 et 2005-2007. Les données d'évolution montrent une légère baisse des taux de dépistage sur ces trois périodes. Globalement, 57,4% de ces femmes étaient dépistées par FCU pour la période 2005-2007. La couverture de dépistage est supérieure à 55% entre 25 et 54 ans, atteignant 65,3%

pour les femmes de 35 à 44 ans, mais chute en dessous de 50% après 55 ans pour cette même période. [18]

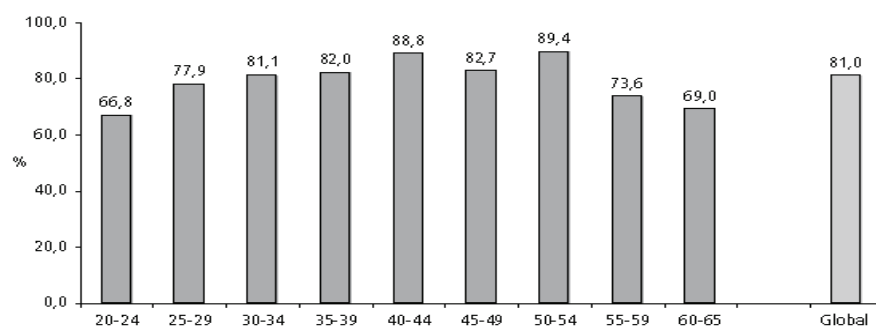
*Figure 6. Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico utérin chez les femmes de 25 à 65 ans (en %) [18]*



Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le Baromètre cancer 2005 [19], 83 % ont déclaré avoir eu un FCU au cours des trois dernières années. La proportion de femmes de cette tranche d'âge déclarant ne jamais avoir eu un frottis est de 5,8 %. La principale raison qu'elles avancent est qu'elles n'en ont pas besoin (53,1 %), ensuite qu'elles sont trop jeunes (17,1 % pour l'ensemble de la population et 24,1 % parmi les 18-29 ans), et enfin qu'elles n'ont pas le temps (12,8 % avec un maximum chez les 40-49 ans : 19,8 %).

Le recours déclaré au FCU au cours des trois dernières années varie avec l'âge : il dépasse 80 % entre 30 et 54 ans et est inférieur à 74 % dans les autres tranches d'âge.

*Figure 7. Couverture déclarée par FCU chez les femmes de 25 à 65 ans – Baromètre cancer 2005 [19]*



Il existe des disparités dans la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle.

Les caractéristiques les plus importantes associées à la réalisation du FCU au cours des 3 dernières années sont d'être âgée de moins de 50 ans (35 à 49 ans), le fait de vivre en couple, d'avoir un niveau supérieur au bac, d'être active, d'avoir des revenus plus élevés, de bénéficier d'une mutuelle, d'avoir des comportements de prévention et de santé, d'être suivie par un gynécologue, d'être sous contraception, de ne pas être ménopausée, ou d'avoir un traitement hormonal substitutif. [2]

A ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin. En France, depuis les années 90, cinq départements (4 structures de gestion) ont mis en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus puis ont été rejoints par neuf autres. Il s'agit d'initiatives locales. L'organisation comprend une structure de gestion chargée de la coordination au niveau local. Chaque structure de gestion a adopté une organisation différente (mode d'invitation, recueil des frottis, tranches d'âges...) étant donné qu'il n'y avait pas de cahier des charges national au moment de leur création.

En 2005, un cahier des charges national a été rédigé par le groupe technique national sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Le but de ce cahier des charges était notamment de rationaliser et d'homogénéiser l'organisation des structures de gestion, existantes ou à venir, en faveur du dépistage. Il contenait un volet évaluation qui recensait les indicateurs précoces d'impact, de qualité et d'efficacité nécessaires à l'évaluation des programmes existants. Ce volet a été mis à jour par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) en 2009.

En 2009, seules trois structures de gestion organisent le dépistage du cancer du col de l'utérus : l'Alsace (Bas-Rhin et Haut-Rhin), l'Isère et la Martinique, le Doubs ayant arrêté son programme fin 2004. [20]

*Figure 8. Les cinq départements ayant mis en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France [9]*

	Isère	Martinique	Bas-Rhin (67) Haut-Rhin (68)	Doubs
Ancienneté du programme	1991	1991	67: 1994   68: 2001	1993
Effectif / pop. cible (Insee 2003-2005)	142 454	120 182	480 706	Environ 152 000
Tranches d'âge cibles	50-74 ans	20-65 ans	25-65 ans	25-65 ans
Modalité d'invitation	Toutes les femmes tous les 2 ans	Toutes les femmes de 25-65 ans tous les 3 ans	Femmes n'ayant pas réalisé un FCU au cours des 3 dernières années	Femmes ayant déjà réalisé un frottis sont concernées

En Alsace, le programme a démarré en 1994 dans le Bas-Rhin et en 2001 dans le Haut-Rhin. Seules les femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas effectué un FCU dans les trois ans sont invitées à participer à un dépistage systématique. La population cible est estimée à environ 480 000 (Alsace), 286 000 dans le Bas-Rhin, 194 000 dans le Haut-Rhin. Il n'y a pas de possibilité de distinguer les frottis effectués suite à une invitation des autres frottis de dépistage, les frottis réalisés au cours de la campagne n'étant pas pris en charge à 100%.

Le taux de couverture permet de mesurer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus sur l'ensemble de la population cible du département [20].

Le taux de couverture sur 3 ans des 25-65 ans est de 64% dans le Bas Rhin et de 60,7% dans le Haut Rhin. Pour les 50-65 ans, ils sont respectivement de 55,1% et 55,6% [2].

En Isère, depuis 1991, les femmes âgées de 50 à 69 ans sont invitées à une consultation de dépistage des cancers du sein, du col utérin et colorectal chez leur médecin traitant tous les 2 ans ½ initialement, puis dans un second temps jusqu'à 74 ans avec un rythme tous les 2 ans ensuite. Les frottis et la consultation sont pris en charge à 100%.

Le taux de participation (adhésion de la population au programme de dépistage organisé) sur les années 2003-2004 est de 17,8% pour les 50-74 ans et 18% pour les 50-65 ans. Le taux de couverture estimé sur 2 ans en 2005 des 60-65 ans est de 66,4% [20].

En Martinique, depuis 1991, les femmes âgées de 25 à 65 ans sont invitées tous les 3 ans par l'assurance maladie à réaliser un frottis. Ce dépistage est pris en charge à 100%.

Le taux de participation sur les années 2002-2005 est de 13% chez les 25-65 ans et de 9,1% chez les 50-65 ans.

Le taux de couverture sur 3 ans (2002-2005) des femmes entre 20 et 65 ans est de 52,6% et de 39,2% pour celles entre 50-65 ans [20].

L'évaluation des 4 départements pilotes, par l'INVS en 2007, a abouti aux conclusions suivantes : [20]

- Malgré une participation au dépistage organisé assez faible, le taux de couverture sur 3 ans était plus élevé que le pourcentage national, en particulier dans les départements alsaciens et en Isère. Cette augmentation globale de la couverture de dépistage se distinguait de plus par son maintien à un niveau élevé après 50 ans alors que la moyenne nationale montre une baisse après cet âge.
- La qualité de prélèvement des frottis cervico-utérins, jugée sur le pourcentage de frottis non évaluables, est très bonne aussi bien en métropole qu'en Martinique, de même que la qualité de la lecture des FCU.
- Il a pu être démontré le poids important des lésions précancéreuses dans la pathologie cervicale par rapport au cancer : le dépistage, organisé ou non, a permis dans ces quatre départements, sur un volume total de 484 304 frottis, la détection de 139 cancers et de 1 823 lésions précancéreuses, certaines étant ou pouvant être des cancers *in situ* (adénocarcinome *in situ* AIS et une partie des CIN 3).
- A noter que la Martinique présente un contexte épidémiologique particulier. Le pourcentage de frottis anormaux est plus de deux fois celui habituellement retrouvé en métropole. Parallèlement, les taux de lésions histologiques sont extrêmement élevés par rapport à ceux retrouvés dans les départements métropolitains évalués : le taux de lésions cancéreuses est près de 3 à 7 fois celui retrouvé en Alsace pour la même tranche d'âge, le taux de lésions précancéreuses, quant à lui, est 9 fois plus important.

Cette première évaluation centralisée du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a permis à la fois d'analyser les résultats des programmes développés dans les différents départements et de les comparer pour les femmes de la tranche d'âge 50 à 65 ans, seule tranche d'âge commune aux quatre départements.

Cette évaluation montre que les structures de gestion du dépistage du cancer du col de l'utérus ont un rôle majeur à jouer : d'une part, pour augmenter le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus et d'autre part, pour contribuer à la surveillance prospective de l'évolution des lésions précancéreuses et cancéreuses, en particulier dans le contexte de la mise sur le marché des vaccins antipapillomavirus humains oncogènes.



## II. La vaccination

### A. Principes

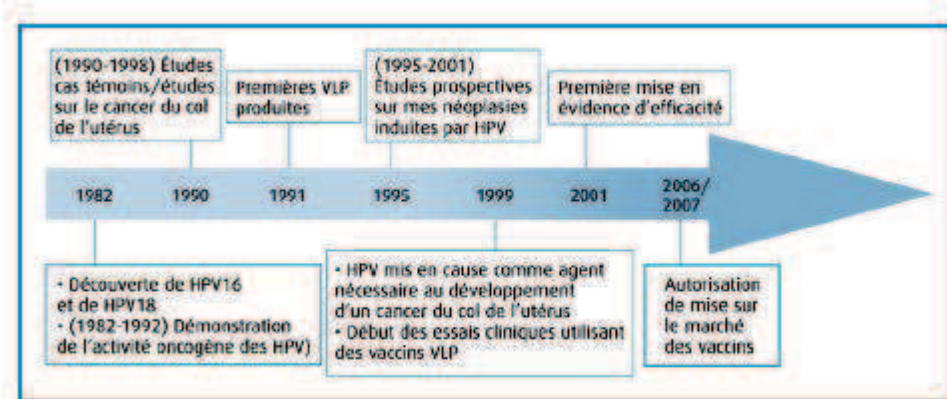
Deux vaccins prophylactiques recombinants dirigés contre certains papillomavirus humains ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France :

- un vaccin recombinant quadrivalent dirigé contre les HPV de génotypes 6, 11, 16 et 18 (Gardasil®)
- un vaccin recombinant bivalent dirigé contre les HPV de génotypes 16 et 18 (Cervarix®)

Les vaccins papillomavirus sont des vaccins recombinants, composés de protéines L1 de la capside sous forme de pseudo-particules virales ou *Virus-Like Particles (VLP)* entraînant la synthèse d'anticorps neutralisants.

Il s'agit de vaccins prophylactiques dont le but est de stimuler les acteurs de l'immunité et d'empêcher le virus d'atteindre sa cible et/ou le détruire très vite avant qu'il n'ait le temps d'infecter les kératinocytes.

*Figure 9. Développement des vaccins HPV à base de pseudoparticules virales (VLP). [8]*



Les génotypes 6, 11, 16 et 18 ont été choisis en raison de leur prévalence élevée (70%) à travers le monde. Une immunisation croisée a été observée contre certains génotypes non contenus dans le vaccin, mais il n'y a pas de données suffisantes pour conclure à une efficacité clinique sur la prévention des lésions associées à ces virus.

L'immunité conférée par les VLP est systématique et très élevée, beaucoup plus intense que celle induite par une infection naturelle.

Ces vaccins préventifs sont indiqués pour la prévention des lésions précancéreuses cervicales (Gardasil®, Cervarix®), des lésions précancéreuses de la vulve et du vagin, des lésions génitales externes (condylomes acuminés) (Gardasil®) liées à un papillomavirus humain contenu dans les vaccins respectifs.

Selon les avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) le 9 mars 2007 [21] et du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) le 14 décembre 2007 [22], les recommandations vaccinales contre les papillomavirus sont les suivantes :

- la vaccination des jeunes filles de 14 ans, avant qu'elles ne soient exposées au risque de l'infection HPV
- la vaccination de rattrapage proposée aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle, proposition qui pourrait être faite à l'occasion d'une primo-

prescription de contraception, d'un recours à une pilule du lendemain, d'une consultation pour tout autre motif.

Selon l'avis du HCSP du 17 décembre 2010 [23], il n'y a plus lieu de recommander de façon préférentielle l'un des deux vaccins dans le cadre de la stratégie de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans. En effet, les deux vaccins ont montré leur effet protecteur contre les lésions CIN 2 ou plus liées aux génotypes 16 et 18.

L'efficacité de Gardasil® a été évaluée au cours de quatre études cliniques randomisées en double aveugle comparatives au placebo, effectuées au total chez plus de 21 000 jeunes femmes âgées de 16 à 26 ans. Selon les études, elles ont été suivies en moyenne 27 à 44 mois.

Elles ont pour critère d'évaluation principal d'efficacité l'apparition de CIN 2 et 3 ou d'AIS liés aux HPV 16 et 18. Le cancer du col de l'utérus comme critère principal ne pouvait pas être encore étudié du fait de la durée d'évolution longue entre l'infection et l'apparition des lésions.

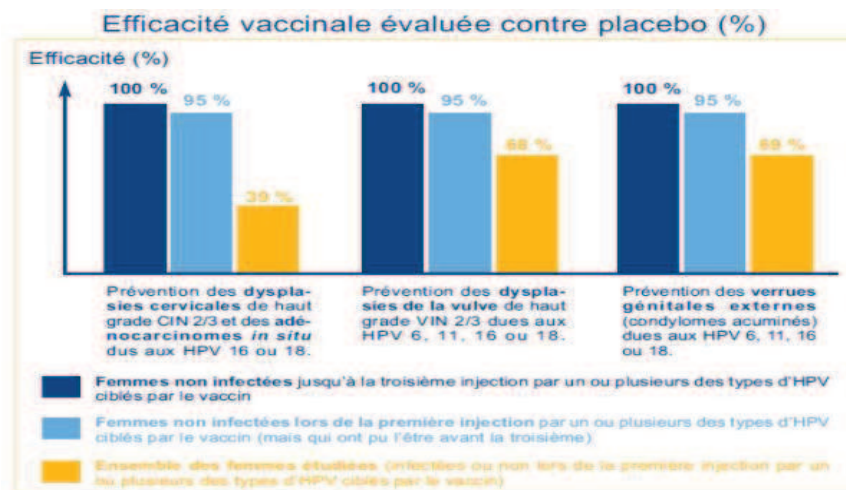
Chez les femmes non infectées lors de leur primo-vaccination, le vaccin prévient à 98,2% la survenue de dysplasies de haut grade du col de l'utérus (CIN 2 et 3 et AIS). [24]

En revanche, l'efficacité vaccinale est de 51,8% en terme de prévention des CIN 2 et 3 ou AIS dus aux HPV 16 et 18, chez les jeunes filles ayant reçu au moins une dose de vaccin quel que soit leur statut HPV initial. [24]

Enfin, le vaccin n'a aucune action sur des lésions constituées puisque à ce stade, l'ADN viral est inséré dans le génome cellulaire.

L'efficacité vaccinale de Gardasil® est la meilleure chez les femmes entièrement vaccinées (3 injections) avant d'être infectées par un ou plusieurs des types d'HPV ciblés par le vaccin. Le principe est donc de s'efforcer de vacciner avant le premier rapport sexuel.

*Figure 10. Efficacité vaccinale évaluée contre placebo [25].*



L'extension d'une étude de phase II effectuée chez moins de 1 200 patientes a montré le maintien de l'efficacité vaccinale 4,5 ans après une vaccination complète en trois doses. Des études de suivi à plus long terme chez davantage de patientes sont en cours.

L'efficacité clinique de ce vaccin n'a pas été évaluée chez les sujets de sexe masculin. [25]

Pour les 2 vaccins, les essais cliniques à large échelle indiquent que la tolérance est satisfaisante après 5 années d'évaluation. Il n'y a pas d'accident majeur rapporté à la vaccination.

Lors de ces essais, des grossesses non prévues sont survenues sans qu'aient été noté d'effets délétères du vaccin tant chez la mère que chez l'enfant : en cas de grossesse survenant chez une femme en cours de vaccination, il n'existe aucune indication à interrompre la grossesse, il convient de différer en post-partum la ou les injections non encore réalisées et de faire une déclaration de pharmacovigilance. [26]

Des interrogations persistent :

- bénéfique individuel qu'il y aurait à vacciner des femmes susceptibles d'avoir été infectées,
- durée d'efficacité de la vaccination et la nécessité d'éventuels rappels,
- tolérance à très long terme à l'échelle d'une population,
- vaccination des garçons dont l'impact semble modeste vis à vis du cancer du col de l'utérus, mais participerait à la diminution du risque de contamination féminine. L'impact pourrait être conséquent en prévention primaire d'autres cancers HPV induits tels que les cancers anaux, ORL, péniens et des condylomes acuminés pour le Gardasi®,
- vaccination de patients immuno-déprimés particulièrement exposés aux infections HPV,
- diffusion de la vaccination dans les pays en voie de développement.

## **B. Vaccination et dépistage**

Le risque d'introduire une vaccination contre le cancer du col est l'abandon du dépistage par une population féminine qui pense être protégée contre tous les cancers du col. Il serait en effet préjudiciable à la santé publique que cette vaccination qui, dans les meilleurs des cas ne pourra assurer que 70% de la prévention des cancers du col de l'utérus, fasse négliger le renforcement et l'organisation de ce dépistage en France.

Par conséquent, toutes les recommandations actuelles et les publications sur les vaccins HPV insistent sur la nécessité de maintenir fermement le dépistage du cancer du col de l'utérus et de le renforcer. La vaccination et le dépistage demeurent donc complémentaires, comme l'exprime le CSHPF : « *organiser le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par frottis cervico-utérin sur l'ensemble du territoire, la vaccination contre les papillomavirus 16 et 18 ne pouvant s'y substituer* ». [21]

La vaccination contre le virus HPV change aussi les conditions car elle devrait diminuer la prévalence des lésions précancéreuses et des cancers et, ainsi, réduire encore la valeur prédictive négative du frottis.

Une étude française de modélisation médico-économique réalisée par l'INVS a comparé 4 stratégies associant ou non le dépistage du cancer du col de l'utérus à la vaccination HPV. Cette étude a indiqué que la mise en œuvre simultanée de l'organisation du dépistage et de la vaccination permettrait : [27]

- de limiter ou de prévenir l'augmentation, sur la période de 70 ans considérée, du nombre de lésions précancéreuses diagnostiquées (de + 8,6 % pour une couverture de 30 % à - 13,4 % pour une couverture de 80 %) ;
- de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité due à ce cancer : pour une couverture vaccinale de 80 %, des réductions respectivement de 34,3 % et 32,2 % ; cette réduction de 34,3 % de l'incidence du cancer étant plus de 2 fois supérieure à celle attendue de la mise en œuvre de la seule organisation du dépistage (16,1 %)

Le dépistage par FCU est un moyen de prévention secondaire efficace des cancers du col de l'utérus. Or 30 % des cancers du col de l'utérus sont liés à d'autres types d'HPV que ceux ciblés par Gardasil®. Si les femmes vaccinées se faisaient moins dépister, une augmentation de l'incidence et de la mortalité de ces cancers serait probable.

Une couverture optimale de la population féminine par un dépistage organisé des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus sur l'ensemble du territoire reste nécessaire, y compris chez les femmes vaccinées.  
Des explications adéquates à ce sujet doivent être fournies par le médecin aux jeunes filles et jeunes femmes avant de les vacciner.

**Troisième Partie :**

**ENQUETE AUPRES DES MAÎTRES DE STAGE  
DE HAUTE-NORMANDIE**

# **I. Objectif**

L'objectif principal est de décrire les freins rencontrés par le médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'objectif secondaire, à partir de l'étude de ces freins, est de développer les moyens de les surmonter permettant ainsi l'amélioration du dépistage.

## **II. Méthode**

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative anonymisée.

### **A. Population étudiée**

L'enquête a été réalisée auprès de médecins généralistes Enseignants Cliniciens Ambulatoires (ECA), nouvellement Maîtres de Stage des Universités (MSU). Il est prouvé que cette population est représentative de la population générale des médecins généralistes. Les MSU reçoivent dans leurs cabinets des étudiants en médecine en deuxième cycle des études médicales ainsi que des internes de médecine générale. Ils sont aussi pour certains impliqués dans l'enseignement de médecine générale en troisième cycle des études médicales.

Une étude conduite en 1999 par le Dr Leroyer [28], médecin généraliste à Honfleur et enseignant de médecine générale en 3<sup>e</sup> cycle, compare la pratique des médecins généralistes non-enseignants à celle des médecins généralistes maîtres de stage exerçant dans les mêmes villes. Les variables étudiées étaient : l'âge des médecins, le nombre de consultations et de visites annuelles, l'âge et le sexe des patients. La seule différence retrouvée sur 17 « couples » de médecins généralistes étudiés était une activité légèrement inférieure des maîtres de stage pouvant être facilement expliquée par l'enseignement délivré au cabinet à l'étudiant.

Il y a 216 MSU pour la région Haute-Normandie, si nous nous basons sur la liste fournie aux internes de médecine générale lors de leurs choix de stage en cabinet. Nous avons constitué un échantillon représentatif de la population nationale sur le critère du sexe (médecin homme ou médecin femme) selon les données de l'Atlas national de démographie médicale [29]. Notre échantillon se compose donc de 120 MSU, sélectionnés par tirage au sort, après détermination du nombre de femmes et d'hommes à contacter.

### **B. Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré à partir de freins identifiés dans la littérature ([30] [31] [32] [33] [34]) et préalablement testé auprès de médecins généralistes de mon entourage et en séance de tutorat de thèse à la faculté. Les questions ambiguës ou non pertinentes pour l'analyse ont été supprimées et certaines questions ont été reformulées. Il a été réalisé grâce au logiciel Google Documents permettant de faire des questionnaires en ligne.

Il est divisé en 4 parties avec questions à choix simple ou choix multiples avec une place pour des commentaires :

- Une première partie permet d'analyser l'échantillon,
- Une deuxième partie qui concerne les médecins ne réalisant pas de FCU, afin d'en connaître les raisons et les conséquences sur leur activité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Une troisième partie qui concerne les médecins réalisant les FCU afin de décrire les obstacles rencontrés s'ils existent,

- Une quatrième partie sur l'information délivrée, les freins rencontrés chez les patientes et 2 questions sur leur opinion vis-à-vis du dépistage actuel.

*(Cf questionnaire en annexe 3)*

### **C. Diffusion du questionnaire**

Le site du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) met en ligne un trombinoscope incomplet des maîtres de stage avec adresse postale, adresse mail et téléphone. Nous avons utilisé cette source pour adresser le questionnaire par voie électronique quand l'adresse mail était disponible et nous avons contacté directement les autres maîtres de stage par téléphone pour obtenir leur adresse électronique. Un mail contenant le lien permettant d'accéder anonymement au questionnaire et de le remplir est envoyé à chaque MSU (<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?hl=fr&formkey=dGZyXzlyMUtMZjdfRC0xQ28tNFFWVlE6MQ#gid=0>)

Les questionnaires ont été adressés entre le 01/07/2011 et le 01/11/2011.

### **D. Analyse des données**

L'exploitation des résultats est conduite à l'aide des logiciels : Microsoft Excel et Google Documents.

Dans un premier temps, il a été réalisé une analyse descriptive de la population totale et des populations réalisant et ne réalisant pas les frottis.

Dans un second temps, des comparaisons ciblées de plusieurs variables ont été faites par le test de Fisher sur le site BIOSTA TGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>)

Les résultats de comparaison sont considérés comme statistiquement significatifs au-delà du seuil  $P=0,05$  et presque significatifs entre  $P=0,1$  et  $P=0,05$ .

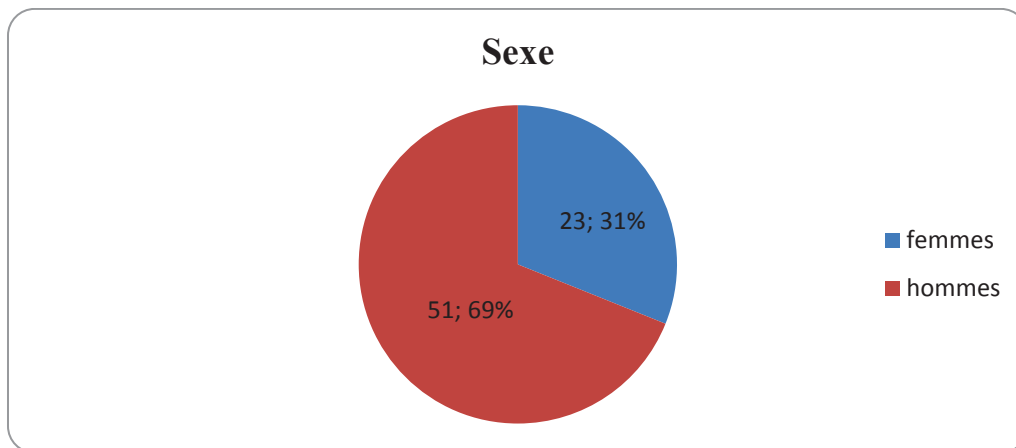
### III. Résultats

#### A. Participation

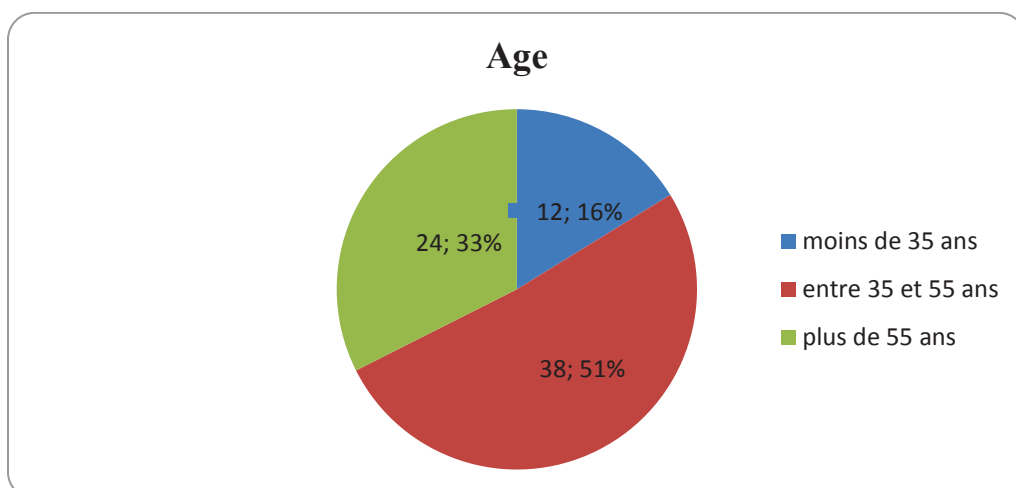
Le taux de participation est de 61,6 % ce qui représente 74 questionnaires reçus entre le 01/07/2011 et le 01 /11/2011.

#### B. Caractéristiques des médecins interrogés et pratique gynécologique

Il s'agit d'une description de la population des médecins interrogés. La population est en majorité masculine avec 69% d'hommes.

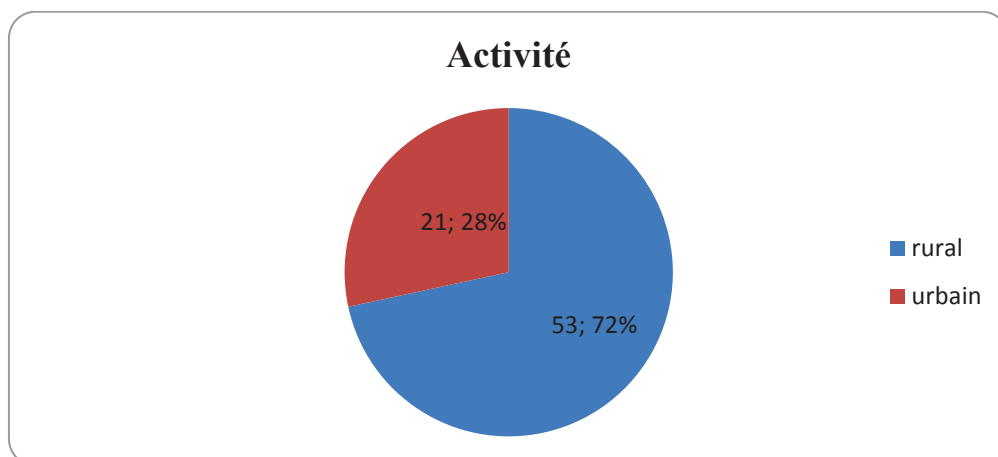


Parmi ces médecins, 16% ont moins de 35 ans, 51% entre 35 et 55 ans et 32 % ont plus de 55 ans.

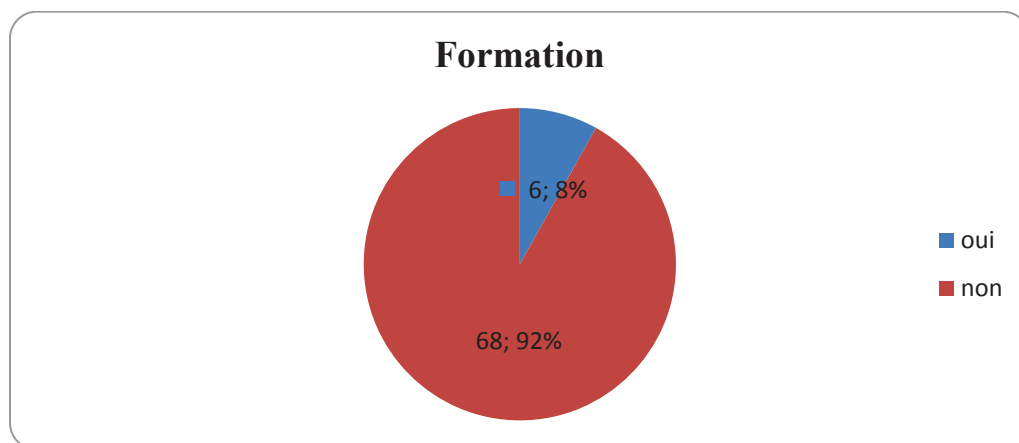




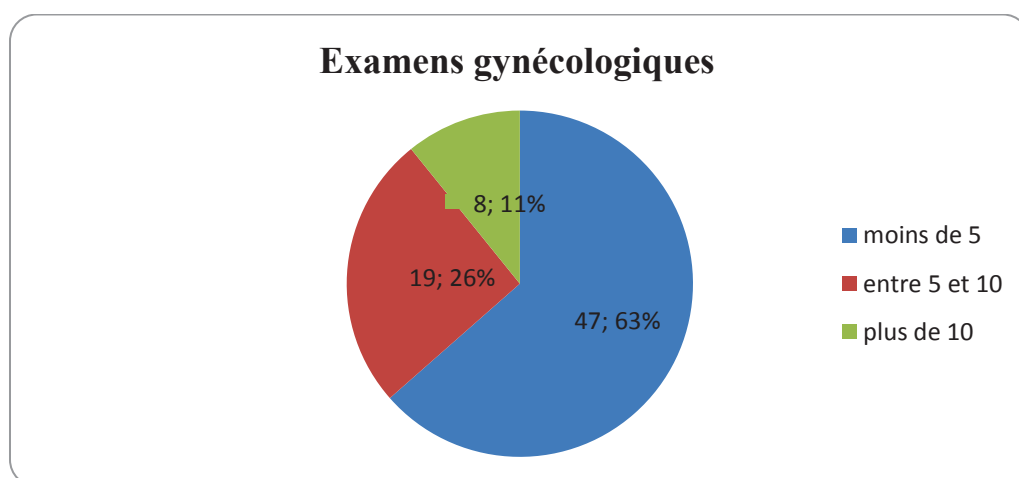
La majorité d'entre eux ont une activité rurale à hauteur de 72%.



Seulement 8 % déclarent avoir une formation complémentaire en gynécologie.

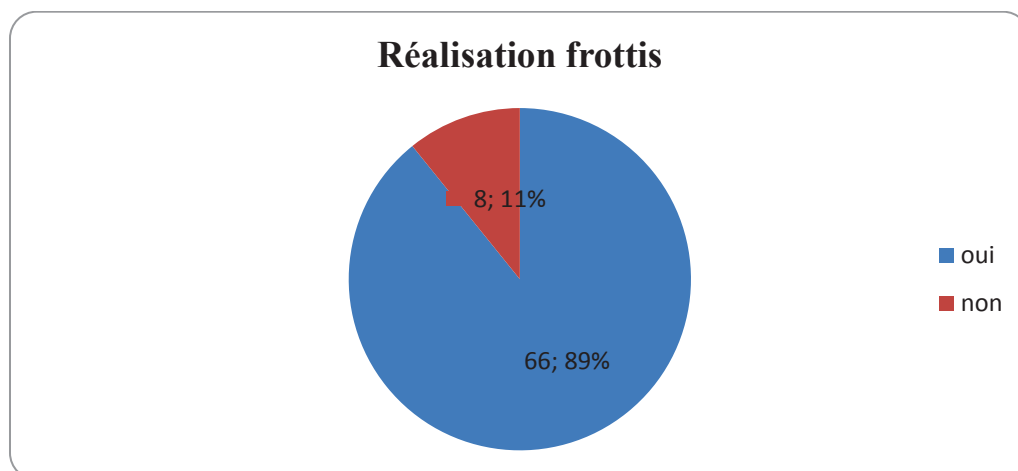


Ils réalisent moins de 5 examens gynécologiques par semaine pour 64%, entre 5 et 10 pour 26% et plus de 10 pour 11%.

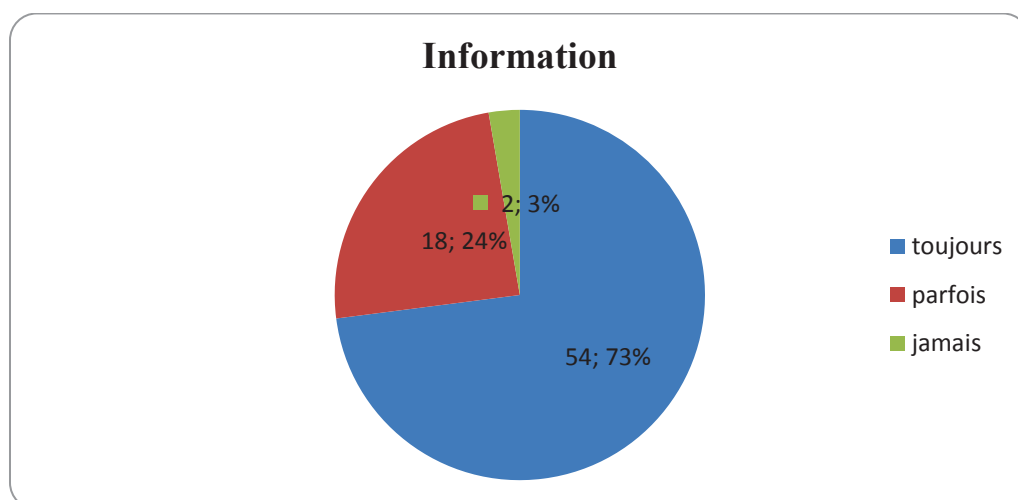


Les maîtres de stage ayant répondu à notre étude sont donc majoritairement des hommes, âgés de 35 à 55 ans et exerçant en milieu rural. Ils ne possèdent pas de formation complémentaire en gynécologie et réalisent moins de 5 examens gynécologiques par semaine.

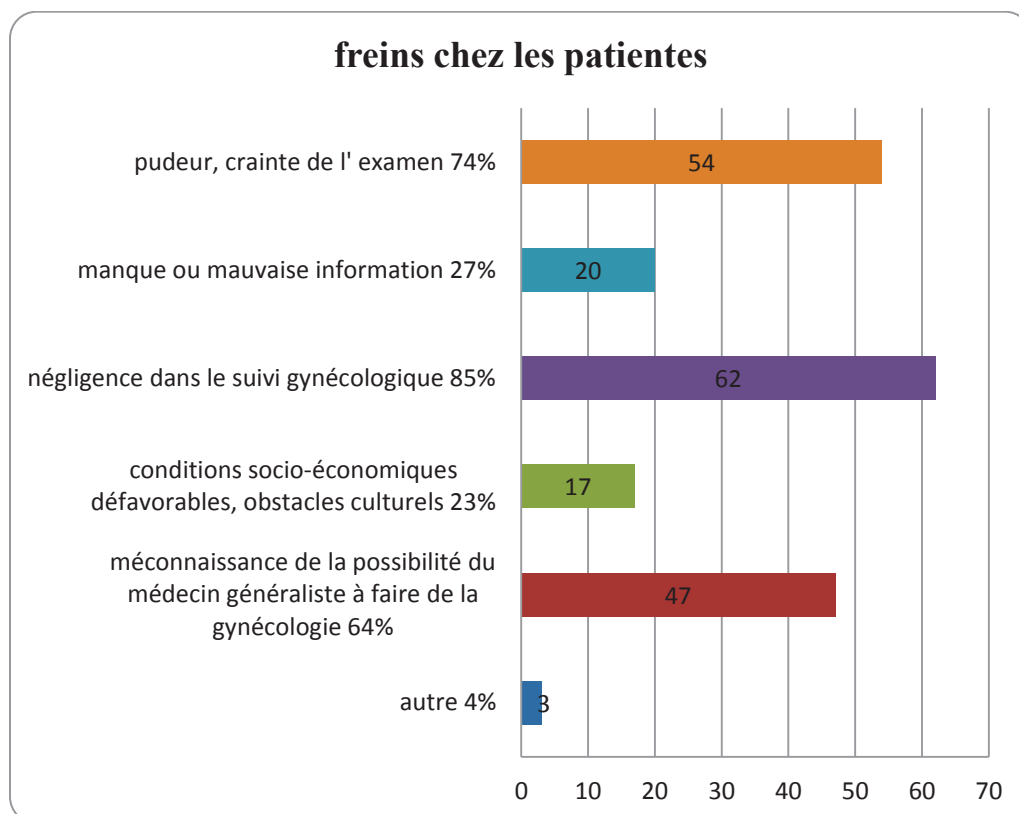
Ils sont 89% à déclarer réaliser des FCU.



La majorité (73%) déclare toujours délivrer une information sur le dépistage lors de la prescription ou la réalisation du frottis.

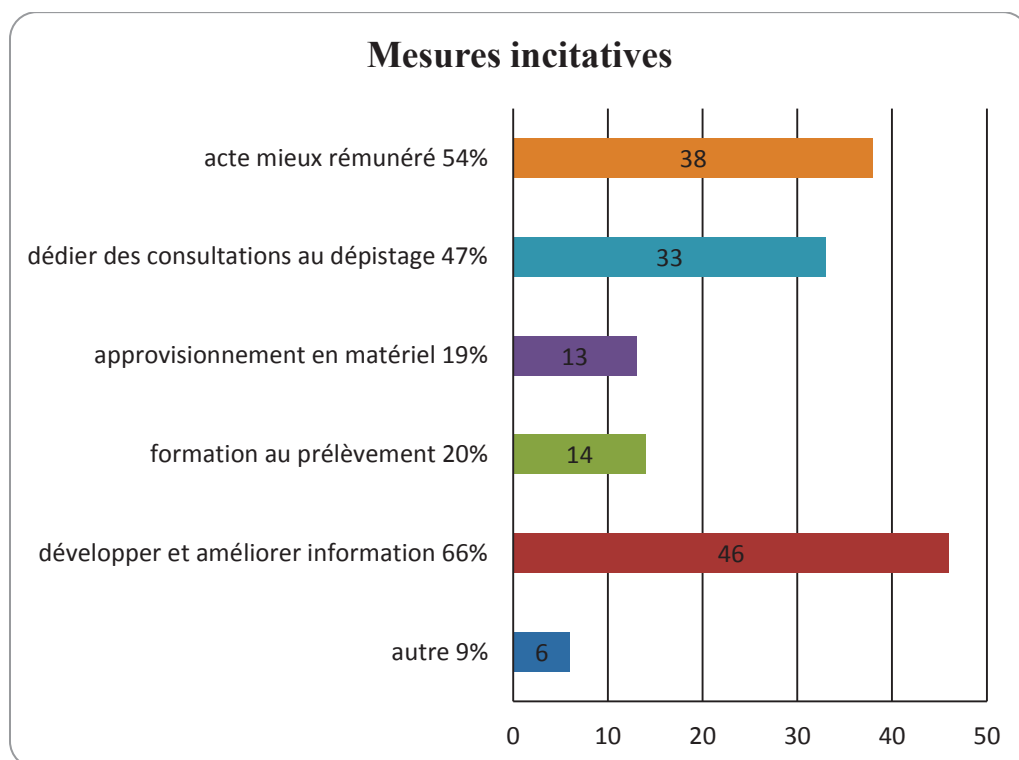


Les freins le plus souvent rencontrés chez les patientes sont :



Une personne n'a pas répondu à cette question.

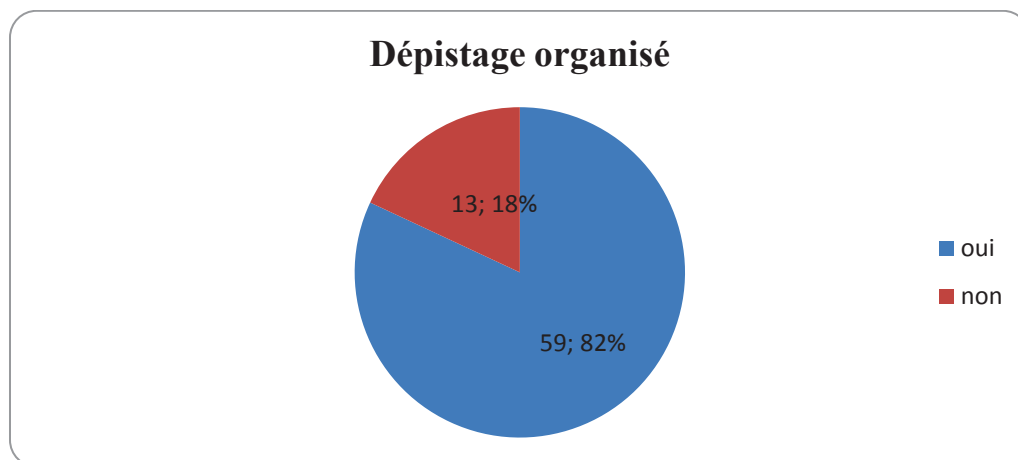
Les éléments qui incitent à une plus grande implication dans le dépistage du cancer du col de l'utérus sont :



4 personnes n'ont pas répondu à cette question.

80 % sont favorables à la mise en place d'un dépistage organisé par frottis auprès des femmes âgées de 25 à 65 ans.

2 personnes n'ont pas répondu à cette question (dont une dit « ne pas comprendre toutes ces questions car faire ses frottis fait partie naturelle du minimum des actes techniques que doit pratiquer tout généraliste »).



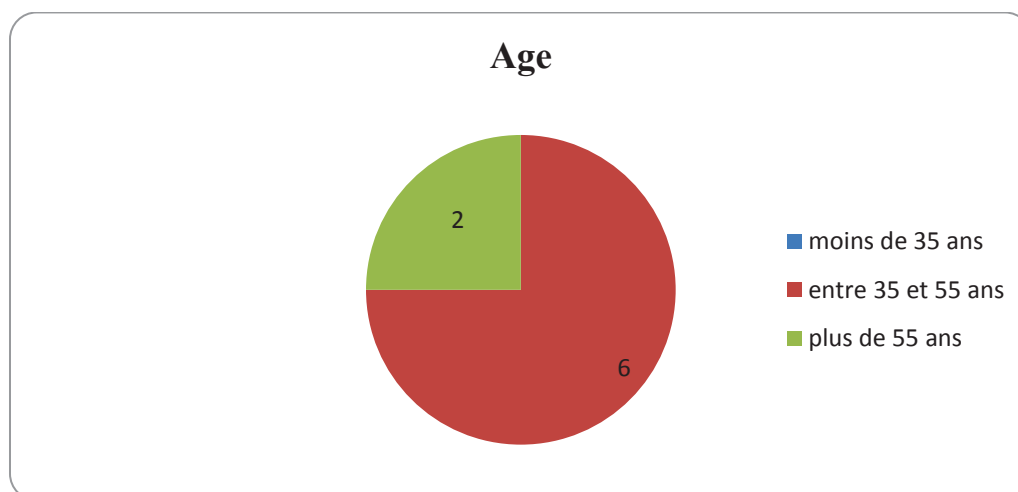
## C. Comparaison des populations « frottis non » et « frottis oui »

### 1. « Frottis non »

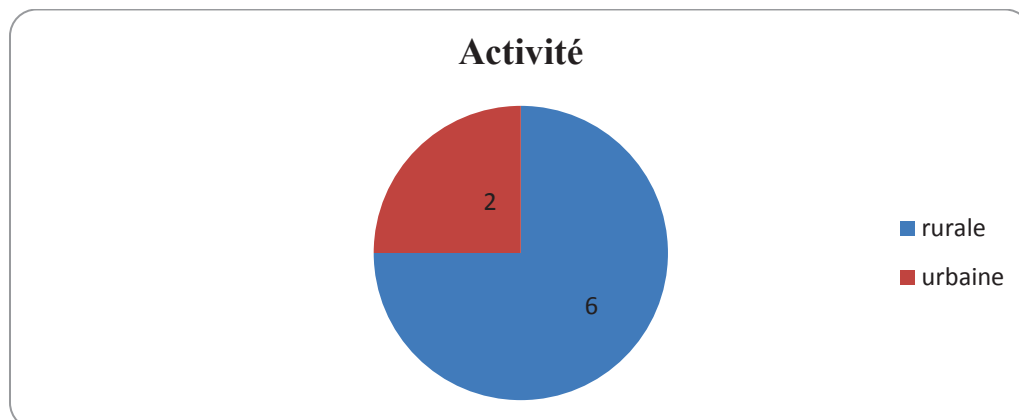
Etant donné le faible effectif de cette population, nous décrivons nos résultats en nombre et non en pourcentage.

La population est exclusivement masculine (8 médecins).

La répartition d'âge est différente de la population générale : 6 ont entre 35 et 55 ans et 2 ont plus de 55 ans.

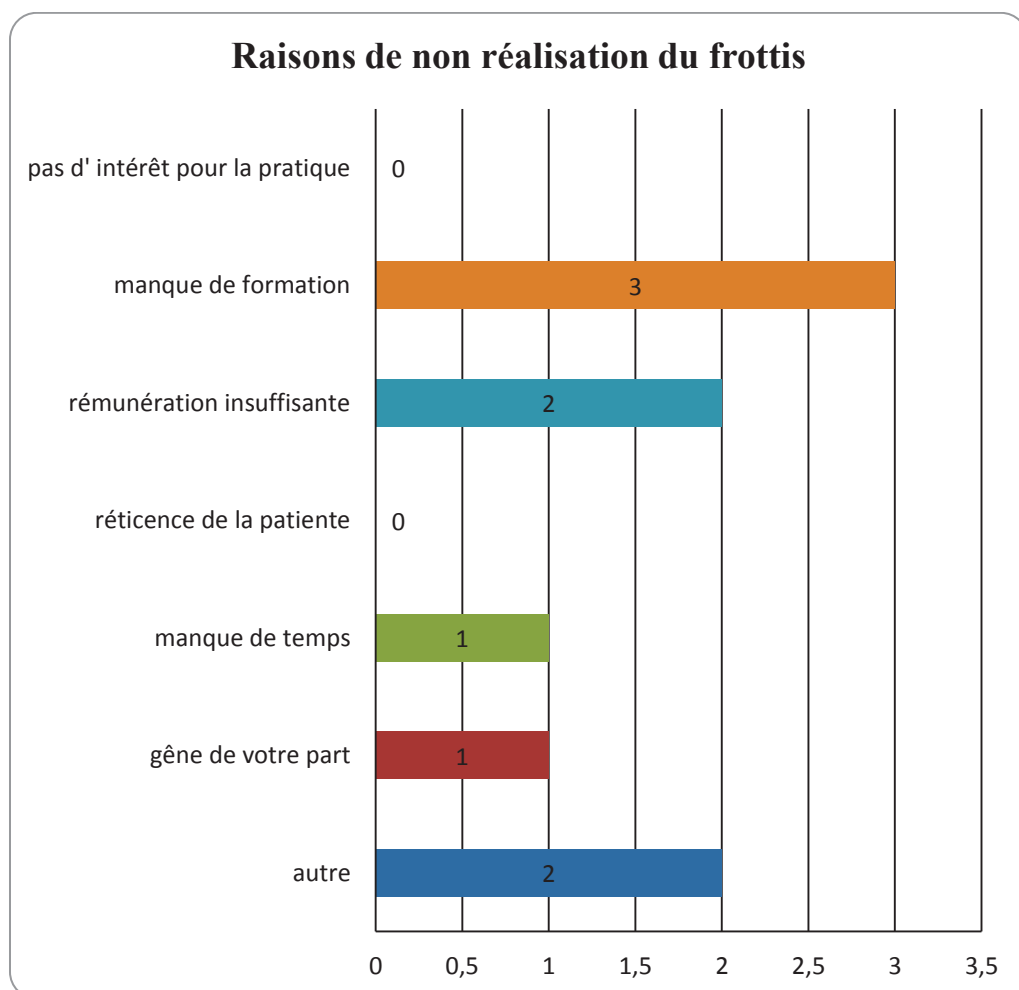


Comme dans la population générale, l'activité est majoritairement rurale et concerne 6 médecins sur 8 :



Aucun n'a de formation complémentaire en gynécologie et ils font tous moins de 5 examens gynécologiques par semaine.

Les raisons de leur non pratique du frottis de dépistage sont :

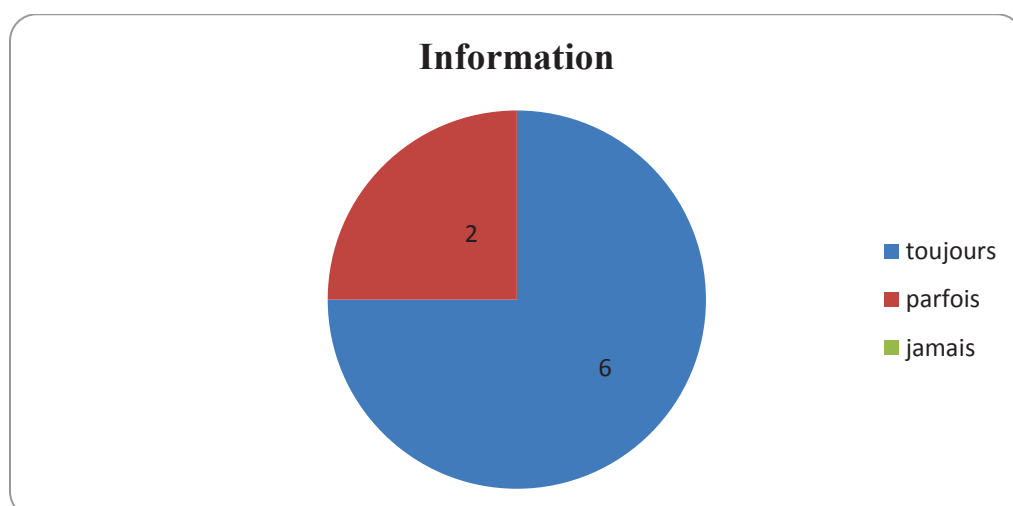


L'analyse des autres réponses montre qu'un médecin évoque la proximité du laboratoire et un autre l'accès direct au gynécologue.

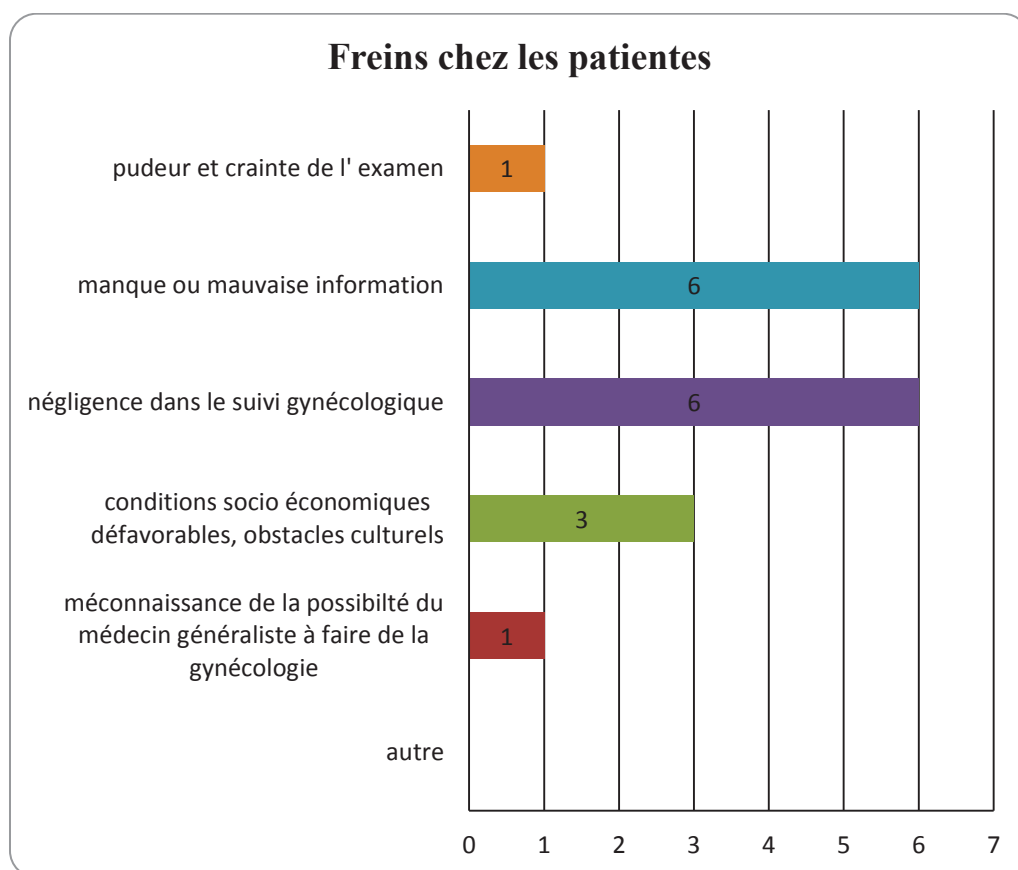
Ils adressent tous leurs patientes pour la réalisation du frottis :



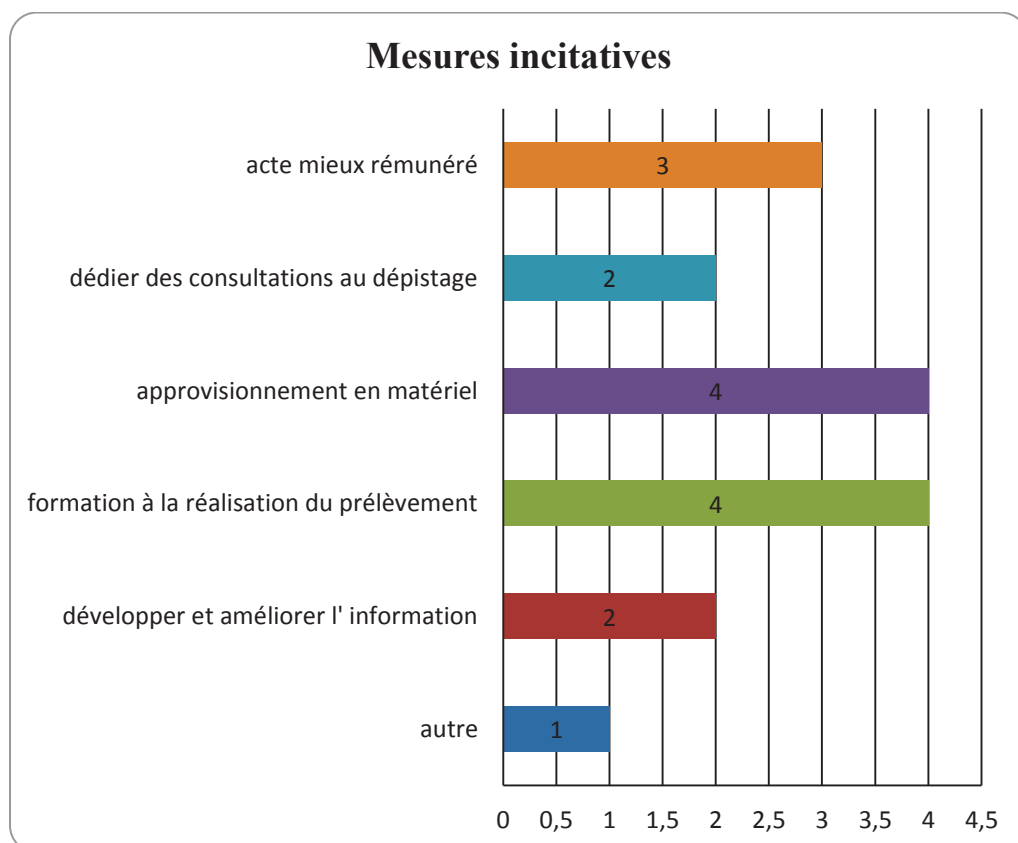
Concernant l'information délivrée sur l'intérêt, les modalités et les conséquences de cet examen, elle est identique à celle de la population générale : 6 délivrent toujours une information et 2 le font parfois.



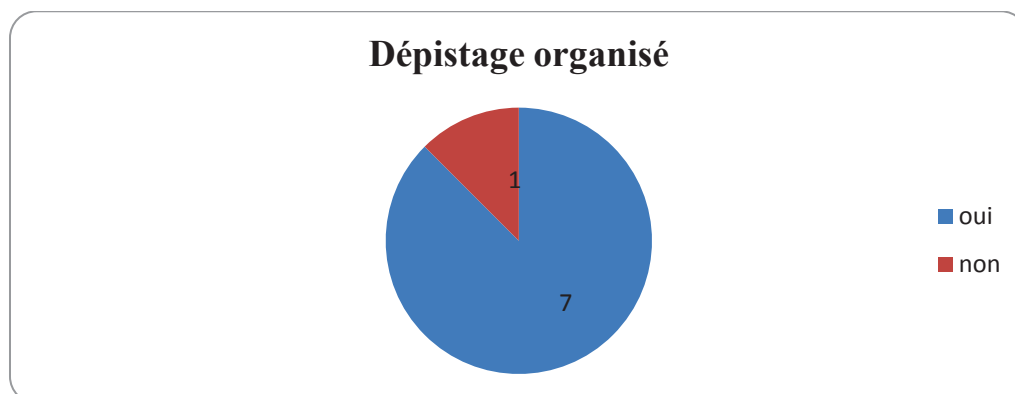
Pour ce qui est des freins rencontrés chez les patientes :



Selon ces médecins, les éléments qui inciteraient à une plus grande implication des médecins généralistes dans le dépistage sont :



Comme dans la population générale, ils sont majoritairement favorables à un dépistage organisé :



Pour ce qui est des commentaires, un médecin signale que ses patientes ont leur frottis tous les 3 ans sinon il ne prescrit plus leur contraception. Il signale qu'un jour il referra peut être des frottis.

**Au total**, la population ne réalisant pas les frottis de dépistage est masculine et exerce en milieu rural. Elle est tout de même impliquée dans le dépistage puisque les médecins adressent tous leurs patientes pour la réalisation de ce frottis et délivrent toujours ou parfois une information sur le dépistage.

Les deux raisons les plus souvent invoquées devant la non-réalisation du frottis sont :

- le manque de formation,
- la rémunération insuffisante.

Les freins les plus rencontrés chez les patientes sont :

- le manque ou la mauvaise information sur le dépistage,
- la négligence dans le suivi gynécologique.

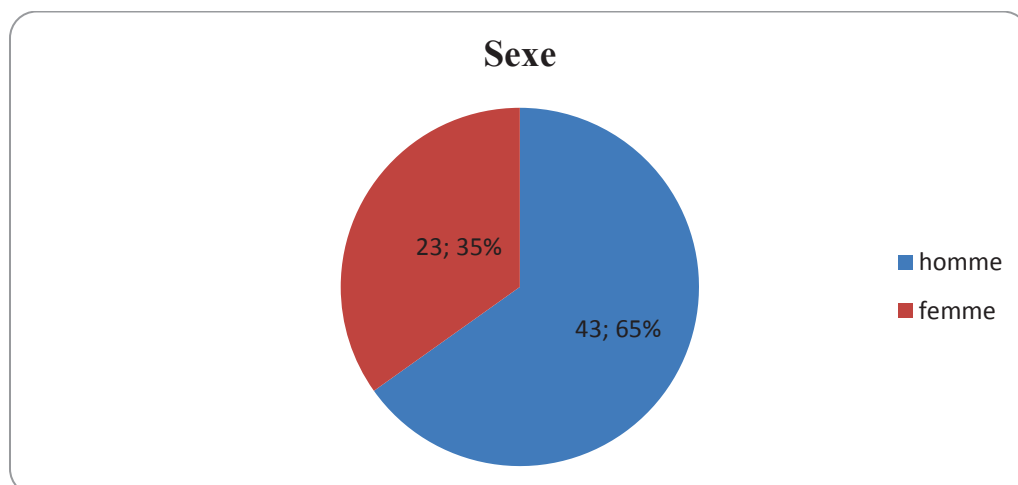
Majoritairement favorables au dépistage organisé, les 2 principales mesures incitatives sont :

- la formation à la réalisation du prélèvement et l'approvisionnement au matériel nécessaire à la réalisation du frottis,
- Vient ensuite une meilleure rémunération de l'acte

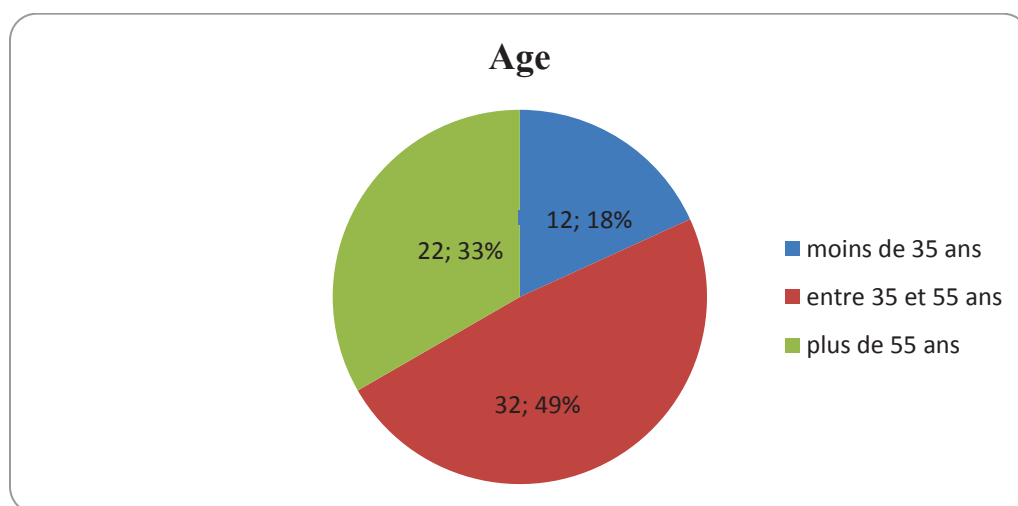


## 2. « Frottis oui »

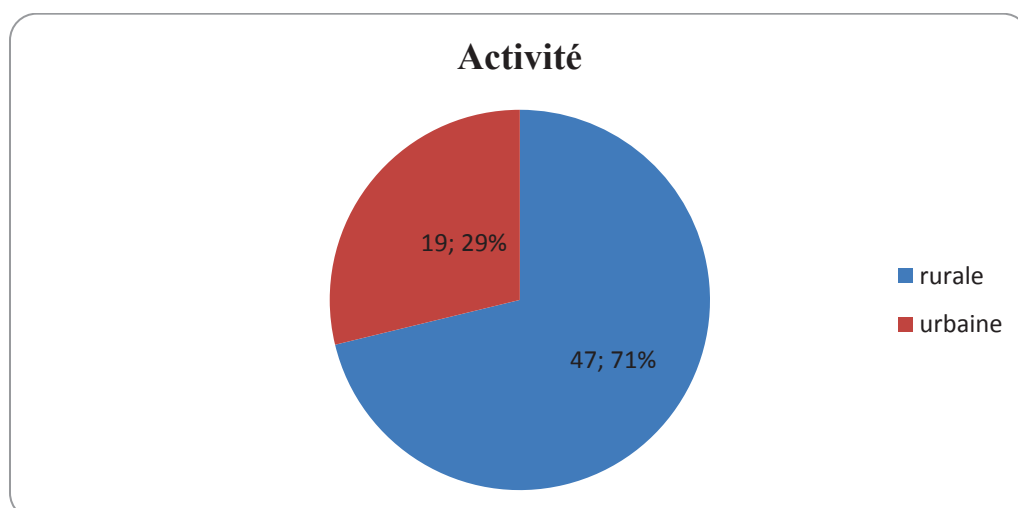
La population est majoritairement masculine 65%



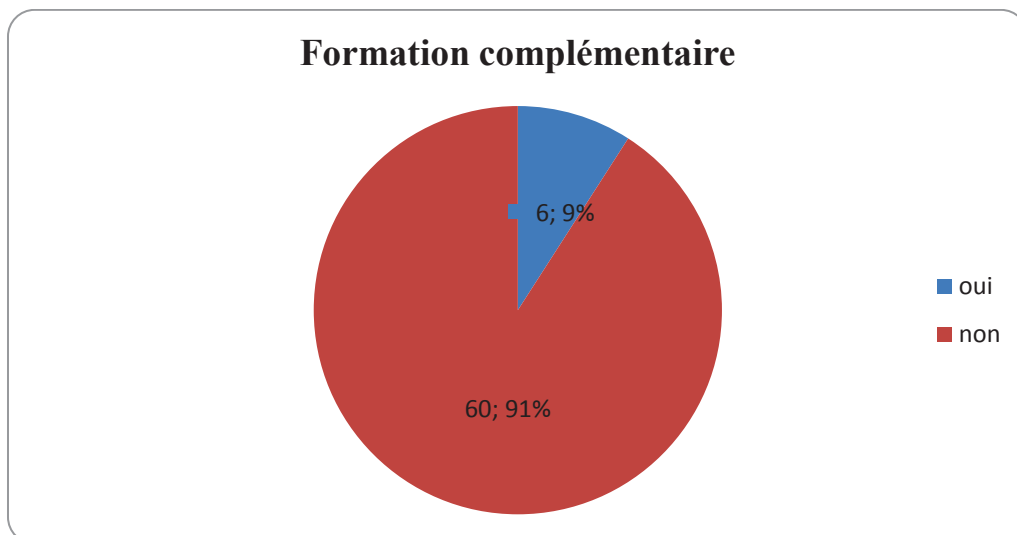
Il n'y a pas de différence d'âge significative avec la population générale (48,5% ont entre 35 et 55 ans contre 51% dans la population générale).



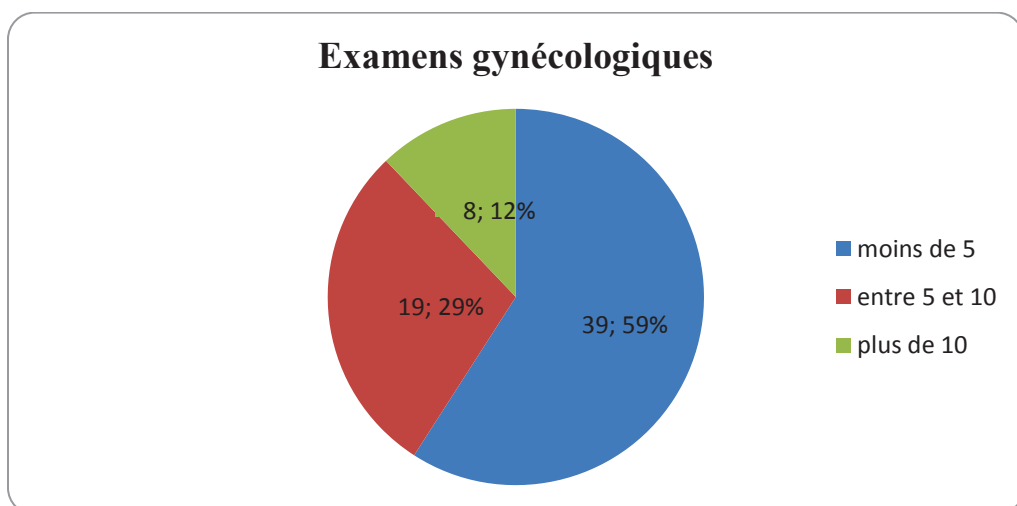
L'activité est rurale à 71%.



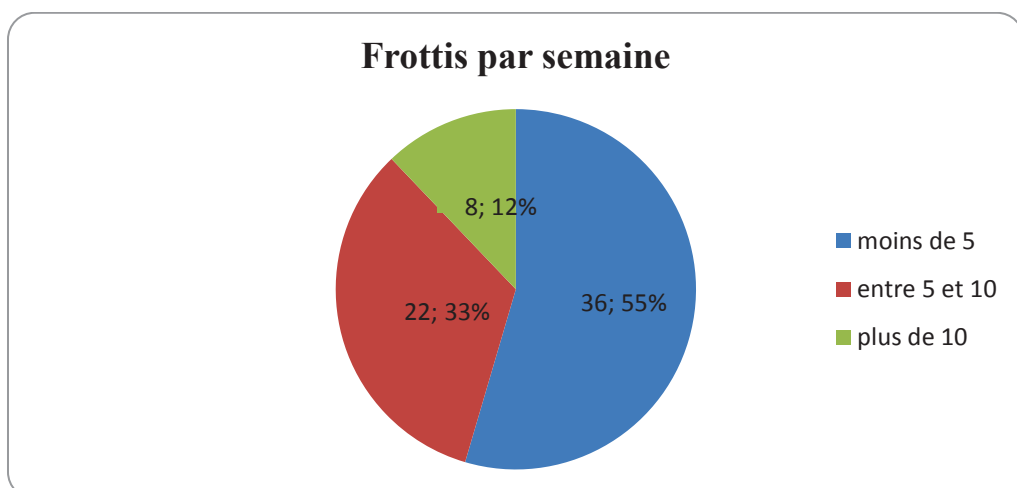
Ils sont 91% à ne pas avoir de formation complémentaire en gynécologie



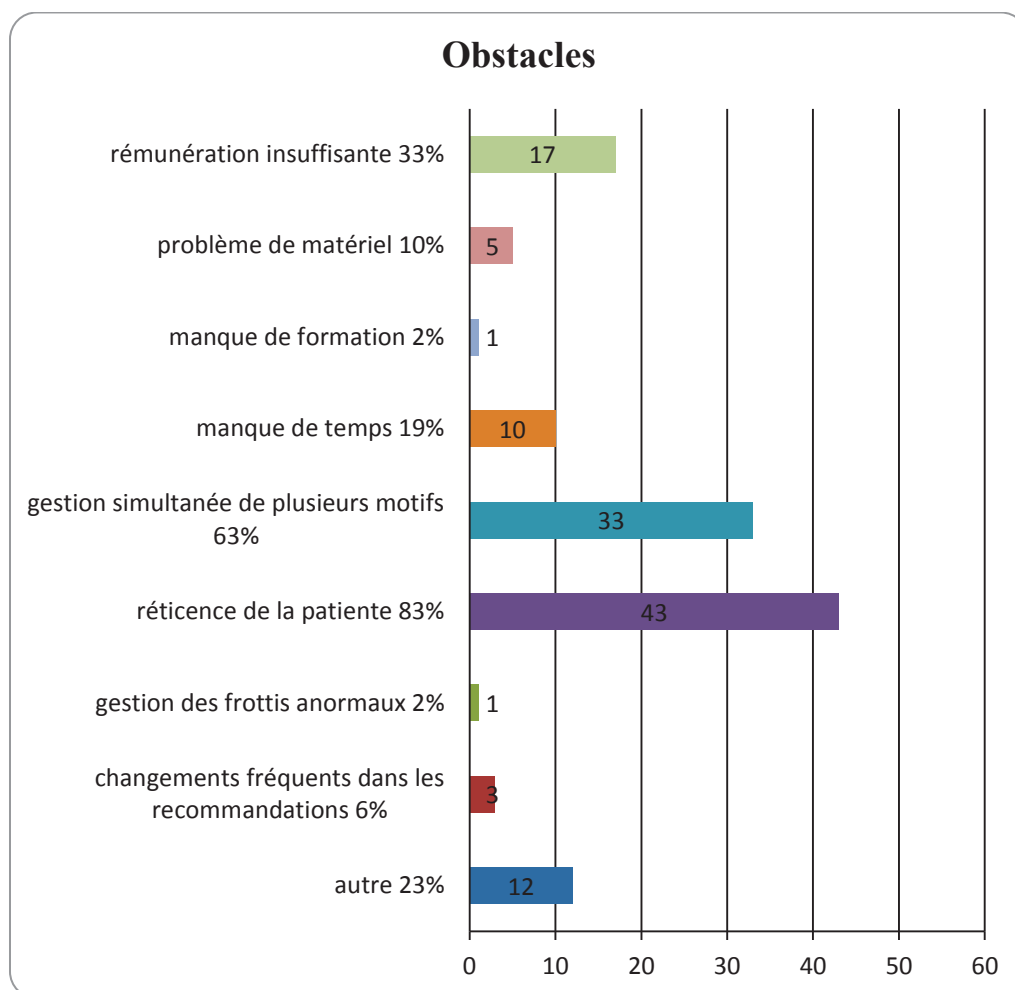
Ils font majoritairement (59%) moins de 5 examens gynécologiques par semaine, 29 % entre 5 et 10 et 12% plus de 10.



49% fait moins de 5 frottis par semaine :

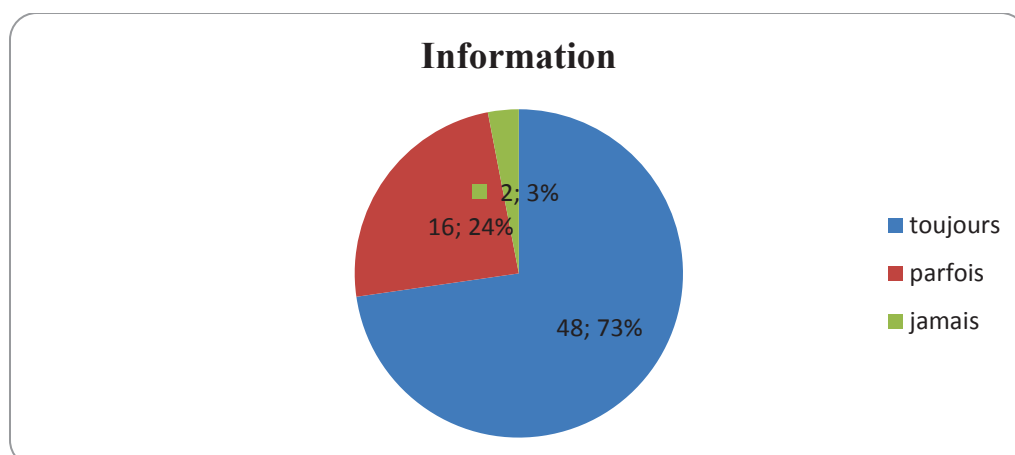


Ils sont 77% à déclarer rencontrer des obstacles au dépistage.  
Les obstacles rencontrés sont :

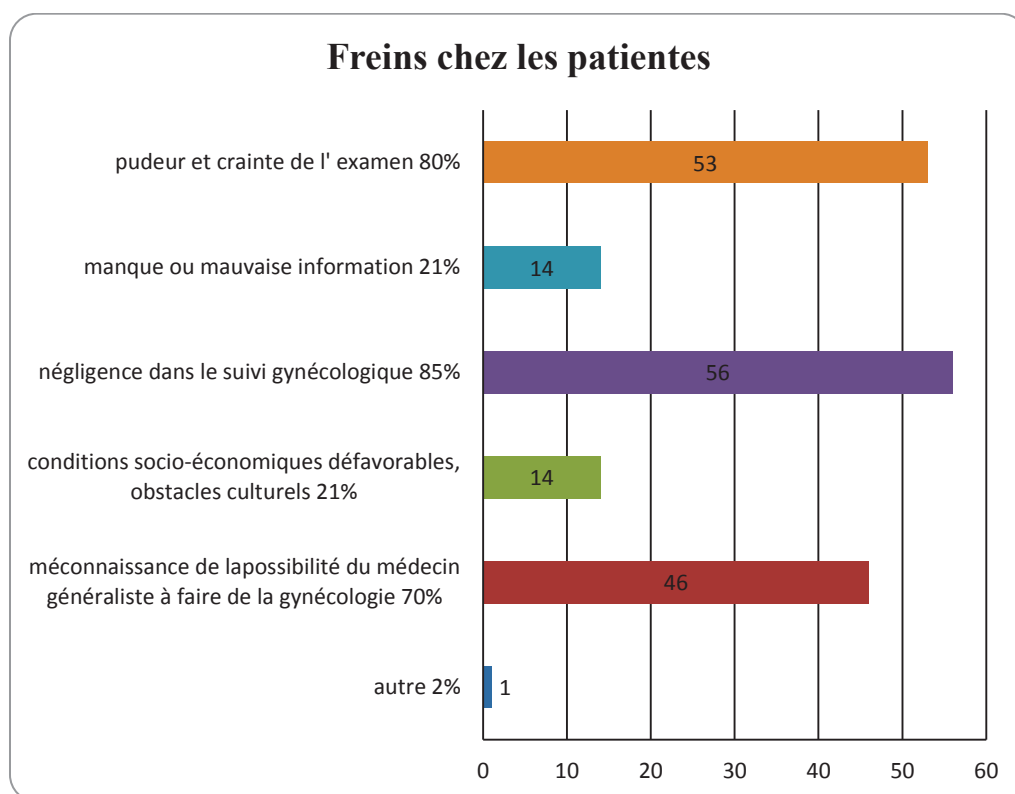


Dans la réponse « autre », les difficultés de communication entre généraliste ou gynécologue (date du dernier frottis et résultat) ont été évoquées, ainsi que les conditions de réalisation de l'examen pas toujours adéquates en raison de l'installation ou de la disposition de la table d'examen.

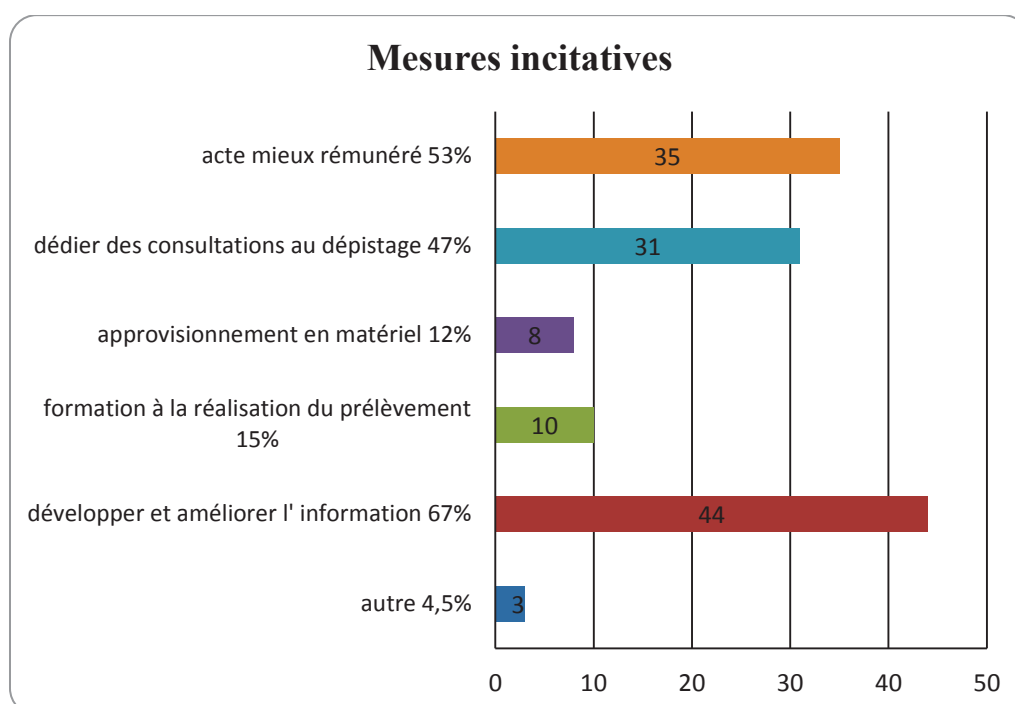
Concernant l'information délivrée sur l'intérêt, les modalités et les conséquences de cet examen, elle est identique à celle de la population générale : 73% délivrent toujours une information et 24% le font parfois, 3% jamais.



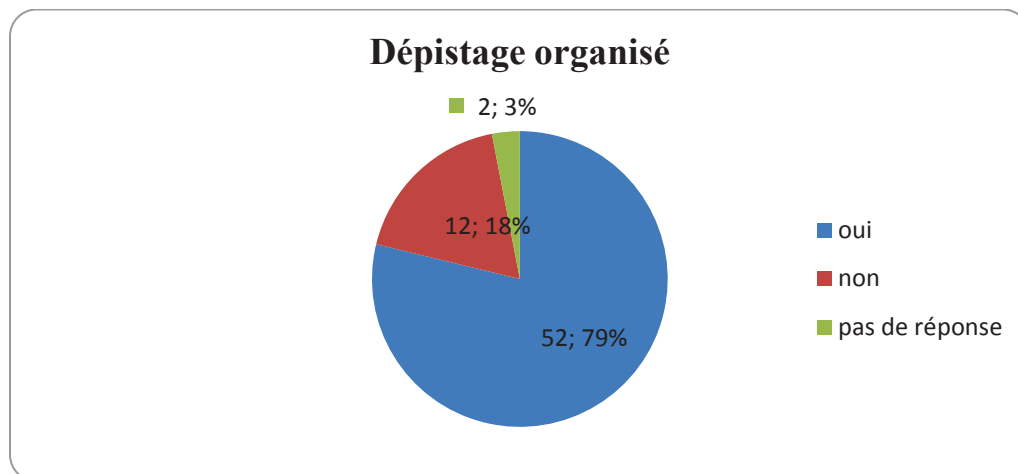
Pour ce qui est des freins rencontrés chez les patientes :



Selon ces médecins, les éléments qui inciteraient à une plus grande implication des médecins généralistes dans le dépistage sont :



Ils sont 79 % à être favorables au dépistage organisé, 18% contre et 3 % n'ont pas donné de réponse



L'analyse des commentaires concernant la question du dépistage fait ressortir les points suivants :

- Sur le rôle du médecin traitant : un besoin de reconnaissance de la mission de prévention du médecin généraliste « statutairement et financièrement », c'est-à-dire faire reposer le dépistage sur le médecin traitant avec une rémunération adaptée ;
- Sur la consultation spécifique de dépistage : pas de consultation spécifique de dépistage car ce dernier « croise l'histoire du patient de façon transversale » et la démarche doit rester opportuniste ;
- Sur le cadre intime : ne pas résumer le dépistage organisé à un acte technique car la réalisation du frottis est parfois la « seule occasion de parler de problèmes intimes ». Il s'agit d'un « geste intime » qui ne peut être fait par un inconnu dans le cadre d'un dépistage organisé.

**Au total**, la population réalisant les frottis est masculine et exerce en milieu rural. Une minorité a une formation complémentaire en gynécologie et une majorité fait moins de 5 examens gynéco et frottis par semaine. Plus des 2/3 déclarent rencontrer des obstacles. Les 3 obstacles les plus souvent rencontrés sont :

- la réticence de la patiente,
- la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation,
- la rémunération insuffisante.

Les freins les plus souvent rencontrés chez la patiente sont :

- la négligence dans le suivi,
- la pudeur et la crainte de l'examen,
- la méconnaissance de la possibilité du médecin à faire de la gynécologie.

Majoritairement favorables au dépistage organisé, les mesures incitatives sont pour le plus grand nombre :

- développer et améliorer l'information,
- une meilleure rémunération de l'acte,
- dédier des consultations au dépistage.

## D. Comparaison de variables

(Cf tableaux en annexe 4)

### 1. Population générale

L'âge, le lieu d'exercice ou l'existence d'une formation complémentaire en gynécologie n'influent pas de manière significative sur la réalisation des frottis par le médecin généraliste. En revanche, dans notre étude, le fait d'être un homme influe de manière presque significative ( $p=0,0516$ ) sur la réalisation du frottis au cabinet.

Concernant le dépistage organisé, il n'y a pas d'influence significative du sexe, de l'âge, du type d'activité du médecin ou de l'existence d'une formation complémentaire sur le fait d'y être favorable.

On ne peut pas non plus dire qu'il y ait une corrélation entre le fait d'être favorable au dépistage organisé et le fait de penser qu'un acte mieux rémunéré pourrait inciter au dépistage.

Concernant les mesures incitatives, il n'y a pas de lien significatif entre le souhait d'une meilleure rémunération et le sexe, l'âge, l'activité ou le fait de réaliser les frottis au cabinet. De même le sexe, l'âge et l'activité ne sont pas significativement liés au souhait d'une meilleure information des femmes et des médecins concernant le dépistage. En revanche, on peut dire que le souhait d'une meilleure information est significativement plus important chez les médecins qui réalisent le frottis au cabinet ( $p=0,047$ ).

Le sexe, l'activité, le nombre d'examens gynécologiques réalisés par semaine, la réalisation des frottis ou encore l'existence d'une formation complémentaire n'ont pas d'influence significative sur la demande de consultations dédiées au dépistage. En revanche, les médecins ayant entre 35 et 55 ans semblent significativement ( $p=0,0142$ ) moins favorables à la mise en place de consultations dédiées au dépistage.

La demande de formation est significativement liée à l'âge du médecin. La tranche d'âge 35-55 ans est moins demandeuse de formation à la réalisation du prélèvement ( $p=0,015$ ).

La demande d'approvisionnement en matériel n'est pas liée significativement à l'activité du médecin.

Concernant les freins rencontrés chez les patientes : la négligence dans le suivi, la méconnaissance la possibilité du généraliste à faire de la gynécologie et le manque ou la mauvaise information sur le dépistage ne sont pas liées significativement à l'activité du médecin

La pudeur et la crainte de l'examen ne dépendent pas du sexe, de l'âge, de l'activité, de l'existence d'une formation complémentaire. En revanche, elle est plus significativement rencontrée par les médecins réalisant les frottis au cabinet ( $p=0,0003$ ).

Les obstacles socio-culturels ne sont pas liés significativement au sexe ou à l'activité du médecin.

## 2. Chez les médecins pratiquant le FCU

Concernant le nombre de frottis réalisés, il n'y a pas de différence significative concernant le type d'activité ou l'âge. Par contre, le fait de faire moins de 5 frottis par semaine est lié au fait d'être un homme ( $p=0,0055$ ).

Déclarer rencontrer des obstacles au dépistage ne dépend pas du sexe ou de l'activité du médecin mais est significativement plus cité par la tranche d'âge entre 35 et 55 ans ( $p= 0,01$ ). Il existe un lien presque significatif entre le sexe du médecin et la réticence de la patiente ( $p=0,056$ ): les hommes y sont plus confrontés. Il n'y a pas d'influence significative de l'âge ou d'une formation complémentaire en gynécologie.

Concernant la rémunération insuffisante, il n'y a pas de différence significative concernant le sexe, l'âge ou l'activité.

Concernant la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation, il n'y a pas de différence significative avec l'activité.

**Quatrième Partie :**

**DISCUSSION**



Le taux de participation est de 61,6 %.

89% des médecins ayant répondu à notre étude déclarent réaliser des frottis cervico-vaginaux. La population des MSU réalisant les frottis est majoritairement masculine et exerce en milieu rural.

Ceci ne suit pas la tendance nationale établie par le Baromètre santé médecin pharmacien de 2003 [33] : il s'agit plutôt d'une femme, ayant son activité dans une agglomération de moins de 20 000 habitants, faisant plus de 20 actes par jour, travaillant en cabinet de groupe.

## **I. Les freins au dépistage**

L'objectif principal était de décrire les freins rencontrés dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, au niveau du médecin généraliste.

Ces obstacles ont été également retrouvés dans la littérature.

### **A. Les contraintes organisationnelles**

#### **1. Manque de temps**

Le manque de temps est cité dans les 2 camps de notre étude. L'information sur l'intérêt, les modalités et les conséquences du dépistage est longue, sans compter la réalisation de l'acte en lui-même. On comprend donc bien la difficulté des médecins généralistes à intégrer le dépistage du cancer du col de l'utérus dans la consultation habituelle, surtout si l'on ne fonctionne pas sur rendez-vous ou si la patiente n'a pas au préalable précisé qu'elle venait consulter pour ce motif.

Dans une étude réalisée en Bourgogne en 2004 par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), le manque de temps constituait un des obstacles principaux pour la prescription ou la réalisation du frottis. [35]

Cette contrainte temporelle est évoquée dans plusieurs études [29 ; 36 ; 37]

#### **2. Les motifs multiples de consultation**

C'est un frein majeur rencontré par ceux qui réalisent le frottis.

Au cours de leurs consultations, les médecins doivent gérer plusieurs problèmes autres que ceux de la prévention. La multiplicité des motifs a un impact sur le facteur temps évoqué. Ils doivent assurer différentes fonctions : soins, soutien psychosocial, coordination, démarches administratives.

Dans une enquête récente, réalisée auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes bretons composant le Baromètre des pratiques en médecine générale, 84 % des médecins estimaient avoir à effectuer des tâches qui ne relevaient pas de leur qualification. Il s'agissait de tâches liées à l'information et à l'éducation du patient (64,3 %), à la coordination des soins (58,3 %) ou encore à la gestion du dossier du patient (56 %). [38]

Dans une étude francilienne, sont évoqués les concepts de « demandes concurrentielles » et de « maladies écrans ». [29] En effet, il paraît difficile d'introduire la prévention dans une consultation motivée par autre chose (suivi d'une pathologie lourde ou problème ressenti par le patient). En se concentrant sur le motif principal de consultation, le médecin peut oublier la prévention ou constater que le temps alloué à la consultation a été consommé par la gestion de ce problème. La pathologie principale à prendre en charge constitue la « maladie écran » et les médecins lui rapprochent la « situation sociale écran » où les difficultés sociales du patient occupent la consultation, tout comme les tâches administratives et de coordination.

Dans l'étude bretonne sur l'activité gynécologique des médecins généralistes [37], il s'agit de la principale difficulté rencontrée (64,5%) dans leur activité gynécologique quotidienne.

## **B. Le manque de formation**

Il s'agit de la principale raison de non réalisation du frottis. Il est en revanche peu cité par les médecins le réalisant, peut-être parce que ces derniers ont eu une bonne formation au cours de leurs études ou ont participé à des Formations Médicales Continues (FMC) sur le sujet. Cet aspect a également moins d'importance dans l'étude bourguignonne [35].

Pour certains, la formation en gynécologie au cours de leurs études a été faible ou inexistante ; le stage en gynécologie n'étant obligatoire que depuis la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine générale en 2001. Les jeunes généralistes ont donc une formation plus complète.

Dans l'étude francilienne [29], des médecins évoquent une tension entre la volonté de jouer leur rôle de santé publique et le ressenti d'une compétence insuffisante.

En Bretagne [37], 14,7% des médecins interrogés souhaiteraient approfondir la pratique du frottis. 8 médecins sur 10 déclarent réaliser les frottis mais seuls 7 sur 10 sont à l'aise lors de la réalisation de cet examen. Ils ne sont que 22% à participer à une FMC en gynécologie et 64,5% attendent d'une FMC une amélioration dans la réalisation des gestes techniques. Cependant, les médecins qui participent à une FMC de gynécologie ne se sentent pas de manière significative plus à l'aise que les non participants pour réaliser un frottis, peut-être en raison d'une formation pas assez pratique.

A noter que pour cette enquête, la moyenne d'âge des répondants était de 48 ans et que 40% d'entre eux étaient installés depuis plus de 20 ans.

## **C. Prix et cotation, matériel**

La rémunération de l'acte est citée comme obstacle aussi bien par ceux qui ne réalisent pas le frottis que par ceux qui le réalisent, et comme une mesure incitative à la réalisation de l'acte. Par contre ce n'est pas le premier facteur de motivation pour ceux qui ne réalisent pas l'acte.

Le médecin généraliste est payé à l'acte. Tous les actes sont rétribués au même tarif. Evidemment, plus les actes sont brefs et plus il peut en faire.

L'augmentation paraît légitime devant le temps et le matériel nécessaires au geste. En plus du geste, il y a une phase d'explication du dépistage et du geste en lui-même.

La cotation est mal connue (code JKHD001) et la rémunération (9,64 euros) jusqu'alors semblait dérisoire par rapport au temps et au matériel nécessaires à la réalisation.

Cette tarification en tant qu'acte isolé ne constituait pas une incitation pour le médecin généraliste. Mais depuis mars 2012, afin de favoriser la généralisation de ce dépistage comme le suggérait l'article 27.1 de la convention [39], il y a possibilité de renforcer la rémunération pour la réalisation du frottis comme nous le détaillerons plus loin.

La réalisation de ce geste de dépistage nécessite du matériel : table d'examen avec étrières, différents types de spéculums, matériel de prélèvement, etc... dont le coût est à la charge du médecin.

L'approvisionnement en matériel à usage unique est un élément qui a été pris en compte dans d'autres programmes de santé publique mais qui est très rarement évoqué dans le cas de la réalisation des FCU au cabinet du médecin généraliste.

Ce frein est peu cité dans notre étude comme dans d'autres. [35]

## **D. Freins liés à la patiente**

Dans notre étude, la réticence de la patiente est rarement un motif de non réalisation du frottis. On peut penser que les médecins ne faisant pas ou plus de frottis, ne se heurtent pas à cette

réticence. Ils dirigent tous leurs patientes vers le laboratoire ou le gynécologue mais délivrent malgré tout une information sur ce dépistage. Il ressort donc que même en cas de non réalisation du frottis, le médecin peut toutefois jouer son rôle d'acteur de santé publique en délivrant une information sur le dépistage et sur sa prévention par la vaccination anti-HPV et en orientant la patiente.

Par contre, c'est l'obstacle principal cité par ceux qui réalisent le frottis. En proposant la réalisation de l'acte, ils sont fréquemment confrontés au refus, aux hésitations, aux interrogations des patientes d'autant plus si le médecin est un homme. En effet, il semble moins facile pour les femmes d'aborder ces questions intimes auprès d'un homme.

Dans l'étude de l'ORS de Bourgogne [35], il s'agit de la principale difficulté pour les médecins interrogés pour la prescription ou pour la réalisation du frottis.

En Bretagne [37], elle est source de difficultés dans la pratique gynécologique à hauteur de 55,1%. Et elle est mise en avant de manière plus significative par les médecins hommes.

Il s'agit d'un obstacle pour 43% des médecins interrogés sur le dépistage systématique en cancérologie en Ille-et-Vilaine. [40]

## **1. Négligence dans le suivi gynécologique**

Il s'agit du principal frein rencontré chez les patientes, par les médecins généralistes de notre étude.

50 à 70 % des cancers du col se développent chez des femmes qui n'ont pas eu de dépistage ou pour lesquelles le dépistage a été insuffisant.

Dans une étude qualitative [32], les médecins soulignent l'oubli ou l'absence de culture de prévention. Les gens ne viennent pas spontanément pour un problème de prévention mais attendent de voir le médecin quand ils sont malades et se demandent quelle est la nécessité de faire un examen préventif. Il y a aussi une méconnaissance de l'existence du dépistage comme nous le verrons plus loin.

Le taux de participation est fortement lié à l'âge. Les femmes jeunes sont plus souvent suivies sur le plan gynécologique ou pour le suivi de la contraception et des grossesses alors que les femmes les plus âgées ne consultent qu'en cas de symptômes gynécologiques majeurs. L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux menée en 2002-2003 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [41] montre que près de 75 % des femmes âgées de 25 à 69 ans déclaraient avoir effectué un frottis cervical au cours des 2 années précédant l'enquête, 6% d'entre elles déclaraient ne jamais avoir effectué de frottis et 8% en avoir réalisé depuis plus de 5 ans. L'enquête souligne également que la participation au dépistage est moindre à partir de 50 ans (60% *versus* 81%).

Des facteurs conjoncturels de non recours au dépistage, tels que le manque de temps, le fait d'être préoccupée par d'autres soucis ou d'autres problèmes de santé, le fait d'accorder plus d'importance à d'autres priorités sont souvent avancés par les femmes interviewées comme motifs de non-participation au dépistage des cancers. [42]

A l'extrême, la négligence est également évoquée.

## **2. Pudeur et crainte de l'examen**

Elle est logiquement plus rencontrée par les médecins qui réalisent les frottis au cabinet.

L'examen gynécologique est souvent considéré comme intrusif, gênant voire douloureux.

La gêne à se déshabiller, à subir un examen gynécologique, est fortement marquée en fonction de l'appartenance sociale ou culturelle. [43]

La crainte d'une éventuelle positivité du diagnostic et de déboucher sur un traitement lourd est également présente. [32, 35]

Un résultat anormal peut conduire à une augmentation de l'anxiété jusqu'à réception du

diagnostic final et peut entraver les éventuels examens supplémentaires qui sont plus invasifs et moins acceptables que le dépistage. Pour diminuer cette angoisse, il est important d'instaurer une relation de confiance entre la patiente et le médecin qui réalise le geste.

Certaines femmes redoutent de se faire dépister et ce d' autant plus qu'elles ont déjà eu une expérience négative de dépistage dans le passé. [44]

Le bon déroulement du FCU est donc essentiel pour susciter la participation régulière de la femme au dépistage.

Le dépistage nécessite que les patientes et les médecins se confrontent aux tabous liés à la sexualité. [45]

En effet, il est associé au dépistage des IST et révèle souvent des comportements sexuels à risque que les femmes ne souhaitent pas aborder.

Il ne faut pas forcément chercher à réunir à tout prix des conditions idéales pour réaliser le frottis car on prend le risque de rater beaucoup d'occasions de dépistage. Les barrières psychologiques sont importantes et certaines patientes trouvent toujours un prétexte pour ne pas réaliser l'examen.

### **3. Manque d'information ou mauvaise information**

Il apparait comme un frein important, surtout chez ceux qui ne réalisent pas les frottis.

Un bon niveau de connaissances à propos du cancer et de sa prévention est un facteur d'adhésion au dépistage. Le niveau de connaissances sur le cancer est plus important chez les femmes participant délibérément au dépistage du cancer du col de l'utérus que chez les autres. [46]

Les recommandations relatives au dépistage évoluent et ne sont pas toujours expliquées aux patientes. L'intérêt du dépistage n'est pas toujours bien perçu, peut-être à cause de ce défaut d'information.

Une étude menée en Belgique montre que les femmes non dépistées pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus avaient plus souvent une perception négative de l'efficacité des tests de dépistage, la logique et les buts du dépistage. [47]

### **4. Méconnaissance de la possibilité du médecin généraliste à faire de la gynécologie**

Ce frein est surtout cité par ceux qui font les frottis, sûrement parce qu'en proposant de réaliser le geste, ils sont confrontés à l'ignorance de leurs patientes.

Un généraliste qui se déclare compétent en gynécologie, dans une logique de sous-spécialisation, va attirer l'activité gynécologique alors que son associé qui n'affiche pas cette compétence aura une activité gynécologique moindre. Ce constat permet de penser que pour la plupart des patientes, le frottis est une affaire de spécialiste. D'ailleurs elles peuvent consulter leur généraliste pour une pathologie gynécologique relativement sérieuse (infectieuse par exemple), alors qu'elles iront voir un gynécologue pour le frottis. Ceci probablement en raison de la disponibilité du généraliste pour répondre aux situations d'urgence. [29]

Le suivi médical régulier et le fait d'avoir été conseillée par son médecin traitant sont liés à la participation régulière au dépistage du cancer du col utérin [48 ; 49]. Par ailleurs, lorsque l'on interroge les femmes sur ce qui pourrait les inciter à participer à un examen de dépistage quand elles n'y ont jamais eu recours, plus de la moitié évoquent l'incitation de leur médecin de famille ou de leur gynécologue. [47]

Dans l'étude bretonne [37], si on s'intéresse aux motifs de consultations de gynécologie en médecine générale, on constate que le dépistage et la prévention ne font pas partie des premières demandes des patientes.

Dans cette même étude, ils sont 24,7% à estimer que la prévention et le dépistage sont les premiers rôles spécifiques du médecin généraliste dans le suivi des femmes.

## **5. Conditions socio-économiques défavorables et obstacles culturels**

Peu d'études ont été publiées dans ce domaine en France. L'étude de l'ORS Bourgogne fait ressortir les obstacles culturels à la troisième place des difficultés rencontrées dans la prescription ou la réalisation du frottis. [35]

Les travaux de recherche menés à l'étranger montrent que la mortalité par cancer, toutes localisations confondues, est toujours plus élevée chez les personnes ayant un statut socio-économique bas. [50]

Quelle que soit la localisation, le pronostic d'un cancer est toujours moins bon dans les groupes sociaux défavorisés. Ceci est souligné en particulier pour les cancers du sein et du col de l'utérus.

Concernant le cancer du col de l'utérus, les travaux menés aux USA montrent que chez les femmes les plus pauvres ou issues de minorités, la néoplasie cervicale a tendance à être diagnostiquée à des stades plus tardifs, et le taux de mortalité à être plus élevé. [43]

L'origine ethnique et le statut socio-économique semblent en outre être des déterminants importants de l'incidence des cancers du col, plus fréquents dans les populations d'origine latine, ayant de bas revenus et un faible niveau d'instruction. [43, 50]

Plusieurs pistes ont été avancées pour expliquer ces écarts sociaux d'incidence, de mortalité et de survie par cancer. [50, 51]

Les hypothèses les plus fréquemment avancées sont d'ordre comportemental. Les personnes les plus souvent atteintes d'un cancer et qui décèdent plus rapidement auraient un comportement qui favoriserait à la fois la survenue du cancer et son évolution rapide.

Des comportements « à risque », comme les comportements sexuels adoptés plusieurs dizaines d'années auparavant, pourraient être à l'origine de différences d'exposition aux facteurs de risque. Cependant, les différences d'exposition aux facteurs de risque expliqueraient en partie seulement les différences d'incidence entre groupes sociaux.

Les différences d'attitudes par rapport à la santé sont également avancées. Ainsi, devant l'apparition de signes cliniques, les personnes les plus défavorisées auraient tendance à consulter plus tardivement. Elles participeraient moins aux programmes de prévention et auraient moins recours aux programmes de dépistage.

Il y aurait également des différences concernant l'observance de traitements et des protocoles de surveillance.

La prise en charge différentielle par les professionnels de santé pourrait aussi contribuer à l'existence de ces disparités.

Le niveau de revenu, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, le type de protection sociale sont associés au recours au dépistage du cancer du col :

- Dans le Baromètre santé 2000, les femmes disposant de revenus plus élevés et celles vivant en couple déclaraient plus que les autres avoir bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années. [52]
- L'étude menée en Basse-Normandie montrait que les plus diplômées avaient plus souvent recours à ce dépistage que les femmes ayant arrêté leurs études en primaire (OR=5,  $p<0,01$ ). [53]
- L'enquête menée chez les femmes mutualistes de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) [54] montrait que malgré la prise en charge de l'examen, les ouvrières pratiquaient significativement moins souvent un frottis que les femmes des autres catégories socioprofessionnelles.
- L'analyse des données individuelles de l'échantillon permanent des assurés sociaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a mis

en avant que pour l'année 2000, le taux de participation des bénéficiaires du régime général était de 25,3% tandis que celui des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) était de 14,5%. [55]

Les femmes en situation de précarité sociale déclarent plus souvent que les autres que leurs conditions de vie difficiles, les obstacles matériels pour se rendre aux rendez-vous et/ou pour garder les enfants ne les encouragent pas à participer aux campagnes de dépistage. [56] Pour ces femmes, la prévention ne signifie rien puisque les messages de prévention sont en décalage avec leurs priorités et leurs modes de vie. L'impossibilité qu'elles ont à se projeter dans l'avenir du fait de leurs difficultés de la vie quotidienne conditionne leur attitude vis-à-vis de la prévention.

La crainte et le fatalisme (croyance en la non-curabilité du cancer dépisté précocement) vis à vis du cancer sont plus présents chez cette population. [43, 47, 56], tout comme la gêne à se déshabiller et à subir un examen gynécologique pour les femmes appartenant à une autre culture.

Pour ces femmes, le médecin généraliste est le premier recours aux soins. Et le fait que le dépistage ne soit pas gratuit semble être un frein à la participation. [56]

## **E. Gestion des frottis anormaux et changements dans les recommandations**

Au-delà de la compétence pour réaliser le geste technique qu'est le frottis, il y a la compétence pour interpréter les résultats et décider du suivi en cas d'anomalie.

Le médecin doit s'organiser pour assurer le suivi en cas d'anomalie détectée. Les médecins ayant cité cet obstacle ne s'estiment sûrement pas assez compétents pour prendre en charge leurs patientes en cas d'anomalie. Toutefois, on peut dire qu'ils ont rempli leur mission de prévention et qu'à ce stade, l'affaire relève plus du spécialiste.

Dans une étude menée en Basse-Normandie sur la pratique des frottis par les médecins généralistes, la prise en charge des frottis anormaux était assez variable [28] : à partir de l'exemple d'un frottis pathologique HSIL dans la classification de Bethesda 2001, 34% proposaient un suivi par frottis et colposcopie, 17% un frottis seul et 49% ne se prononçaient pas.

Le rythme de suivi était également variable : 50% se réfèrent à un avis spécialisé, 13% proposent un suivi tous les 6 mois pendant 1 an puis tous les ans, 10% un suivi annuel et 3% un suivi semestriel. Enfin, 24% ne se prononçaient pas. On voit bien que le suivi pose problème.

Les changements dans les recommandations sont fréquents et ne sont pas toujours compris par les médecins. Certains, par crainte de passer à côté de quelque chose, préfèrent répéter le frottis à un intervalle plus court que celui des recommandations de l' HAS. Dans l'étude Bas-Normande [28], 44% des médecins réalisant les frottis le proposent tous les 3 ans, 25% tous les 2 ans et 29% ne se prononcent pas. Or, un dépistage trop fréquent n'est pas forcément utile car il n'entraîne pas pour autant une couverture maximale de la population cible.

Dans l'étude francilienne [29], il ressort que les médecins sont souvent mal informés sur la performance des tests et sur ce qu'on peut en attendre en terme de réduction de la mortalité. Ils sont également sensibles aux controverses scientifiques, à la remise en question d'une stratégie de santé publique qu'on peut trouver dans les revues médicales. La plupart n'iront pas plus loin que leurs lectures, mais d'autres pourront abandonner la pratique préventive, objet de la controverse.

## **F. Freins liés au médecin**

### **1. Gêne de la part du médecin**

Le FCU est un geste intime et la pudeur de la patiente peut faire écho à la propre gêne du médecin. Surtout si le « médecin de famille » est face à une jeune patiente qu'il a pu soigner pendant son enfance.

Les hommes n'aiment pas forcément faire les frottis car il faut aborder des problèmes féminins et dans ce cadre, les médecins femmes peuvent être plus concernées et à l'aise avec le sujet pour faire accepter le frottis aux femmes.

En Bretagne [37], 22,7 % évoquent leur propre réticence à effectuer un examen gynécologique quel que soit le sexe du médecin.

Par ailleurs, le médecin peut percevoir comme intrusif le fait de parler dépistage à des personnes qui viennent en consultation pour un tout autre motif. En évoquant la possibilité d'une maladie cachée, on peut générer une angoisse chez le patient. [29]

### **2. La motivation**

A noter que le manque d'intérêt pour la pratique n'est cité par aucun des médecins qui ne réalisent pas les frottis. Pourtant le manque de motivation est cité dans différentes études. [29, 30, 35] Pour le dépistage du cancer du col, la motivation du médecin est déterminée par l'offre gynécologique environnante. Les généralistes orientent significativement plus fréquemment les femmes vers un spécialiste dans les grandes agglomérations de plus de 30 000 habitants, et à l'inverse réalisent plus souvent les frottis lorsque les communes où ils se trouvent sont de tailles plus réduites.

D'autres médecins ont fait le choix d'orienter leur pratique vers des domaines comme la médecine du sport ou la gériatrie dont ils possèdent les diplômes associés.

Ainsi, leur pratique de la gynécologie est faible ou inexistante, tout comme les médecins qui ne portent pas d'intérêt à la gynécologie et qui préfèrent ne pas assurer de suivi.

La motivation pour réaliser le frottis est liée au sexe féminin, ainsi un médecin homme installé avec un médecin femme aura peut-être tendance à orienter ses patientes vers sa consœur pour le suivi gynécologique.

## **G. Autres**

L'analyse des commentaires met en évidence une autre difficulté : la place vis-à-vis du gynécologue. En effet, lorsque les patientes sont suivies par ce dernier, le généraliste n'a le plus souvent pas de traçabilité de la date et du résultat du dernier frottis. D'autre part, il y a un risque que le médecin se désintéresse du dépistage et que la patiente ne l'informe pas quand elle cesse de consulter en gynécologie.

Dans l'étude francilienne les généralistes présentent les gynécologues comme des sur-prescripteurs ne respectant pas les délais recommandés entre deux dépistages [29]. Ainsi, quand le généraliste essaie de respecter ce délai, il craint d'être accusé de vouloir faire des économies sur la santé de la patiente.

Les problèmes de coordination entre généralistes et gynécologues sont également mentionnés dans l'étude de l'ORS Bourgogne. [35]

## **II. Les moyens de surmonter les obstacles**

Nous avons interrogé les médecins sur ce point en leur demandant quels éléments les inciteraient à une plus grande implication dans le dépistage.

Nous allons nous appuyer sur la littérature pour développer les propositions d'amélioration.

### **A. Développer et améliorer l'information**

Elle est la principale demande d'amélioration dans notre étude et elle est citée significativement plus par ceux qui réalisent les frottis. En effet, faire et expliquer les frottis induit des interrogations au niveau du médecin et des patientes.

Les campagnes de communication ont pour objectif de sensibiliser les personnes à la problématique du dépistage des cancers et éventuellement d'améliorer leur connaissance en la matière. Une meilleure information pourrait convaincre les femmes les plus réticentes et permettrait de réduire les inégalités. Elle doit porter sur l'intérêt et les modalités du dépistage, ainsi que sur la possibilité du médecin généraliste à réaliser le frottis.

Il s'agit d'ailleurs d'un des objectifs du plan cancer 2009-2013. [57]

Actuellement, les moyens d'information sont multiples. [2]

En 2010, le ministère de la Santé et des Sports et l'INCA, en partenariat avec les 3 principaux régimes d'Assurance maladie, ont lancé une campagne nationale de mobilisation contre le cancer du col de l'utérus. Ce programme vise à sensibiliser les femmes, en particulier les plus vulnérables socialement, à l'importance de la prévention et du dépistage de ce cancer.

Le dispositif associe des outils d'information sur le dépistage à destination de toutes les femmes (campagne radio nationale rappelant l'importance du frottis de dépistage, documents d'information), des outils d'information sur la vaccination à destination des jeunes filles et de leurs mères (campagne Web, dépliants) ainsi que des outils à disposition des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmier(ère)s scolaires, gynécologues).

*(Cf annexe 5 : affiche et dépliant)*

Afin de renforcer ce système, on pourrait ajouter une information sur les plaquettes de pilule et les boîtes de préservatifs, une sensibilisation dans les bureaux des assistantes sociales et dans les milieux scolaires pendant les cours d'éducation sexuelle.

Pour atteindre plus spécifiquement les femmes en situation de précarité sociale, le contenu des messages véhiculés doit être adapté à leur niveau de compréhension et de connaissance, ainsi qu'à leurs croyances et leurs attitudes vis à vis de la curabilité de la maladie et de l'efficacité des tests de dépistage. Le contenu doit tenir compte de l'âge, des caractéristiques socio-économiques et des différents aspects culturels des populations ciblées. Il peut être rédigé en plusieurs langues (*cf annexe 6 : affiche multilingue*). Les messages doivent être courts, simples et éviter les terminologies médicales trop complexes. Il faut également adapter les supports de communication en prenant appui par exemple sur les médias locaux (bulletins municipaux et départementaux distribués gratuitement dans les boîtes aux lettres). Une information orale par des radios locales ou des personnes de proximité (pharmacien, travailleurs sociaux). La diffusion peut également se faire au sein de groupes de discussion, d'associations, pour permettre un échange.

Un travail éducatif et de communication en réseau, en particulier dans les quartiers défavorisés est recommandé si l'on veut agir sur les représentations en matière de santé, et diffuser une autre conception de la consultation médicale, axée sur la prévention.



## **B. Dédier des consultations au dépistage**

Les contraintes temporelles, la complexité des informations à donner aux patientes et la multitude de problèmes à gérer au cours des consultations ne permettent pas aux médecins d'exercer leur rôle de prévention comme ils le souhaiteraient.

C'est pourquoi un certain nombre, dans notre étude comme dans d'autres évoquent la possibilité de la mise en place d'une consultation spécifique pour la prévention. [29, 35]

Cette consultation, longue et gratuite par le médecin généraliste traitant (tiers payant complet par la Sécurité sociale) ouvrirait des perspectives très intéressantes. Cela valoriserait la prévention et légitimerait le travail du médecin.

Dans une étude, il a été montré que le principal facteur favorisant la pratique d'un dépistage est le fait d'avoir déjà réalisé le dépistage d'un autre cancer. [3] Ce facteur est en relation avec l'accès au médecin qui a un rôle majeur dans le maintien de l'information.

On pourrait ainsi coupler le dépistage du cancer du col au dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein comme cela a été fait en Isère. Ce système ne toucherait cependant qu'une partie de la population cible.

Dans notre étude, les médecins âgés de 35 à 55 ans sont moins favorables à ces consultations et se posent plusieurs questions :

- quelle reconnaissance financière ?
- quelle place pour le médecin généraliste ?
- consultations au cabinet ou dans des centres de médecine préventive ?

## **C. Une meilleure rémunération de l'acte**

Depuis mars 2012, afin de favoriser la généralisation du dépistage, l'article 27.1 de la convention [39] envisage la possibilité, pour l'ensemble des médecins, de coter l'acte clinique de consultation associé à l'acte technique JKHD001- prélèvement cervico-vaginal. Il s'agit d'une dérogation au principe de non cumul d'un acte de consultation et d'un acte technique prévue à l'article III-3 des dispositions diverses de la classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). La consultation est facturée à taux plein et l'acte technique à 50% de sa valeur. L'acte de frottis est donc facturé 4,82 €. Ce cumul n'est possible que dans les situations décrites dans les recommandations de la HAS chez les femmes de 25 à 65 ans :

- 2 frottis annuels normaux,
- puis un frottis tous les 3 ans.

Ceci permettra une traçabilité des frottis et donc une évaluation du dépistage en terme d'atteinte des objectifs fixés en santé publique. Cela suffira-t-il à inciter les médecins à une plus grande implication dans le dépistage ?

## **D. Formation à la réalisation du prélèvement**

Pour rappel, 38% des médecins ne réalisant pas les frottis l'expliquent par leur manque de formation et 91% des médecins le réalisant déclarent ne pas avoir de formation complémentaire en gynécologie.

Plusieurs types de formations sont proposés aux médecins généralistes :

- soit un Diplôme interuniversitaire (DIU) de gynécologie obstétrique qui comporte 3 sessions de 4 jours de cours, 80h de consultations et un mémoire à effectuer. Cette formation très complète peut être difficile à combiner avec une activité libérale ;
- soit par des FMC, elles se déroulent en général sur une journée et peuvent contenir une partie pratique.

On pourrait également proposer des formations ciblées sur la pratique du frottis, sur des mannequins à l'hôpital ou dans des laboratoires.

Les formations sont en relation avec l'intérêt du médecin pour une discipline. Pourtant, beaucoup de médecins ne réalisant pas le frottis pensent qu'une formation pourrait changer leur pratique.

Alors comment enseigner cette pratique du frottis et les sensibiliser ? Le meilleur moyen semble être la formation initiale qui permet de familiariser les étudiants avec une pratique, de développer leur intérêt pour une discipline et de favoriser la confiance dans leur savoir-faire par la répétition des gestes en stage. A Rouen, il existe déjà un système d'évaluation des compétences théoriques et pratiques (ECOS) des internes de médecine générale, qui permet si ils réussissent de valider une partie de leur DES et si ils échouent à réaliser des cours et un 6<sup>e</sup> semestre ciblé.

## **E. Diversifier les lieux de réalisation du frottis, auto-prélèvements**

En France, la pratique du FCU reste encore aujourd'hui très largement le fait des médecins gynécologues. Compte tenu de la situation française au regard de la démographie médicale, il paraît nécessaire de diversifier les lieux de réalisation des FCU en se basant sur les structures, en particulier médico-sociales (PMI, CDAG, etc.), et professions existantes. [2]

Le suivi de grossesse et le suivi post-accouchement constituent des périodes favorables à la sensibilisation des femmes à la prévention, et plus particulièrement au dépistage du cancer du col de l'utérus. En ce sens, depuis 2010, le premier examen prénatal prévoit la proposition de réalisation d'un FCU à toutes les femmes, et spécialement à celles qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse.

Ainsi, l'implication des sages-femmes dans la sensibilisation des femmes à la prévention et au dépistage du cancer du col de l'utérus doit être encouragée, l'exercice de leur profession comportant, depuis 2009, la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (réalisation des FCU), sous réserve que la femme soit adressée à un médecin en cas de situation pathologique.

La diversification des lieux de réalisation des FCU pourrait concerner l'ensemble des laboratoires de biologie médicale ainsi que les cabinets d'anatomopathologie.

Actuellement, de nombreux prélèvements sont réalisés dans des laboratoires d'analyses médicales qui disposent d'un médecin biologiste selon la réglementation. Ceux qui sont dirigés par des pharmaciens biologistes sont donc exclus. Ces laboratoires sont nombreux et reconnus par les femmes comme des lieux de réalisation d'analyses, y compris gynécologiques, et disposent le plus souvent de l'équipement et des conditions matérielles nécessaires à la réalisation de cet acte.

A l'instar d'un certain nombre de pays européens (Finlande, Irlande, Royaume-Uni, Suède), la réalisation des FCU pourrait également reposer sur les infirmier(ère)s exerçant dans des structures telles que des maisons de santé pluridisciplinaires. [2]

Plusieurs pays comme les Pays-Bas, la Norvège et la Suède ont expérimenté la méthode de l'auto-prélèvement (recherche d'HPV) à domicile avec succès. [58] L'auto-prélèvement à domicile peut être un moyen pour atteindre une partie des femmes qui n'adhèrent pas au dépistage car il permet de lever certaines barrières comme les difficultés d'accès à un médecin (délais de rendez-vous, distance) ou les réticences que peuvent avoir les femmes vis-à-vis de l'examen gynécologique (inconfort, embarras, examen réalisé par un professionnel de sexe masculin...). De plus, les prélèvements ainsi effectués sont presque toujours de qualité satisfaisante pour l'analyse.

En France, la détection du papillomavirus humain par l'auto-prélèvement vaginal à la recherche d'HPV a débuté en septembre 2009 sous la forme d'une expérimentation dans le centre en stratégie alternative de Tours pour les femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU. [2]

Ce projet consiste à proposer à ces femmes de réaliser elles-mêmes un prélèvement vaginal (l'auto-prélèvement vaginal) grâce à un kit qui leur sera envoyé à domicile. Une recherche de

HPV sera ensuite réalisée sur cet auto-prélèvement. L'étude se fera en deux temps. Dans un premier temps, il s'agira d'évaluer la performance technique de la recherche de papillomavirus humains sur un auto-prélèvement vaginal. Dans un second temps, il s'agira d'évaluer l'efficacité de la stratégie consistant à envoyer un kit d'auto-prélèvement vaginal au domicile des femmes non dépistées.

Au total, les auto-prélèvements, réalisés ou non au cabinet du médecin traitant, constituent une modalité qui pourrait permettre d'atteindre les femmes les plus réfractaires au dépistage ou y accédant difficilement. La facilité et la faisabilité du geste ont été établies. En terme de sensibilité, le typage HPV réalisé à partir d'un auto-prélèvement ne vaut pas celui réalisé à partir d'un prélèvement effectué par un professionnel ; sa sensibilité est comparable à celle atteinte par le FCU traditionnel en termes de détection de lésions de haut grade. Néanmoins, des études complémentaires doivent encore être réalisées afin d'évaluer de façon la plus précise possible la qualité d'un tel test de dépistage. [59] La recherche dans ce domaine, soutenue par l'INCA, fournira des données techniques sur le choix d'un mode de transport combinant, si possible, simplicité d'utilisation, faible coût, performance et facilité d'envoi postal.

## F. Le dépistage organisé

Les définitions habituellement retenues pour les différents types de dépistage sont les suivantes :

- dépistage organisé ou communautaire : le dépistage est proposé systématiquement à l'ensemble de la population cible dans la communauté. La participation est volontaire, mais le dépistage s'inscrit dans une politique de dépistage précise, avec des tranches d'âge, des fréquences et des procédures. Il repose sur une équipe responsable de la gestion du programme ;
- dépistage individuel (ou opportuniste) : la population est recrutée lors d'un recours aux soins (consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail, hospitalisation).

La seule façon d'étendre la couverture est d'organiser un dépistage de masse.

Dans notre étude, 80% des médecins sont favorables à un dépistage organisé chez les femmes de 25 à 65 ans, comme dans l'étude de l'ORS Bourgogne. [35]

Dans les années 90, quatre départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) ont mis en place un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Ces quatre départements « pilotes » sont aujourd'hui rejoints par neuf autres départements (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne). Dans ces 13 sites expérimentaux, sont associées des actions de dépistage (invitation par courrier des femmes n'ayant pas fait de frottis depuis trois ans, relance des femmes ne donnant pas suite à l'annonce d'une anomalie sur leur frottis, ...), des actions de prévention (campagne en faveur de la vaccination, ...) et d'éducation à la santé (information des jeunes filles, travail avec des groupes de femmes précaires, ...). Mais, pour le moment, aucune décision n'a été prise au niveau national. Cela pourrait pourtant permettre d'atteindre les femmes qui ne sont pas dépistées et de rappeler à une fréquentation régulière celles qui le sont de façon très insuffisante. Il donnerait de meilleurs résultats en terme de coût-efficacité que le dépistage opportuniste : c'est ce qui a permis à la Finlande d'atteindre, avec un frottis effectué tous les 5 ans, chez 93 % des femmes entre 30 et 60 ans une incidence de 4,3/100 000 et une mortalité de 1,8/100 000. [26]

Les invitations personnalisées ont fait leur preuve dans les pays où le dépistage organisé existe. Il est possible de se baser sur les registres des organismes d'assurance maladie. Seules les femmes de la population cible qui n'ont pas été récemment dépistées sont invitées, c'est-à-dire les femmes pour lesquelles l'Assurance maladie n'a pas remboursé d'acte de FCU dans

les 3 ans. Une lettre incitative insisterait sur la capacité du frottis à détecter des lésions précancéreuses en précisant le rythme des frottis, les différentes possibilités pour les réaliser (gynécologue, médecin généraliste, laboratoires d'analyses, ...) et la prise en charge financière.

En Alsace, le système d'invitation-relance est utilisé par le dépistage organisé. [2]

Tous les FCU sont recensés avec identification de la patiente, du praticien exécutant, la date de prélèvement et le résultat. En pratique, les patientes vont consulter leur gynécologue ou médecin traitant, comme elles en ont l'habitude. Ces derniers réalisent l'examen de dépistage recommandé puis l'envoient à la structure interprétant le test. Celle-ci analyse ces examens et les transmet à l'organisme de gestion qui va alors intégrer les patientes au fur et à mesure dans sa base de données. Il va également adresser un compte rendu de l'examen au médecin prescripteur qui organisera la suite de la démarche diagnostique ou thérapeutique. En cas d'examen de dépistage normal, la patiente est convoquée dans un délai de 3 ans pour subir un nouveau dépistage. Ce système de convocation des patientes est intéressant d'un point de vue financier : l'intégration progressive des patientes permet de répartir les coûts dans le temps. De plus, il s'appuie sur le dépistage individuel déjà installé au sein de la région et évite ainsi un double dépistage. Ses inconvénients résident essentiellement dans son inertie, plusieurs années sont nécessaires avant de pouvoir intégrer l'ensemble de la population cible.

L'efficacité économique du dépistage organisé du cancer du col a été d'abord étudiée à partir des années 1980, principalement aux Pays-Bas et au Danemark. Une revue de ces travaux initiaux a été publiée en 1996. [60]

Elle mettait en évidence que les programmes les plus coûts-efficaces étaient les programmes organisés par rapport au dépistage individuel et aux programmes axés uniquement sur l'incitation des professionnels à pratiquer le dépistage.

En France, l'impact d'une organisation du dépistage a été modélisé en comparant une situation proche de la situation actuelle et une situation de dépistage organisé correspondant au modèle alsacien. [61]

Les deux stratégies différaient sur trois aspects :

- une augmentation de la couverture du dépistage,
- une amélioration de la qualité des prélèvements (diminution du nombre de prélèvements jugés non exploitables),
- un meilleur suivi des FCU anormaux.

Les éventuels effets sur la prise en charge thérapeutique des cas diagnostiqués par rapport à l'absence d'organisation n'ont pas été pris en compte.

La modélisation a consisté à évaluer l'impact d'une organisation nationale du dépistage sur le nombre de lésions précancéreuses dépistées, l'incidence du cancer du col de l'utérus, la mortalité par cancer du col de l'utérus et le coût du dépistage et de la prise en charge des lésions et des cancers.

En France, par rapport à la situation actuelle, une organisation du dépistage pour l'ensemble de la population cible induirait :

- une réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus de 14,2 % (- 20,3 % pour les stades supérieurs à I) et du nombre de décès à 5 ans de 18,1 % ;
- une augmentation de + 27,5 % de lésions dépistées (dont 44,5 % de lésions précancéreuses) ;
- une augmentation de 11 % du coût total du dépistage (370 millions d'euros y compris budget des structures de gestion) ;
- des coûts par cancer évités de 50 000 € (perspective Assurance maladie) et 85 000 € (perspective sociétale).

L'organisation du dépistage avec une répartition modifiée des préleveurs (20 % des prélèvements effectués par des médecins généralistes ou des sages-femmes *versus* 10 % dans la situation actuelle) induirait une diminution du coût total du dépistage et du coût par cancer évité (68 000 €).

Concernant l'objectif d'augmentation de la couverture estimée des femmes relevant de la CMU ou des femmes de plus de 50 ans, l'organisation se traduirait par des gains en terme de cancers dépistés de respectivement 3 % et 6,6 %. La validité des estimations est limitée par divers facteurs d'incertitude, en particulier relatifs aux facteurs de risque et comportements de prévention dans ces populations.

Tout dépistage organisé s'accompagne d'une démarche qualité qui doit concerner toutes les étapes : test de dépistage et qualité du prélèvement, interprétation du test et qualité de l'interprétation, rendu du résultat, suivi et qualité du suivi. Des modalités de traitements et de prise en charge ultérieure doivent être définies en accord avec les recommandations en vigueur.

Des recommandations extrêmement détaillées ont été publiées au niveau européen dans ces différents domaines dès 1993 et réactualisées en 2008. [62]

### *Qu'en est-il dans les autres pays ?*

Le Conseil de l'Union européenne recommande vivement que le dépistage des cancers du col par FCU soit réalisé dans un cadre organisé. [63] La recommandation européenne s'appuie sur un certain nombre d'attendus fondés essentiellement sur les résultats obtenus il y a plus de 40 ans dans les premiers pays ayant mis en place une organisation du dépistage (une organisation du dépistage permet l'atteinte d'un taux de participation supérieur, une amélioration de l'équité, une probabilité plus élevée de toucher les femmes les plus à risque, de mettre en place plus facilement des mesures d'assurance qualité, etc.). Différents pays européens ont déjà adopté une politique de dépistage organisé au niveau national (Finlande, Angleterre, Luxembourg, Pays-Bas, Suède, Norvège, etc.). [59, 64]. Au sein de ces pays, il existe souvent également un dépistage individuel, dont la proportion est plus ou moins importante.

Les autres pays de la communauté européenne ont choisi de maintenir un dépistage individuel avec, parfois, comme c'est le cas en France, le maintien d'expériences locales de dépistage organisé.

Le Canada (Colombie-Britannique) et la Finlande ont été les premiers pays à mettre en place un dépistage organisé du cancer du col utérin au début des années 60.

Dès 1968, *Fidler et al.* mettaient en évidence la baisse importante de l'incidence des cancers du col ayant résulté du dépistage organisé en Colombie-Britannique par rapport à la population n'ayant pas participé au dépistage. [65]

Le ratio d'incidence standardisé entre les cas observés et les cas attendus (sur la base du taux d'incidence observé avant le démarrage du programme) était de 0,16 chez les femmes ayant bénéficié d'au moins un FCU et de 1,08 chez les femmes n'ayant pas participé au dépistage, le risque relatif étant de 0,16 (IC 95% 0,09-0,29).

En Finlande, les résultats observés chez les femmes ayant été dépistées au moins une fois entre 1963 et 1971 et suivies en moyenne durant 3,5 ans ont mis en évidence un risque relatif de cancer du col de 0,22 (IC 95 % 0,18-0,27) entre les femmes participantes et les femmes non participantes. [66]

Ces résultats ont été confirmés dans une publication plus récente. [67]

De plus, une étude cas-témoins, réalisée en Finlande à la fin des années 1990, a montré que l'efficacité du dépistage organisé était globalement deux fois plus élevée en terme de cancers du col évités que le dépistage individuel (en considérant toutes les femmes qui avaient eu au

moins un FCU au cours de leur vie), mais nombre des femmes incluses dans cette étude avaient en fait bénéficié des deux modes de dépistage. [68]

En Islande, un dépistage systématique a été instauré, en 1969 pour les femmes de 25-69 ans. Une étude publiée en 1993 a montré une diminution globale de l'incidence de 63 % et une réduction de la mortalité de 77 % pour les femmes de 25 à 69 ans. [69]

La baisse de l'incidence et de la mortalité a été observée pour toutes les classes d'âge (y compris les femmes de 70 à 89 ans).

Au Danemark, une étude publiée en 2006 a comparé les taux d'incidence et de mortalité des cancers du col dans différents comtés danois disposant, soit d'un dépistage organisé, soit d'un dépistage individuel. [70]

Le dépistage organisé concernait les femmes âgées de 30 à 64 ans entre 1973 et 2002.

Les résultats mettent clairement en évidence une baisse de l'incidence (mais pas de la mortalité) significativement supérieure dans les comtés avec dépistage organisé et ce, dès le début de la mise en place de ce dernier.

En Italie, dans la région de Turin, une baisse de 20 % de l'incidence des cancers a été observée chez les femmes invitées à participer au dépistage organisé mis en place par rapport aux femmes non invitées et une baisse de 75 % chez les femmes ayant effectivement participé par rapport à celles n'ayant pas participé. [71]

Les pays organisant un dépistage du cancer du col de l'utérus au plan national ont pour la plupart des taux de couverture relativement élevés de la population cible avec toutefois une grande variabilité.

Une revue des taux de participation au dépistage a été conduite en 2005 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC/IARC). [72]

Des taux de participation supérieurs à 80 % sont observés en Angleterre, en Islande et dans certaines régions de la Suède et du Danemark. La Belgique, la Finlande, les Pays-Bas et la Norvège ont des taux compris entre 70 et 80 %. En Autriche, en Italie et en Espagne on observe des taux autour de 60 %, voire inférieurs.

La participation varie aussi au sein du même pays (entre 76 et 85 % en Angleterre, entre 25 et 61 % en Espagne, entre 26 et 61 % en Italie).

L'organisation du dépistage ne paraît pas suffire à elle seule à assurer un taux de couverture élevé.

L'organisation du dépistage soulève de nombreuses interrogations, comme cela a pu être évoqué par les médecins interrogés dans notre enquête :

- quelle place aurait alors le médecin généraliste ?
- serait-il mis hors circuit ou au contraire aurait-il une place privilégiée ?
- quelle reconnaissance ?
- contrôlé par qui ?

Le plan cancer 2009-2013 prévoit d'expérimenter sur quelques sites, en complément des expérimentations réalisées sur trois sites pilotes, l'application d'un cahier des charges d'une organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis. [57]

## **G. Autres**

Les difficultés d'approvisionnement en matériel, bien que mineures dans notre étude comme dans d'autres, pourraient être résolues avec l'organisation du dépistage. La structure chargée de l'organisation fournirait les dispositifs de prélèvement (spéculum, spatule d'Ayre, cytobrush, lames, ...) et assurerait la réception des frottis.

Concernant les conditions de réalisation de l'examen, il revient au médecin d'avoir une table d'examen adaptée à la pratique de la gynécologie.

Pour que le dépistage et le suivi des patientes soient réguliers, un dossier médical complet dans lequel figure l'ensemble des actes déjà réalisés est nécessaire. Cela est d'autant plus important en cas de découverte d'une anomalie. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes] auxquels il était demandé d'auto-évaluer leurs dossiers médicaux pour les inciter à en améliorer la tenue et à s'impliquer dans le dépistage des cancers (sein, côlon et utérus) a montré que la qualité des dossiers de médecine générale est insuffisante pour une gestion rigoureuse des dépistages des cancers. [73]

Pour les 37 médecins généralistes ayant évalué 763 dossiers, l'existence d'antécédents familiaux de cancer était renseignée dans la moitié des dossiers. La réalisation d'un FCU cervical était mentionnée dans 44,2 % des dossiers mais seuls 25,9 % étaient complets.

La Société française de médecine générale (SFMG) a conçu un logiciel spécifique destiné à répondre à ce besoin des médecins généralistes dans la réalisation et le suivi du dépistage des principaux cancers. Ce module informatique est disponible gratuitement sur le site de la société. Il ne semble pas avoir fait l'objet d'une évaluation structurée.

([http://www.sfm.org/outils\\_sfm/depistage\\_des\\_cancers/](http://www.sfm.org/outils_sfm/depistage_des_cancers/))

### **III. Les biais**

#### **A. Elaboration et diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été constitué à partir de données qualitatives trouvées dans la littérature. Il existe un biais dans la composition du questionnaire, avec oubli d'un item comme celui des relations entre généralistes et gynécologues, cité comme difficulté par ceux qui réalisent les frottis. En revanche, nous avons toujours laissé la possibilité aux médecins d'indiquer une « autre » réponse que celles proposées, même si certains ne détaillaient pas ce choix.

Le support internet et le téléphone ont été choisis pour des raisons de coût et de gain de temps. Le recueil de réponses automatisé évitait aux médecins d'avoir à renvoyer le questionnaire, ce qui a probablement augmenté le taux de participation. Un contact téléphonique a dû être établi avec des médecins afin d'obtenir leur adresse électronique si celle-ci n'était pas disponible. Le fait de discuter de notre travail directement avec eux a pu les inciter à répondre au questionnaire.

#### **B. Biais de recrutement**

En interrogeant les MSU nous voulions assurer un meilleur retour des questionnaires du fait de leur implication dans la formation des futurs médecins généralistes.

On peut également penser que les médecins les plus intéressés par le dépistage du cancer du col de l'utérus ont davantage répondu que les autres, ce qui constitue un biais de sélection.

#### **C. Biais d'échantillonnage**

La proportion des hommes et des femmes est identique à la population des médecins français : 69,5% d'hommes contre 69% dans notre étude. Cependant tous nos résultats ne peuvent être extrapolés à la population nationale puisque nous n'avons pas tenu compte du lieu d'installation (zone rurale ou urbaine) lors de la constitution de notre échantillon. La population est majoritairement rurale dans notre étude. Au niveau de l'offre de soins, la région Haute-Normandie montre un déséquilibre très marqué en défaveur de l'espace rural ou péri-urbain par rapport aux villes importantes, et en défaveur de l'Eure par rapport à la Seine-Maritime, si on se réfère à la densité de médecins généralistes et à son évolution sur la dernière décennie. [74]

## **D. Limites de l'étude**

En ce qui concerne les médecins ne réalisant pas les frottis, l'échantillon étant trop faible (8 médecins seulement), nous ne pouvons ni conclure sur les freins rencontrés, ni sur les mesures incitatives, ni sur les raisons de non réalisation.

Nous aurions pu interroger les médecins sur la manière dont ils concevaient l'organisation du dépistage sous forme de question ouverte afin de connaître la place et la reconnaissance souhaitées. Nous avons tout de même eu des commentaires à ce sujet dans la rubrique prévue à cet effet.

Dans notre étude, le fait d'être un homme influe de manière presque significative sur la réalisation du frottis au cabinet alors que, selon le baromètre santé médecin-pharmacien de 2003, il s'agit plutôt d'une femme [33].



## **CONCLUSION**

Les conditions actuelles d'exercice ne facilitent pas la réalisation d'actes comme le FCU en cabinet de médecine générale. Les questions de temps, de rémunération, la réticence des patientes et la formation constituent des obstacles qui conduisent de plus en plus de médecins à déléguer l'exécution des FCU à d'autres professionnels de santé (laboratoires de biologie médicale en particulier). Cependant, 89% des médecins interrogés dans notre enquête réalisent des FCU, ce qui montre une bonne implication et une volonté de diversité de pratique des médecins. Ceux qui ne les réalisent pas informent et orientent systématiquement leurs patientes pour faire le dépistage. Il faut développer et valoriser la place d'acteur en santé publique des médecins généralistes car ils sont en première ligne.

Le développement et l'amélioration de l'information sont la première demande des médecins interrogés dans notre enquête. En effet, la réticence de la patiente est un frein majeur, et donc une meilleure information permettrait d'augmenter la participation des femmes. Elle doit concerner les femmes de la population cible et les femmes les moins dépistées (campagnes de communication, travail éducatif, invitations personnalisées, ...). L'information doit porter sur l'intérêt et les modalités du dépistage ainsi que sur la capacité du médecin généraliste à réaliser le frottis.

L'idée de dédier des consultations au dépistage séduit un bon nombre de médecins généralistes en raison du temps important à consacrer lors d'une consultation pour ce motif, qui plus est s'il en existe d'autres. Une consultation spécifique au dépistage, plus longue et gratuite, valoriserait le travail du médecin en tant qu'acteur de santé publique et motiverait le patient à consulter pour un dépistage global.

La revalorisation de la rémunération doit également être revue. La possibilité de coter l'acte en plus de la consultation depuis mars 2012 incitera peut-être les médecins à le réaliser. Si des consultations dédiées au dépistage se mettent en place, on devra passer par une reconnaissance financière à la hauteur du temps consacré.

Des besoins de formation technique existent, surtout chez ceux qui ne réalisent pas les frottis. Une amélioration de la formation initiale permettrait de développer l'intérêt pour cette pratique : apprentissage et répétition des gestes pour l'acquisition du savoir-faire en stage de gynécologie-obstétrique. Pour les médecins installés, il faudrait une amélioration des FMC en les orientant vers des ateliers pratiques pourquoi pas en cabinet de gynécologie ou à l'hôpital.

Variation des sites de réalisation des frottis permettrait aux femmes les plus réticentes de pouvoir réaliser leur examen dans différents lieux : chez une infirmière, laboratoires, sages-femmes, centres médicaux sociaux... et également de répondre au problème de démographie médicale. Les auto-prélèvements à domicile seront à étudier de façon plus approfondie dans les années à venir et pourraient concerner plus spécifiquement les femmes les plus réticentes au dépistage.

Pour améliorer le suivi du dépistage, on pourrait souhaiter une meilleure communication des comptes-rendus avec l'envoi systématique d'un double du résultat du frottis au médecin traitant lorsque l'examen est fait au laboratoire d'analyse et un courrier du gynécologue lorsque c'est ce dernier qui l'a réalisé.

Se pose bien entendu la question de l'organisation du dépistage. Il serait le seul moyen d'assurer une couverture idéale et d'éviter les disparités en atteignant les femmes qui ne sont pas dépistées et en rappelant à une fréquentation régulière celles qui le sont de façon très insuffisante. Il permettrait de mettre en œuvre les améliorations et de centraliser les données. Les médecins que nous avons interrogés y sont majoritairement favorables. Il pourrait s'appuyer sur le dépistage individuel déjà existant. Cependant beaucoup s'interrogent sur la place du médecin généraliste dans cette organisation et sur la reconnaissance.

Toutes ces propositions font écho aux objectifs du plan cancer 2009-2013 [57] :

- Produire chaque année une analyse de la répartition des cancers sur tout le territoire, et réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement, et la perception des cancers et des facteurs de risques ;
- Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage en informant les populations cibles sur le rythme et les bonnes pratiques du dépistage (en particulier les populations précaires ou isolées) et en réalisant des études pour identifier les freins à la participation et à la fidélisation ;
- Impliquer le médecin traitant:
  - Développer des actions d'information à destination des professionnels de santé accompagnant la vaccination HPV, tout en rappelant la nécessité d'un dépistage régulier ;
  - Établir des recommandations de bonnes pratiques en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus : tests, fréquence, conduite à tenir selon les situations ;
  - Expérimenter sur quelques sites, en complément des expérimentations réalisées sur trois sites pilotes, l'application d'un cahier des charges d'une organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis et la constitution d'un réseau de surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Mais manque à ce jour une réelle volonté politique pour organiser le dépistage au niveau national.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut national du cancer. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux en 2010. juillet 2010, 22 p  
<http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/rapports-et-expertises/sante-publique>
- [2] Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. Juillet 2010, 235 p  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1009772/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france)
- [3] 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 2008, 56 (5) p 303-313
- [4] Dachez R. Le cancer du col de l'utérus, que sais-je ? Paris : presses universitaires de France, 2008, 128 p
- [5] Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Groupe de travail sur la vaccination contre les papillomavirus. Séance du 23 mars 2007  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/r\\_mt\\_230307\\_papillomavirus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/r_mt_230307_papillomavirus.pdf)
- [6] institut national du cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Septembre 2007, 34 p.  
<http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/rapports-et-expertises/sante-publique>
- [7] Aubin F et col, Human papillomavirus genotype distribution in external acuminata condylomata : a large French National Study (EDiTH IV). Clin Infect Dis, 2008. 47(5) p 610-615
- [8] Monsonog J. Infections à papillomavirus. Etat des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Springer, 2006, 236 p
- [9] Duport N, Institut National de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances. Actualisation 2008  
[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer\\_col\\_uterus\\_2008/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/index.html)
- [10] Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre 1990. Recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1990, 19 p1-16
- [11] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus. Paris: Anaes, 1998
- [12] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la pratique clinique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002. Paris: Anaes, 2002  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottisfinal-recommandations.pdf>
- [13] Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. La cytologie en phase liquide et le dépistage du VPH : De nouvelles solutions pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Février 2008

[14] Académie Nationale de Médecine. Les vaccins des papillomavirus humains. Leur place dans la prévention du cancer du col utérin. 11 Décembre 2007

<http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/beguerapp11dec2008.doc>

[15] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Mai 2004. 99p <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPV%20rap.pdf>

[16] Monsonogo J. Prévention du cancer du col utérin : apport du dépistage, récents progrès et perspectives. *Presse Med* 2007, 36: p 92–111

[17] Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, *et al.* Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *Lancet* 2003, 362 : p 1871-1876

[18] Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Dépistage du cancer du col de l'utérus, objectif 48. p 220-222

[http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_sante\\_2009-2010.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2009-2010.pdf)

[19] Guilbert P, Beck F, Gautier A. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé 2005. p 308-310

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>

[20] Duport N, Haguenoer K, Ancelle Park R, Bloch J. Institut de veille sanitaire. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Évaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes". 2007. 35 p

[http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer\\_col\\_uterus%20evaluation/col\\_uterus.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf)

[21] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Ministère de la santé et des solidarités. Direction générale de la santé. Avis du comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6,11,16 et 18 , séance du 9 mars 2007

[http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/a\\_mt\\_090307\\_papillomavirus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/a_mt_090307_papillomavirus.pdf)

[22] Haut Conseil de la Santé Publique. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent, séance du 14 décembre 2007

[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20071214\\_Papillomavirus.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20071214_Papillomavirus.pdf)

[23] Haut Conseil de la Santé Publique. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis relatif à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans. 17 décembre 2010

[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20101217\\_ppmvjf1423.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20101217_ppmvjf1423.pdf)

[24] Food and Drug Administration. Clinical Review Human Papillomavirus Quadrivalent (Types 6, 11, 16, 18) Vaccine

<http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM094042>

[25] Haute Autorité de Santé. Bon usage du médicament. Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain (Gardasil) dans la prévention du cancer du col ? septembre 2007.

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_592462/quelle-placepour-le-vaccin-papillomavirus-humain-gardasil-dans-la-prevention-du-cancer-du-col](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_592462/quelle-placepour-le-vaccin-papillomavirus-humain-gardasil-dans-la-prevention-du-cancer-du-col)

[26] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : prévention du cancer du col de l'utérus. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008, 37(Suppl 1) p 391-405

[27] Dervaux B, Lenne X, Lévy-Bruhl D, Kudjawu Y. Institut national de veille sanitaire. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal. 2007. [http://www.invs.sante.fr/publications/2008/modelisation\\_hpv/rapport\\_modelisation\\_hpv.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/modelisation_hpv/rapport_modelisation_hpv.pdf)

[28] Fontaine A. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Enquête sur la pratique du frottis cervico-vaginal auprès des maîtres de stage de Basse Normandie. Thèse de doctorat en médecine. Caen : Université de Caen, 2010

[29] Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011 <http://www.conseilnational.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf>

[30] Société de formation thérapeutique du généraliste. Rapport final de recherche : mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage. Faculté de médecine Paris Descartes, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. 14 juin 2010. P 100-112

[31] Claudon C. Etat des lieux de la pratique du frottis cervico-vaginal par les médecins généralistes de Montpellier. Thèse de doctorat en médecine. Montpellier : Université Montpellier 1. 2007.

[32] Gaye N. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colo-rectal en médecine générale et envisager les moyens de les contourner. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 7. 2011. P 42-44

[33] Badet A. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 50 à 65 ans consultant en médecine générale en Rhône-Alpes. Obstacle au dépistage par frottis. Mémoire. Université Claude Bernard Lyon 1. 2009

[34] Gautier A. Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. P193-204 [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf)

[35] Weber A, Lémery B, Millot I. Observatoire régional de la santé de Bourgogne. Direction régionale des Affaires Sanitaires et sociales. Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Dijon, 2004. 52p [http://www.orsbourgogne.org/index.php?page=20&mod=0&theme=0&date\\_an=2004](http://www.orsbourgogne.org/index.php?page=20&mod=0&theme=0&date_an=2004)

[36] Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. *Bull Cancer* 2004 ; 91(10) p785-791

[37] Levasseur G, Bagot C, Honnorat C « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne ». *Santé Publique* 2005. 17 (1) p 109-119

[38] Bataillon R, Hascoet JY, Leneel H et al. Vers une consultation médicale de prévention. *Santé Publique* 2006. 18(1) p 5-6

- [39] Journal Officiel de la République Française. Favoriser les activités cliniques dans le cadre de la politique de santé publique. Soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage. article 27.1. Journal officiel du 22 sept 2011. p27-28
- [40] Romet-Lemonne-Eludut C. Les médecins généralistes et le dépistage systématique en cancérologie. Enquête auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine sur les cancers du sein, du col utérin, colorectal et de la prostate. Thèse de doctorat en médecine. Rennes : Université de Rennes. 2007
- [41] Makdessi-Raynaud Y. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La prévention : perceptions et comportement. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003. DRESS, mars 2005, 385 : p 7-8  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er385.pdf>
- [42] Ogedegbe G, Caselles AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, SOX CH, et al. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. J Natl Med Assoc 2005, 97(2) p162-170.
- [43] Garner EI. Cervical cancer : disparities in screening, treatment, and survival. Cancer Epidemiol Biomark Prev 2003 ; 12 (suppl) p 242-247
- [44] Wacogne A. La prévention en matière de santé chez les personnes en situation de précarité : attitude face aux campagnes et aux messages préventifs. Mémoire d'administration économique et sociale. Marseille: hôpital de la Timone. 2002
- [45] Lustman M, Vega A, Le Noc Y, Vallée JP. Cancer du col de l'utérus. Regards croisés sur le dépistage. Première partie : quels sont les problèmes ? Médecine 2009, 5(3) p 37-41
- [46] Blanc D, Sartori V, Hedelin G, Schaffer P. Influence des connaissances relatives au cancer sur les comportements de prévention dans la population du Bas-Rhin. Bulletin du cancer 1998, 85(6) p 569-577
- [47] Escoyez B, Mairiaux P. Dépistage des cancers de sein et du col de l'utérus : attitudes et comportements de la population féminine liégeoise. Education Santé 2004, 192 p 9-14
- [48] Taylor V, Schwartz S, Yasui Y, Burke N, Shu J, Lam D, et al. Pap testing among Vietnamese women : health care system and physician factors. J Community Health 2004, 29(6) p 437-450
- [49] Bazargan M, Bazargan S, Farooq M, Baker R. Correlates of cervical cancer screening among underserved Hispanic and African-American women. Prev Med 2004, 39(3) p 465-473
- [50] Herbert C, Launoy G. Les cancers. Les inégalités sociales de santé. Paris : La découverte et Syros, 2000 p 241-250
- [51] Herbert C. inégalités en cancérologie. Quelques réflexions à partir de l'exemple de la région Nord Pas de Calais. Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer ? Le cas exemplaire du Nord-Pas de Calais. Rennes : Editions ENSP, 2004 p 79-85
- [52] Eisinger F, Guagliardo V, Julian-Reynier C, Moatti J-P. Dépistage des cancers. Baromètre santé 2000. Paris : CFES, 2001 p 329-50

- [53] Le Coutour X, Beynier D, Berchi C. Dépistage des cancers, précarité économique et isolement social. *Revue française des affaires sociales* 1999, 2 p 73-74
- [54] Chan Chee C, Begassat M, Kovess V. Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2005, 53 p 69-75
- [55] Rousseau A, Bohet P, Merlière J, Treppoz H, Heules-Bernin B, Ancelle-Park R. évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance Maladie. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2002, 19 p 81-83
- [56] Filee D-L, Halbardier V, Riffon A, Andrien M. Prévention du cancer et pauvreté. Liège : Centre d'enseignement et de recherche en Education pour la santé, 1996
- [57] Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et Ministère de la santé et des sports. Plan cancer 2009-2013. 140 p  
<http://www.plan-cancer.gouv.fr>
- [58] Bais AG, van Kemenade FJ, Berkhof J, Verheijen RH, Snijders PJ, Voorhorst F, *et al.* Human papillomavirus testing on self-sampled cervicovaginal brushes: an effective alternative to protect nonresponders in cervical screening programs. *Int J Cancer* 2007,120(7) p1505-10
- [59] Gibon E. Comment mettre en place un dépistage organisé du cancer du col utérin en Loire-Atlantique. Thèse de doctorat en médecine. Nantes: université de Nantes, 2007
- [60] Fahs MC, Plichta SB, Mandelblatt JS. Cost-effective policies for cervical cancer screening. An international review. *Pharmacoeconomics* 1996, 9(3) p 211-30
- [61] Dervaux B, Lenne X, Lévy-Bruhl D, Kudjawu Y. Institut National de Veille Sanitaire. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal.2007  
[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/modelisation\\_hpv/rapport\\_modelisation\\_hpv.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/modelisation_hpv/rapport_modelisation_hpv.pdf)
- [62] Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, *et al.* Centre International de Recherche sur le Cancer. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Luxembourg: Commission européenne. Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs. 2008
- [63] Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer. *Journal Officiel Union européenne*. 16 décembre 2003
- [64] Petignat P, Bouchardy C, Sauthier P. Dépistage du cancer du col utérin : situation actuelle et perspectives. *Rev Med Suisse* 2006, 2(66) p 1308-1312
- [65] Fidler HK, Boyes DA, Worth AJ. Cervical cancer detection in British Columbia. A progress report. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1968, 75(4) p 392-404
- [66] Hakama M, Räsänen-Virtanen U. Effect of a mass screening program on the risk of cervical cancer. *Am J Epidemiol* 1976, 103(5) p 512-517
- [67] Anttila A, Nieminen P. Cervical cancer screening programme in Finland. *Eur J Cancer* 2000, 36(17) p 2209-2214



[68] Nieminen P, Kallio M, Anttila A, Hakama M. Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. *Int J Cancer* 1999, 83(1) p 55-58

[69] Sigurdsson K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer. Evaluation of screening activity in Iceland, 1964-1991. *Int J Cancer* 1993, 54(4) p 563-70

[70] Lynge E, Clausen LB, Guignard R, Poll P. What happens when organization of cervical cancer screening is delayed or stopped? *J Med Screen* 2006, 13(1) p 41-46

[71] Ronco G, Pilutti S, Patriarca S, Montanari G, Ghiringhello B, Volante R, *et al.* Impact of the introduction of organised screening for cervical cancer in Turin, Italy: cancer incidence by screening history 1992-98. *Br J Cancer* 2005, 93(3) p 376-378

[72] International Agency for Research on Cancer. Cervix cancer screening. IARC handbooks of cancer prevention. Lyon: IARC Press, 2005, 10

[73] Denis B, Schon G, Ruetsch M, Grall JC, Lévêque M, Meyer JM, *et al.* Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. *Presse Med* 2007, 36(2) p217-23

[74] Agence Régionale de L'Hospitalisation de Haute-Normandie. Schéma régional d'organisation sanitaire de la Haute-Normandie 2006-2011. P 32-39

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/hno/doc.nsf/VDoc/CD40D20A34B845F3C12571420060BCEE/\\$FILE/sros3%20arr%C3%AAt%C3%A9%20le%20300306.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/hno/doc.nsf/VDoc/CD40D20A34B845F3C12571420060BCEE/$FILE/sros3%20arr%C3%AAt%C3%A9%20le%20300306.pdf)

## TABLE DES ABREVIATIONS

ACS : American Cancer Society

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASCUS : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

CCAM: Classification Commune des Actes Médicaux

CDAG : Centre de Diagnostic Anonyme et Gratuit

CIN : néoplasie cervicale intra-épithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSHPF : Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisé

DIU : Diplôme Inter Universitaire

ECA : Enseignants Cliniciens Ambulatoires

ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré

EGB : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires

FCU : Frottis Cervico Utérin

FDA : Food and Drug Administration

FMC: Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Sante Publique

HPV : Human Papilloma Virus

HPV-HR : hpv High Risk

HPV-LR : hpv Low risk

HSIL : High grade Squamous Intraepithelial Lesion

INCA: institut National du Cancer

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LSIL : Low grade Squamous Intraepithelial Lesion

MSU : Maîtres de Stage des Universités

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SFMG : Société Française de Médecine Générale

VLP : Virus Like Particles

## ANNEXE 1 . compte rendu- cytologique (système de Bethesda -2001)

### 1. QUALITE DU PRELEVEMENT

- Satisfaisant pour évaluation
- Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

### 2. INTERPRETATION /RESULTAT

- Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (frottis normaux, modifications non néoplasiques) (s'il y a lieu, préciser)
- Anomalies des cellules malpighiennes
  - ASC-US
  - ASC-H
  - LSIL
  - HSIL. Le cas échéant : présence d'éléments faisant suspecter une invasion
  - Carcinome épidermoïde
- Anomalies des cellules glandulaires
  - AGC endocervicales, endométriales ou sans autre précision
  - AGC en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision
  - Adénocarcinome endocervical in situ
  - Adénocarcinome : endocol, endométrial, extra-utérin ou sans autre précision
- Autres
  - Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

### 3. (PRECISIONS, NOTES ET RECOMMANDATIONS)

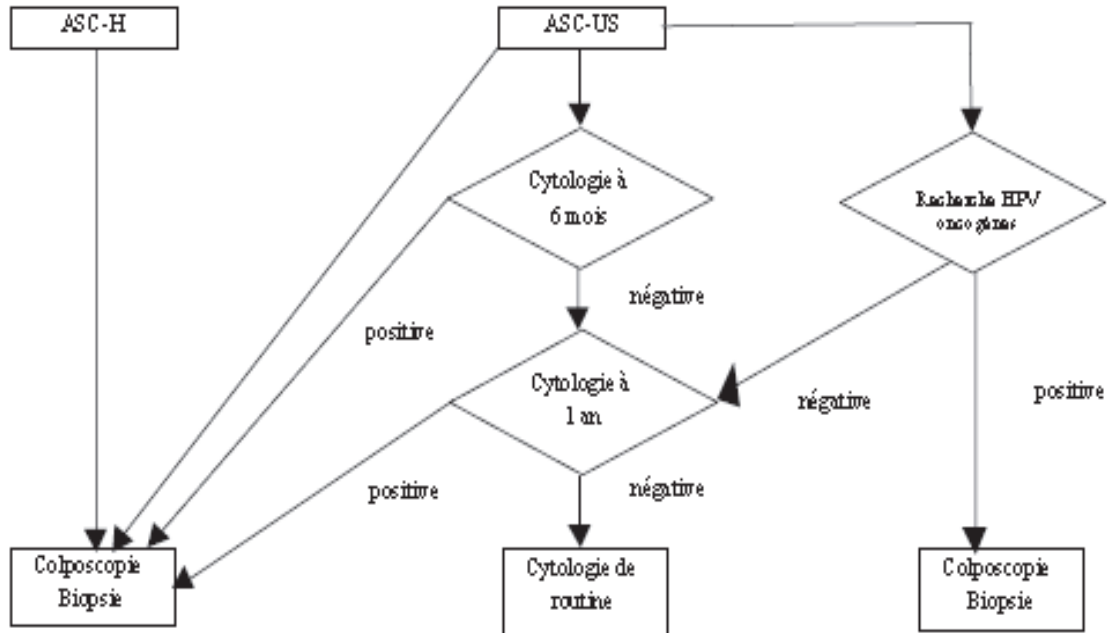
- Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.
- Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible accompagnées de références.

AGC	atypie des cellules glandulaires ( <i>Atypical Glandular Cells</i> ) ;
ASC	atypie des cellules malpighiennes ( <i>Atypical Squamous Cells</i> ) ;
ASC-US	atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée ( <i>Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance</i> ) ;
ASC-H	atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade ( <i>Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL</i> ) ;
CIN 1	néoplasie* intra-épithéliale cervicale de grade 1 ( <i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i> ) ;
CIN 2 ou 3	néoplasie* intra-épithéliale cervicale de grade 2 ou 3 ( <i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i> ) ;
CIS	carcinome <i>in Situ</i> ;
HSIL	lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade ( <i>High Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i> ) ;
LSIL	lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade ( <i>Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion</i> ) ;
NIL/M	absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité ( <i>Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy</i> ) ;
NOS	sans autre précision ( <i>Not Otherwise Specified</i> ).

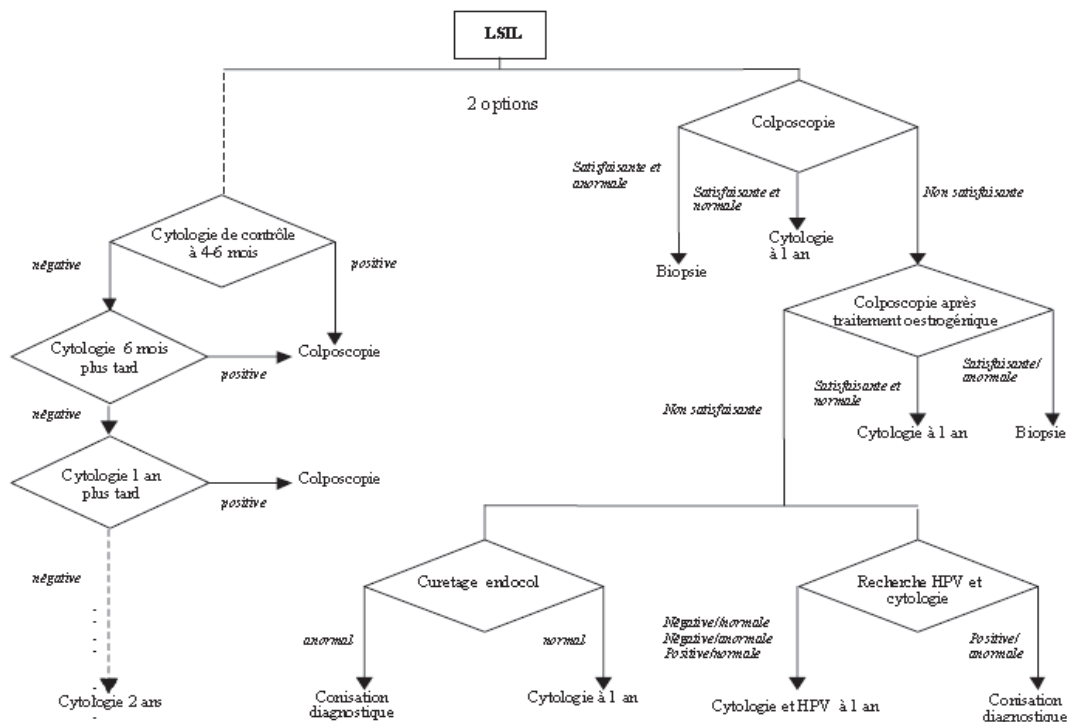
\* « Néoplasie » désigne ici, au strict sens étymologique du terme, toute formation d'un nouveau tissu, bénin ou malin.

## ANNEXE 2. Conduite diagnostique en cas de frottis atypique

Prise en charge des atypies des cellules malpighiennes ASC [12]



Conduite diagnostique en cas de frottis cervico-utérin avec lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade (LSIL) [9]



## ANNEXE 3. Questionnaire

### freins au dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale

Cher(e)s consocieurs, confrères

Le cancer du col de l'utérus est au deuxième rang des cancers de la femme. Le dépistage est individuel et de nombreux facteurs influencent la participation au dépistage.

Dans le cadre d'une thèse de médecine générale, je vous adresse ce questionnaire anonyme, portant sur les freins rencontrés par le médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Mon objectif est de savoir quelles sont les difficultés le plus souvent rencontrées afin de nous interroger sur les possibilités d'amélioration concernant ce dépistage, au niveau du médecin généraliste.

Mé doutant que votre emploi du temps est déjà bien chargé, je vous remercie par avance de consacrer quelques minutes à mon questionnaire.

Confraternellement,

Géraldine Gauwin

Etes-vous ?

- un homme
- une femme

Votre âge ?

- moins de 35 ans
- entre 35 et 55 ans
- plus de 55 ans

Votre activité ?

- Urbaine
- Rurale

Avez-vous une formation complémentaire en gynécologie (DIU, certificat...) ?

- Oui
- Non

Nombre moyen d'examens gynécologiques effectués par semaine ?

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

Pratiquez-vous des frottis cervico-vaginaux (FCV) ?

- Non
- Oui

[Continuer »](#)

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

# freins au dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale

## page 2

Vous ne réalisez pas de FCV

Pourquoi?

- pas d'intérêt pour la pratique
- manque de formation
- rémunération insuffisante
- réticence de la patiente
- manque de temps dans la consultation habituelle
- gêne de votre part
- Autre :

Dans ce cas, adressez-vous vos patientes pour la réalisation des FCV ?

- Oui
- Non

Si oui, à qui l'adressez-vous?

- à un gynécologue
- à un laboratoire
- les 2

« Retour

Continuer »

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

# freins au dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale

## page 3

Vous réalisez les FCV

Combien en avez-vous réalisé ces 30 derniers jours?

- moins de 5
- entre 5 et 10
- plus de 10

Rencontrez-vous des obstacles au dépistage?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels?

- rémunération insuffisante
- problème de matériel nécessaire à la réalisation du frottis
- manque de formation
- manque de temps
- gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation
- réticence de la patiente
- gestion des frottis anormaux
- changements fréquents dans les recommandations (limites d'âge...)
- Autre :

« Retour

Continuer »

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)



# freins au dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale

## page 4

Lors de la prescription ou la réalisation du frottis de dépistage, donnez-vous des informations à votre patiente concernant l'intérêt, les modalités et les conséquences de cet examen?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Quels freins rencontrez-vous chez vos patientes?

- pudeur, crainte de l'examen
- manque d'information ou mauvaise information sur le dépistage, ses bénéfices, ses modalités
- négligence dans le suivi gynécologique
- conditions socio-économiques défavorables, obstacles culturels
- méconnaissance de la possibilité du médecin généraliste à faire de la gynécologie
- Autre :

Selon-vous, quels éléments inciteraient à une plus grande implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus?

- acte mieux rémunéré
- dédier des consultations au dépistage
- approvisionnement en matériel nécessaire à la réalisation du frottis
- formation à la réalisation du prélèvement
- développer et améliorer l'information des patientes et des médecins concernant le dépistage
- Autre :

Etes-vous favorable à la mise en place d'un dépistage organisé par frottis auprès des femmes âgées de 25 à 65 ans?

- Oui
- Non

vos commentaires

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## ANNEXE 4. Tableaux

		frottis 1 (non)	frottis 2 (oui)	test	p
sexe	1 (homme)	8	43	fisher	0.0516
	2 (femme)	0	23		
age	1 (moins 35)	0	12	fisher	0.3104
	2 (entre 35 et 55)	6	32		
	3 (plus 55)	2	22		
activité	1 (urbain)	2	19	fisher	1
	2 (rural)	6	47		
formation	1 (oui)	0	6	fisher	1
	2 (non)	8	66		

		depistage organisé 1 (oui)	2 (non)	test	p
sexe	1	42	8	fisher	0.518
	2	17	5		
activité	1	16	5	fisher	0.498
	2	45	8		
age	1	9	2	fisher	0.13
	2	34	4		
	3	16	7		
formation	1	4	2	fisher	0.295
	2	55	11		
meilleure rémunération	1 (oui)	29	8	fisher	0.544
	2 (non)	30	5		

		meilleure rémunération 1 (oui)	meilleure rémunération 2 (non)	test	p
sexe	1	25	26	fisher	0.62
	2	13	10		
âge	1	7	5	fisher	0.902
	2	19	19		
	3	12	12		
activité	1	13	8	fisher	0.307
	2	25	28		
frottis	1 (non)	3	5	fisher	0.468
	2 (oui)	35	30		

		développer information 1 (oui)	développer information 2 (non)	test	p
sexe	1	31	20	fisher	0.8
	2	15	8		
âge	1	8	4	fisher	0.444
	2	21	17		
	3	17	7		
activité	1	12	9	fisher	0.603
	2	34	19		
frottis	1	2	6	fisher	0.047
	2	44	22		

		dédier consultation depistage 1 (oui)	dédier consultation dépistage 2 (non)	test	p
sexe	1	23	28	fisher	1
	2	10	13		
âge	1	10	2	fisher	0.0142
	2	14	24		
	3	9	15		
activité	1	12	9	fisher	0.12
	2	19	34		
frottis	1	2	6	fisher	0.286
	2	31	35		
exam gyneco	1 (moins5)	23	24	fisher	0.413
	2(entre 5 et 10)	6	13		
	3(plus 10)	4	4		
formation	1	1	5	fisher	0.216
	2	32	36		

		demande formation 1 (oui)	demande formation 2 (non)	test	p
sexe	1	8	43	fisher	1
	2	4	19		
âge	1	0	12	fisher	0.015
	2	12	26		
	3	2	22		
activité	1	3	18	fisher	0.746
	2	10	43		
frottis	1	3	5	fisher	0.141
	2	10	56		

		approvisionnement materiel 1 (oui)	approvisionnement materiel 2 (non)	test	p
activité	1	5	16	fisher	0.303
	2	7	46		

		négligence suivi 1 (oui)	négligence suivi 2 (non)	test	p
activité	1	17	4	fisher	0.731
	2	45	8		

		meconnaissance 1 (oui)	meconnaissance 2 (non)	test	p
activité	1	12	9	fisher	0.593
	2	35	18		

		manque information 1 (oui)	manque information 2 (non)	test	p
activité	1	6	15	fisher	1
	2	14	39		

		pudeur, crainte 1 (oui)	pudeur, crainte 2 (non)	test	p
sexe	1	38	13	fisher	0.778
	2	16	7		
âge	1	10	2	fisher	0.559
	2	28	10		
	3	16	8		
activite	1	15	6	fisher	1
	2	39	14		
frottis	1	1	7	fisher	0.0003
	2	53	13		
formation	1	5	1	fisher	1
	2	49	19		

		obstacle culturel et social 1 (oui)	obstacle culturel et social 2 (non)	test	p
activité	1	6	15	fisher	0.366
	2	10	43		
sexe	1	12	39	fisher	1
	2	5	16		

		combien 1 (moins 5)	combien 2 (entre 5 et 10)	combien 3 (plus de 10)	test	p
sexe	1	29	12	2	fisher	0.0055
	2	7	10	6		
age	1	7	3	2	fisher	0.939
	2	17	11	4		
	3	12	8	2		
activité	1	19	5	3	fisher	0.582
	2	28	14	5		

		obstacle 1 (oui)	obstacle 2 (non)	test	p
sexe	1	36	7	fisher	0.124
	2	15	8		
age	1	12	0	fisher	0.01
	2	23	9		
	3	16	6		
activité	1	13	6	fisher	0.335
	2	38	9		

		réticence patiente 1 (oui)	reticence 2 (non)	test	p
sexe	1	32	11	fisher	0.056
	2	11	12		
age	1	9	3	fisher	0.428
	2	21	2		
	3	13	3		
formation	1	6	0	fisher	0.574
	2	39	8		

		rémunération insuffisante 1 (oui)	remunération insuffisante 2 (non)	test	p
sexe	1	13	30	fisher	0.377
	2	4	19		
age	1	3	9	fisher	0.566
	2	10	22		
	3	4	18		
activité	1	5	8	fisher	0.738
	2	12	26		

		gestion plusieurs motifs 1 (oui)	gestion plusieurs motifs 2 (non)	test	p
activité	1	9	10	fisher	1
	2	24	23		



DÉPISTAGE DU

## CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



"De 25 à 65 ans, vaccinée ou non, le frottis de dépistage, c'est tous les 3 ans."



"Dos 25 aos 65 anos, vacunada ou não, a citologia cervical é efectuada de 3 em 3 anos."



对于25岁至65岁的人，无论是否接种过疫苗，涂片检查是每三年一次。



"من 25 إلى 65 عاماً، مع أو دون تلقيح، ينبغي أخذ مسحة من عنق الرحم للكشف كل 3 سنوات."



"Between 25 and 65 years of age, whether vaccinated or not, have a Pap smear every 3 years."



"25 yaşından 65 yaşına kadar aşı yapılmış veya yapılmamış tarama testi her 3 yılda bir yapılmalıdır."

PARLEZ-EN AVEC VOTRE MÉDECIN

CANCERINFO 0310 810 821



**TITRE DE THESE :**

**Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.**

Enquête auprès des maitres de stage de Haute-Normandie

---

**RESUME**

Les conditions actuelles d'exercice ne facilitent pas la réalisation d'actes comme le FCU en cabinet de médecine générale. L'étude menée ici a pour but de décrire les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et de nous interroger sur les possibilités d'amélioration du dépistage au niveau du médecin généraliste.

Un questionnaire a été adressé à 120 Maîtres de Stage des Universités de Haute-Normandie. Les questions portent sur les difficultés rencontrées dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, en distinguant les médecins qui pratiquent et ceux qui ne pratiquent pas les frottis, ainsi que sur les mesures incitatives à une meilleure participation des médecins généralistes à ce dépistage.

89% des médecins généralistes réalisent des frottis au cabinet. Concernant ceux qui réalisent les frottis : plus des 2/3 déclarent rencontrer des difficultés. Les 3 obstacles les plus souvent rencontrés sont la réticence de la patiente, la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation et la rémunération insuffisante. Les mesures incitatives sont pour le plus grand nombre : développer et améliorer l'information, une meilleure rémunération de l'acte et dédier des consultations au dépistage. En ce qui concerne les médecins ne réalisant pas les frottis, peu nombreux dans cette étude, les raisons invoquées sont essentiellement le manque de formation et une rémunération insuffisante, motifs que l'on retrouve dans les mesures incitatives. 80% sont favorables à un dépistage organisé.

Les médecins généralistes sont avant tout en demande d'une meilleure reconnaissance statutaire et financière de leur rôle dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils sont le premier interlocuteur de leurs patientes et une meilleure information de ces dernières est indispensable pour améliorer la participation au dépistage.

---

**MOTS-CLES :**

Dépistage, cancer du col de l'utérus, médecine générale.