



HAL
open science

Pertinence du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein d'un établissement de santé

Pauline Chignier

► **To cite this version:**

Pauline Chignier. Pertinence du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein d'un établissement de santé. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01079707

HAL Id: dumas-01079707

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079707>

Submitted on 5 Nov 2014

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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne – Faculté de médecine

**Pertinence du dépistage du cancer
du col de l'utérus au sein d'un
établissement de santé**

Mémoire présenté et soutenu par

CHIGNIER Pauline

Née le 18 juillet 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

Année 2014

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne – Faculté de médecine

**Pertinence du dépistage du cancer
du col de l'utérus au sein d'un
établissement de santé**

Mémoire présenté et soutenu par

CHIGNIER Pauline

Née le 18 juillet 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

Année 2014

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire et tout particulièrement Madame le Professeur Françoise Vendittelli, ma directrice de mémoire et Madame Inès Parayre, ma sage-femme référente.

Merci à Mme Marie-Ange Grondin, Médecin Coordonnateur ABIDEC/ARDOC.

Merci à Mme Isabelle Rodier, secrétaire du RSPA.

Merci à mes parents et à David.

GLOSSAIRE

ALD	: Affection Longue Durée
AGC	: Atypie des Cellules Glandulaires (Atypical Glandular Cells)
ASC	: Atypie des Cellules Malpighiennes (Atypical Squamous Cells)
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ASC-H	: Atypie des Cellules Malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL)
ASC-US	: Atypies des Cellules Malpighiennes de signification indéterminée (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)
ANAES	: Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CASSF	: Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIN 1	: Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale de grade 1 (Cervical Intraepithelial Neoplasia)
CIN 2 / 3	: Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale de grade 2 ou 3 (Cervical Intraepithelial Neoplasia)
CIS	: Carcinome In Situ
CMUc	: Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNGOF	: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNOSF	: Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
COFRAC	: Comité Français d'Accréditation
CSP	: Code de la Santé Publique
FCU	: Frottis Cervico-Utérin
GORH	: Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine
HAS	: Haute Autorité de Santé (anciennement ANAES)
HCPS	: Haut Conseil de la Santé publique
HPV	: Papillomavirus Humain
HSIL	: Lésion Malpighienne Intra-épithéliale de Haut Grade (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion)
IST	: Infections Sexuellement Transmissible
InVS	: Institut de Veille Sanitaire
LSIL	: lésion Malpighienne Intra-épithéliale de Bas Grade (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion)
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
NIL/M	: Absence de Lésion Intra-épithéliale ou de Malignité (Negative for intraepithelial Lesion or Malignancy)
NOS	: Sans Autre Précision (Not Otherwise Specified).
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
RPC	: Recommandations des Pratiques Cliniques
VPN	: Valeur Prédictive Négative

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. REVUE DE LITERATURE	2
1.1 Données épidémiologiques.....	2
1.2 Physiopathologie du col de l'utérus.....	5
1.3 Les recommandations	12
1.4 Résultat cytologique du FCU	19
1.5 Cancer du col et grossesse.....	23
2. PATIENTES ET METHODES	25
2.1 Patientes.....	25
2.2 Méthodes	25
3. RESULTATS	28
3.1 Description de notre échantillon.....	28
3.2 Description de la pertinence globale du dépistage du cancer du col au CHU Estaing (volet 1).....	29
3.3 Description de la pertinence du dépistage selon le type du suivi : obstétrical versus gynécologique (volet2)	31
4. DISCUSSION	33
4.1 Choix du référentiel de données.....	33
4.2 Validité de l'étude.....	35
4.3 Les résultats.....	37
4.4 Projet d'action.....	41
CONCLUSION	43
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	44
ANNEXES	48

INTRODUCTION

Le cancer invasif du col de l'utérus est une maladie d'origine infectieuse (papillomavirus humain HPV) à évolution lente [1]. Il s'agit de la deuxième cause de cancer de la femme dans le monde. En France, il y a environ 3 000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus invasifs et 1 000 décès chaque année, d'où l'importance du dépistage [2].

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont les suivantes : un Frottis Cervico-Utérins (FCU) doit être réalisé à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, tous les 3 ans après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle [3].

Les sages-femmes ont une place prépondérante dans ce dépistage. Pouvant assurer les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, les sages-femmes doivent sensibiliser les femmes sur l'importance d'avoir un suivi gynécologique régulier et sur l'intérêt majeur de la réalisation d'un FCU [4].

Le dépistage du cancer du col en France n'est pas très efficace, ce qui est problématique. Le volume d'exams pris en charge par l'Assurance maladie si les FCU étaient effectués dans le cadre des recommandations, permettraient d'assurer la couverture de la quasi-totalité de la population cible [1, 3]. Des femmes sont donc en « sur dépistage » et ce ne sont pas les plus à risque. D'autres sont en « sous dépistage » et ce sont les femmes les plus à risque [3].

Par ailleurs, il existe des inégalités de répartition des professionnels sur le territoire (avec des déserts médicaux). La recommandation des pratiques cliniques (RPC) nationale [3] sur le sujet pour aider à la décision médicale semble manifestement mal respectée en France, qu'en est-il au niveau du CHU Estaing ?

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la pertinence du dépistage du FCU et l'objectif secondaire était d'évaluer la pertinence de ce dépistage selon la nature du suivi : obstétrical versus gynécologique.

1. REVUE DE LITERATURE

1.1 Données épidémiologiques

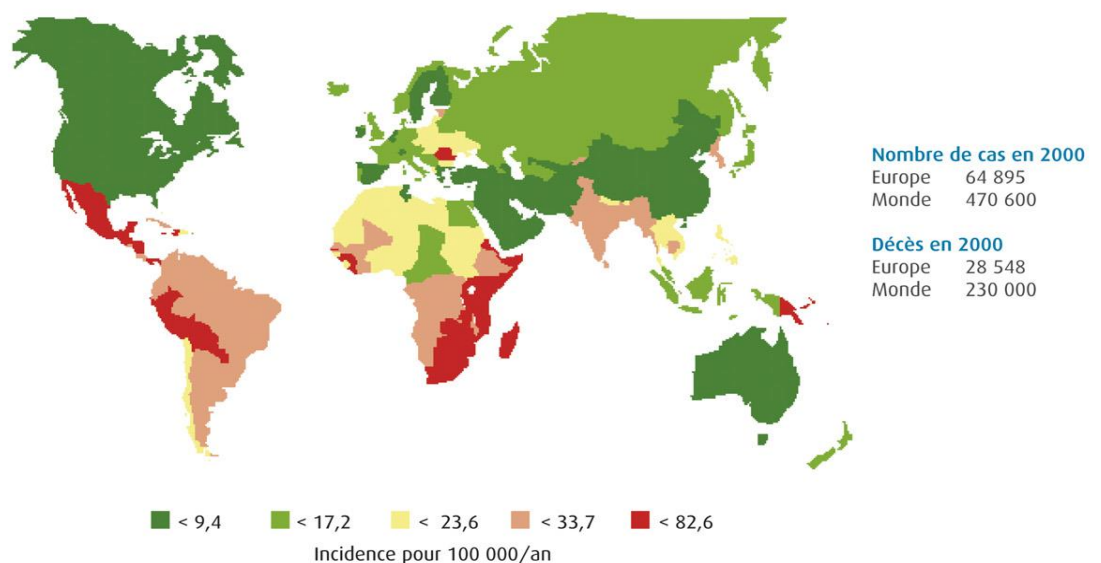
1.1.1 Au niveau international

Le cancer du col de l'utérus était le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme avec plus de 500 000 nouveaux cas estimés en 2005. Le cancer du col de l'utérus avait provoqué en 2005 près de 260 000 décès dont près de 95 % dans les pays en développement, car dans ces pays le cancer était la première cause de mortalité par cancer chez les femmes (cf. schéma 1) [5].

Il existait une grande inégalité de répartition de l'incidence selon les pays : 83 % des nouveaux cas de cancers survenant dans les pays en voie de développement. Le taux d'incidence standardisé (sur la structure d'âge de la population mondiale) variait de 2,1 (en Égypte) à 47,3 (au Zimbabwe) cancers invasifs du col utérin pour 100 000 femmes selon les pays. Le risque d'être atteint d'un cancer du col utérin au cours de la vie a été estimé à 4 % dans les pays en voie de développement et inférieur à 1 % dans les pays industrialisés [3,5].

Schéma 1 : Incidence du cancer du col dans le monde en 2000 [2]

D'après Bosch X, de Sanjosé S. J Natl Cancer Inst Monogr. 2003; 31: 3-13.



1.1.2 Au niveau européen

En 2004, il a été estimé que le nombre de nouveau cas de cancer du col était de 30 400 (neuvième cancer chez la femme dans l'Union Européenne) et qu'il y avait environ 13 500 décès (douzième position chez la femme) dus à ce cancer [3, 6, 7].

La situation était hétérogène selon les pays comme le montre le tableau 1. Il faut être prudent dans l'interprétation des données car les modes de recensement des cas de cancer étaient différents d'un pays à l'autre ainsi que leur politique et pratique concernant la certification des décès [2, 5].

Tableau 1 : Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus en Europe en 2000 [2]

Recommandation					
	Age (ans)	Interval le (ans)	Examen régulier (%)	Mortalité par cancer du col/100 000	Incidence du cancer du col/100 000
Belgique *	25-64	3	58	3,4	9,3
Danemark**	23-59	3	75	5,0	12,6
Angleterre**	20-64	2à 5	83	3,1	8,3
Finlande**	30-60	5	93	1,8	4,3
France**	25-65	3	69	3,1	9,8
Allemagne**	20-85	1	50	3,8	10,8
Italie**	24-64	3	53-74	2,2	8,1
Pays bas**	30-60	5	77	2,3	7,3
Espagne**,***	20-64	3à5	49,6	2,2	7,6
Suède**	23-60	3	83	3,1	8,2

D'après *Van Ballegooijen et al. Eur J. Cancer. 2000; 36: 2177-88.

**Anttila et al. Brit. J. Cancer. 2004; 91: 935-41.

***Luengo Matos et al. Aten Primaria. 2004; 33: 229-36.

1.1.3 Au niveau national

En 2010 en France, le nombre de nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus était estimé à 2 820. Le cancer du col de l'utérus était le 10^e cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de décès avait été estimé à 940, ce qui plaçait le cancer du col de l'utérus au 15^e rang des décès par cancer chez la femme en 2010 [8].

Ces évolutions de l'incidence et de la mortalité auraient pu s'expliquer par l'amélioration des conditions d'hygiène, chez les patientes les plus âgées, et par le développement du dépistage individuel par frottis dans les années 1960, chez les plus jeunes ainsi que la meilleure prise en charge thérapeutique de ce cancer [8, 9].

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de pronostic dit « intermédiaire » avec un taux de survie relative à 5 ans estimé à 70 %. Le pronostic est plus favorable chez les femmes les plus jeunes (15-44 ans), avec une survie relative estimée à 82 %, que chez les plus âgées (38 % chez les femmes de 75 ans et plus). Par ailleurs, le cancer du col de l'utérus est un cancer de très bon pronostic lorsqu'il est détecté et traité à un stade précoce : taux de survie relative à 5 ans de 91,5 % (57,7 % lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade régional ; 17,2 % pour un stade métastatique) [3, 8, 9].

1.1.4 Au niveau régional

En Auvergne, le nombre d'admissions en ALD (Affection Longue Durée) pour cancer du col de l'utérus était passé de 69 en 2000 à 50 en 2007. L'âge médian à l'admission avait évolué entre 2000 et 2007 de 58 ans à 53 ans. En 2007, le taux de femmes admises en ALD pour cancer du col de l'utérus était de 9 pour 100 000 femmes. Le taux par classe d'âge le plus élevé était retrouvé chez les femmes âgées de 40 à 49 ans [10].

1.2 Physiopathologie du cancer du col de l'utérus

Il s'agit d'une maladie d'origine infectieuse à évolution lente (plus de dix ans à se développer) depuis la primo-infection par un papillomavirus humain oncogène à tropisme génital jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses [11].

1.2.1 La découverte du cancer du col

Le cytologiste, Alexandre Meisels, avait décrypté la signification de la présence de koilocytes dans les frottis cervico-utérins en 1976. Il avait mis en évidence que la variation de la prévalence de cette anomalie cytologique en fonction de l'âge évoque une maladie sexuellement transmissible (MST). Il avait souligné l'association fréquente des koilocytes aux dysplasies et à un degré moindre aux carcinomes in situ. Il avait montré que les koilocytes sont les stigmates de la réplication des papillomavirus dans l'épithélium cervical [12].

Puis des virologistes moléculaires ont permis de caractériser le virus responsable et de définir les mécanismes rendant plausible leur rôle dans le processus de carcinogenèse. Donnant ainsi aux épidémiologistes les moyens d'établir d'une manière formelle le lien de causalité qui lie certains HPV au développement des cancers du col de l'utérus et de leurs précurseurs [12].

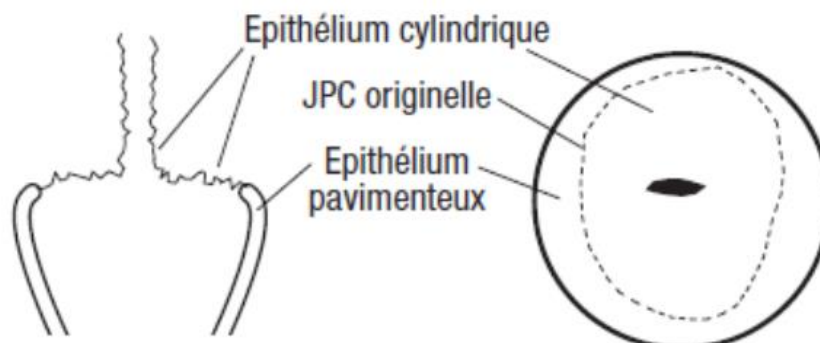
Les HPV ont un tropisme pour les cellules de la couche basale de l'épithélium malpighien surtout pour les kératinocytes (constituants majeurs de cet épithélium). Les kératinocytes sont responsables du renouvellement, de la cohésion, de la fonction de barrière de l'épithélium. Ils contribuent au système immunitaire. Il a été observé que ces virus étaient présents dans les épithéliums malpighiens et cylindriques avec une prévalence similaire. Ainsi, le virus s'exprime au niveau de la zone de transformation, à la jonction entre l'endocol et l'exocol. Il existe une infection latente et une infection productive, mais les mécanismes sont encore mal connus. L'infection persistante d'un HPV oncogène est un facteur de risque nécessaire mais non suffisant [11, 12].

1.2.2 Anatomie et histologie

Deux épithéliums composent le col de l'utérus comme l'illustre le schéma 2 :

- **au niveau de l'exocol** : l'épithélium est de type malpighien, aussi appelé pluristratifié, pavimenteux, ou non kératinisé, il est en continuité avec l'épithélium de la muqueuse vaginale.
- **Au niveau de l'endocol** : l'épithélium est de type cylindrique, glandulaire et muco-sécrétant.
- **Entre les deux épithéliums** : la jonction pavimento-cylindrique (JPC) [11].

Schéma 2 : Col de l'utérus d'une femme en âge de procréer [13]



La définition d'un col normal se base sur l'aspect et le siège des différents tissus du col en fonction de l'âge et des différents états hormonaux (notamment la grossesse et la prise d'œstro-progestatifs). Est également considéré comme normal l'ectropion péri-orificiel ainsi que l'exteriorisation de la jonction pavimento-cylindrique au-delà de cinq millimètres de l'orifice externe du col [11]. Ainsi, suivant le climat hormonal (fonction des taux circulants d'œstrogènes, progestérone et androgènes), l'aspect de l'épithélium varie.

L'examen sous colposcopie permet de déterminer les limites des épithéliums en utilisant le test à l'acide acétique 3% puis le test au Lugol à 2% :

-l'épithélium malpighien est lisse, de couleur rosée voire translucide, et sans orifice glandulaire. Pendant la période d'activité génitale, l'épithélium est épais, et ne change pas de coloration sous l'effet de l'acide acétique. En revanche il est chargé en glycogène lui donnant sa couleur brun acajou avec le Lugol.

-L'épithélium glandulaire quant à lui est recouvert d'un revêtement plus ou moins granuleux et de mucus plus abondamment présent lors de la période pré-ovulatoire. Il présente une couleur rouge qui correspond à la vascularisation du tissu conjonctif sous-jacent vu à travers cet épithélium, très mince. Lorsque de l'acide acétique à 2% ou 3% est appliqué, il pâlit, il est alors mis en évidence des orifices glandulaires, ainsi que des papilles qui ont un aspect en « grain de raisin ».

-la jonction pavimento-cylindrique (JPC), nécessite pour être visible l'application d'acide acétique : les papilles sont surplombées par l'épithélium malpighien, ainsi que par un liseré blanc transitoire à la partie interne de l'épithélium pavimenteux. Cependant le siège de cette jonction varie au cours de la vie, notamment en fonction du climat hormonal. Pendant la puberté et la grossesse la jonction déborde sur l'exocol et forme un ectropion qui apparaît plus fréquemment au niveau de la lèvre antérieure du col, alors qu'elle s'ascensionne à la ménopause. Une extériorisation de la jonction se fait aussi pendant la phase ovulatoire. La jonction s'ascensionne également en cas d'intervention sur le col comme une conisation chirurgicale ou un laser [12]. La jonction marque la limite interne de la zone de transformation métaplasique. D'autant plus que 90% des lésions pré-cancéreuses du col se développent dans cette zone. Une métaplasie se définit par une transformation réversible par laquelle une cellule épithéliale ou mésenchymateuse va être remplacée par une cellule épithéliale ou mésenchymateuse d'une autre nature, de morphologie et de fonctions différentes. Il s'agit de la zone de transformation qui est donc un point de départ privilégié des infections à HPV.

1.2.3 L'infection à papillomavirus humain

Les papillomavirus humain sont des virus nus non enveloppés de petite taille dont le génome est constitué d'ADN double brin. Il existe un peu plus de 120 génotypes différents qui se distinguent en fonction de leur tropisme (cutané ou muqueux), de leur propriété biologique et de leur potentiel oncogénique (bas ou haut risque). Ils infectent les cellules germinales de la couche basale des épithéliums malpighiens. Il existe plus de 40 génotypes d'HPV pouvant infecter la sphère anogénitale [7, 14, 15], parmi ceux-ci, 8 génotypes (16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58) sont impliqués dans 95 % des cancers du col utérin. Les génotypes 16 et 18 sont responsables dans les pays occidentaux d'un peu plus de 70 % des cancers du col utérin, ce qui explique qu'ils aient été choisis comme cible pour les vaccins anti-HPV. Dans la plupart des cas, en particulier chez la femme de moins de 30 ans, les infections à HPV sont transitoires et s'accompagnent de la disparition des anomalies cytologiques et histologiques qu'elles avaient pu induire [16]. En effet, la clairance virale (élimination de l'infection virale) des HPV est assez rapide et fréquente, en moyenne 70 % des infections disparaissent en 12 mois et 90 % en 24 mois [17]. Certains facteurs favorisent la persistance de l'infection ou sont des cofacteurs de la carcinogénèse :

- **Les facteurs environnementaux ou exogènes** : l'utilisation au long court de contraceptifs oraux, le tabagisme actif ou passif, l'existence d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), l'existence d'un déficit immunitaire acquis. Des facteurs nutritionnels qui impliquent une concentration plasmatique élevée en homocystéine [14, 18, 19].

- **Les cofacteurs viraux** : une infection avec un HPV de génotype 16 voire 18, une charge virale élevée, une infection par certains variants viraux à plus haut risque au sein d'un même génotype [18, 19].

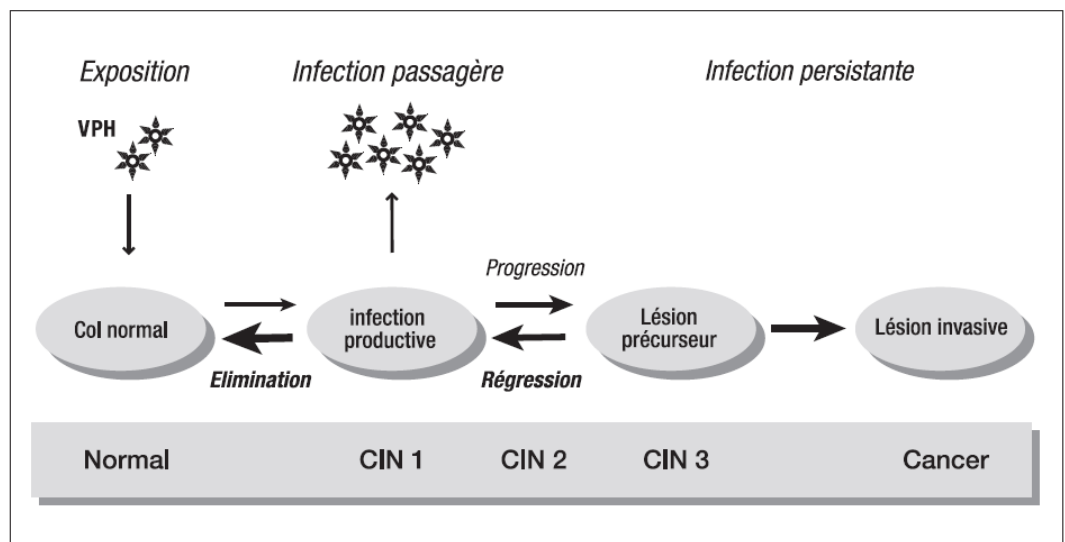
- **Les facteurs endogènes** : certains facteurs génétiques en rapport notamment avec le groupe de gènes dans le complexe majeur d'histocompatibilité humain. Certaines hormones endogènes sont également impliquées [19, 20].

L'âge du premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie, l'historique des IST et toute autre caractéristique de la vie sexuelle ne sont pas considérés comme des facteurs favorisant la persistance de l'infection HPV ou comme des cofacteurs de la carcinogenèse, mais plutôt comme des facteurs de risque d'infection par les HPV [7, 17].

1.2.4 Lésions histologiques cervicales

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus se déroule par un continuum de lésions présent dans le schéma 3.

Schéma 3 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus d'après Cervix cancer screening. Lyon, IARC Press, 2005 [13]



CIN : néoplasie cervicale intraépithéliale

Le carcinome épidermoïde comporte donc plusieurs lésions histologiques précancéreuses (les néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN), faisant suite à la persistance de l'infection génitale par un HPV à haut risque oncogène, dont certaines sont des stades facultatifs (CIN 1 et CIN 2) et d'autres des étapes nécessaires (CIN 3) à l'apparition d'un cancer invasif [13]. L'adénocarcinome ne comporte qu'une seule lésion qui précède l'envahissement : l'adénocarcinome in situ. Cette lésion, déjà cancéreuse, fait également suite à la persistance de l'infection par un HPV à haut risque oncogène.

Pour chaque lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression (de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion) vers un épithélium normal, accompagnant la clairance virale, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé, y compris pour les CIN 3 (ne pouvant être dissociées d'un carcinome in situ) [18]. La clairance virale est attestée par la non-détection de l'ADN viral par les tests actuellement disponibles, les connaissances actuelles ne nous permettent cependant pas de dire avec certitude que le virus a complètement disparu ou qu'il est plutôt dans un état latent indétectable [21].

Le tableau 2 résume les différentes terminologies et leur concordance cytologique et histologique.

Tableau 2 : Lésions précancéreuses du col de l'utérus : présentation des différentes terminologies employées pour le compte-rendu des résultats de la cytologie et de l'histologie [13]

CLASSIFICATION CYTOLOGIQUE : Système Bethesda	CORRESPONDANCES HISTOLOGIQUES :
Pour les cellules malpighiennes :	
FCU Normal	Absence de lésion
ASC-US (atypie des cellules malpighiennes) ASC-H (atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)	Atypie : frottis anormal un contrôle devra être effectué
LSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade)	CIN1 (néoplasie intra-épithéliale cervicale) y compris condylome plan : Il s'agit d'une dysplasie légère
HSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)	CIN2 ou CIN3 : il s'agit d'une dysplasie modérée à sévère.
Carcinome épidermoïde invasif	CIN3 ou carcinome in situ
Pour les cellules glandulaires :	
AGC (atypie des cellules glandulaires)	Atypies des cellules endocervicales, des cellules endométriales ou des cellules glandulaires
AIS (adénocarcinome in situ)	Adénocarcinome endocervical in situ
Adénocarcinome	Frottis évocateur d'un adénocarcinome invasif

La cytologie dépiste, la colposcopie localise seul l'examen histologique assure le diagnostic et apporte la certitude de la lésion et de l'extension [7].

1.3 Les recommandations

La HAS recommande que **le dépistage reste fondé sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin 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.** Tout FCU anormal est suivi d'investigations diagnostiques complémentaires (FCU de contrôle, test Human papillomavirus (HPV), colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation, etc.) [3].

1.3.1 Prévention primaire : la vaccination anti HPV

Les vaccins visent à éviter l'apparition de lésions précancéreuses et cancéreuses.

Ces vaccins sont prophylactiques, ils préviennent mais ne soignent pas l'infection. L'efficacité de ces vaccins est extrêmement élevée chez les jeunes filles qui n'ont pas été en contact avec un HPV dont le génotype est ciblé : plusieurs études montrent 98,3 % d'efficacité contre les lésions de haut grade dues au HPV 16 et 18 [7]. Les recommandations, qui ont été modifiées le 28 septembre 2012, se basent sur des avis rendus par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Celles-ci recommandent la vaccination chez toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible chez celles de 15 et 19 ans révolus. Chez les jeunes filles bénéficiant d'une greffe la vaccination peut-être proposée à l'âge de 9 ans [22-27].

Voici les deux vaccins prophylactiques recombinants dirigés :

- un vaccin recombinant quadrivalent dirigé contre les HPV de génotypes 6, 11, 16 et 18 (Gardasil®) : 3 injections à quelques mois d'intervalles ;
- un vaccin recombinant bivalent dirigé contre les HPV de génotypes 16 et 18 (Cervarix®). Pour les jeunes filles de 11 à 14 ans : 2 injections à 6 mois d'intervalle ou 3 injections si le délai était inférieur à 5 mois pour les 2 premières doses. Les 3 doses sont maintenues pour les jeunes filles âgées de 15-19 ans [28].

Les femmes vaccinées doivent avoir un dépistage car le vaccin ne confère une protection que contre 70 % des cancers du col de l'utérus. De plus, la surveillance des HPV est nécessaire pour contrôler que la pratique de la vaccination ne conduit pas à l'émergence d'un nouveau type d'HPV [7].

1.3.2 Prévention secondaire : le dépistage

Le dépistage s'inscrivant dans une démarche de prévention secondaire : il permet de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses existantes.

1.3.2.1 Le frottis cervico-utérin

Un frottis mal réalisé constitue une cause fréquente de faux négatifs. La sensibilité d'un FCU est d'environ 58 %, c'est-à-dire qu'un frottis normal ne signifie pas toujours un col sain. La spécificité du frottis est de 70 % (c'est-à-dire 70% des frottis sont normaux sur un col sain) [3]. Le frottis doit être effectué à distance des rapports sexuels (48 heures), en dehors des périodes menstruelles, de toutes thérapeutiques locales ou d'infections et après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée si nécessaire.

Il est important d'expliquer la technique à la patiente et de la rassurer. Il faut éviter de faire le toucher vaginal avant le frottis et d'utiliser un lubrifiant. Avant de faire le frottis, le col doit être correctement exposé à l'aide d'un spéculum. Le prélèvement doit concerner la totalité de l'orifice cervical : exocol et l'endocol. Le matériel prélevé est étalé de façon uniforme et en couche mince sur la lame. La fixation doit être réalisée immédiatement. Un frottis en suspension liquide peut aussi être réalisé, c'est-à-dire le dispositif de prélèvement (une brosse synthétique) est agité ou déposé dans un flacon de liquide fixateur préalablement marqué au nom de la femme, et adressé avec la feuille de demande d'examen au laboratoire. Dans ce cas, l'étalement n'est pas réalisé par le préleveur.

La feuille de transmission avec les lames, un document comprenant des renseignements cliniques, est adressée au laboratoire de cytologie.

Ce document comprend :

- le nom et le prénom de la patiente (nom de jeune fille) ;
- la date du prélèvement ;
- la date de naissance ;
- la date de ses dernières règles ou indiquer si la femme est ménopausée ;
- le motif de l'examen (dépistage, contrôle) ;
- les antécédents éventuels gynécologiques et thérapeutiques (chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie) ;
- le type de la contraception utilisée (hormonale, dispositif intra-utérin).

Le système de Bethesda 2001 est le seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique. Il s'applique quelle que soit la technique du frottis [3].

Le prélèvement peut être interprété ou non. S'il ne peut être pris en compte, la cause du rejet doit être précisée et s'accompagner de recommandations visant à améliorer la qualité d'un nouveau prélèvement.

En dehors des problèmes matériels usuels (pas d'étalement ou lame brisée ou non étiquetée), un frottis est jugé non interprétable si l'un des critères suivants est présent :

-couverture de moins de 10 % de la lame par des cellules malpighiennes ;

-toute situation où plus de 70 % des cellules épithéliales ne sont pas interprétables parce que masquées par du sang, une inflammation, des superpositions cellulaires, des contaminations ou des artefacts.

Les critères proposés par le système de Bethesda pour définir un frottis non interprétable devraient être appliqués par tous les pathologistes. Le jugement d'un frottis non interprétable est suffisamment fiable d'un pathologiste à l'autre. L'absence de cellules de type endocervical doit être signalée dans le compte rendu, mais ne constitue pas à elle seule un critère de non-interprétabilité. Le clinicien reste le seul juge de la nécessité de répéter le frottis.

Tout prélèvement comportant des cellules anormales est par définition satisfaisant pour l'évaluation [29, 30].

1.3.2.2 Le test HPV

L'immense potentiel des tests HPV est représenté par leur Valeur Prédictive Négative (VPN) voisine de 100 % qui autoriserait l'espacement entre deux tests négatifs certainement à plus de cinq ans alors qu'un frottis négatif ne rassure que pour trois ans. Mais, plus l'espacement des tests est grand, plus une organisation du dépistage est nécessaire pour rappeler aux patientes les échéances de ce dépistage [31].

Considérant que les Papillomavirus sont un agent nécessaire au développement des lésions cancéreuses et précancéreuses du col utérin et qu'il n'y a pratiquement pas de lésion significative ou à risque sans HPV, il a donc été possible de proposer de rechercher l'ADN de ces virus par un test biologique. Le test HPV utilisant l'hybride capture 2 [32] ou la PCR (Polymerase Chain Reaction) [33] est un test simple, reproductible et objectif. S'appuyant sur une large étude randomisée, le test HPV est actuellement recommandé pour les femmes ayant un frottis équivoque (ASCUS). Le seul test HPV dans cette indication permet instantanément de reconnaître la majorité des CIN de haut grade sous-jacent aux ASCUS ; il est dans cette étude plus sensible qu'une colposcopie ou 2 frottis successifs. Couplé au frottis de dépistage, ce test serait un complément du frottis.

Les études menées très largement de par le monde, qui ont recrutées plusieurs milliers de patientes, ont permis d'aboutir à 2 notions fondamentales :

- la VPN du test pour les lésions de haut grade ou précancéreuses, c'est-à-dire la capacité qu'a le test lorsqu'il est négatif à indiquer qu'il n'y a pas de lésion sous-jacente, est supérieure à 99 %. L'absence de Papillomavirus sur un frottis est rassurant sur l'inexistence d'une lésion précancéreuse, ce qui ne peut être affirmé par la réalisation du seul frottis conventionnel. De fait, le test HPV négatif permet de rassurer durablement sur l'absence de lésions sous-jacentes ;

- la sensibilité du test pour les lésions de haut grade ou précancéreuses, c'est-à-dire la capacité qu'a le test lorsqu'il est positif à ne pas méconnaître une lésion précancéreuse, est supérieure à 95 %. Ce que le seul frottis de dépistage ne permet pas d'affirmer puisque sa sensibilité est < 60 %.

En France, le test HPV est remboursé dans l'indication frottis ASCUS. En effet, il est démontré aujourd'hui qu'une femme qui a des frottis ASCUS ou ambigus doit avoir une colposcopie lorsque le test HPV est positif. La colposcopie n'est pas obligatoire lorsque le test est négatif. Cette démarche rationnelle est pertinente et validée [33-35].

1.3.3 L'organisation du dépistage du cancer du col en France

1.3.3.1 Au niveau national

En France, en 2014, il **n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus**. Le Plan Cancer 2003-2007 et la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ont réactualisé la question du dépistage organisé de ce cancer. L'objectif 26 du Plan cancer visait à « renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque ». L'objectif 48 de la loi du 9 août 2004 était de « poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans » [1]. Le Plan Cancer 2009-2013, via la mesure 16-6, appuie les stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées.

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. 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 [3].

La diversification des lieux de réalisation des FCU pourrait concerner l'ensemble des laboratoires de biologie médicale ainsi que les cabinets d'anatomopathologie. À l'instar d'un certain nombre de pays européens (Finlande, Irlande, Royaume-Uni, Suède), la réalisation des FCU pourrait également reposer sur les infirmières exerçant dans des structures telles que des maisons de santé pluridisciplinaires. Le dépistage du cancer du col n'atteint que 57,4 % de la population cible des 25 à 65 ans, selon les données 2005-2009 de l'échantillon permanent inter-régimes des bénéficiaires de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés [1].

1.3.3.2 Au niveau régional

L'expérimentation de **dépistage organisé** du cancer du col de l'utérus concerne 13 départements dont 9 (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne) sélectionnés en 2009 afin d'expérimenter une extension du dépistage organisé qui existait dans 4 autres départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère, Martinique) depuis 1990 pour certains. Chaque département doit mettre en place un projet innovant pour toucher les femmes particulièrement éloignées de la prévention (consultations décentralisées, travail avec les associations en contact avec les publics précaires, actions vers les bénéficiaires de la CMUc, actions dans les territoires enclavés. . .) [36-38].

L'Auvergne a commencé son dépistage organisé en juin 2010. En 2011, le dépistage organisé en Auvergne a recensé 873 frottis positifs, 92 808 invitations ont été faites (d'après le bulletin d'information de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus ABIDEC ARDOC diffusé en juin 2012).

1.3.4 La place de la sage-femme dans le dépistage

L'article L2122-1 du Code de la Santé Publique (CSP) du 9 août 2004 décrit [39] que « À l'occasion du premier examen prénatal [...] le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ». L'implication des sages-femmes dans la sensibilisation des femmes à la prévention et plus particulièrement au dépistage du cancer du col de l'utérus doit être renforcée, le suivi de grossesse et post-accouchement constituant des périodes favorables à cette sensibilisation. Depuis 2009, l'exercice de la profession de sage-femme comporte 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 [40].

La sage-femme est autorisée depuis 2006 à réaliser le FCU [41]. Selon l'arrêté du 3 février 2010 [42], le FCU est systématiquement proposé « à l'occasion du premier examen prénatal et s'adresse à toutes les femmes et spécialement aux femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse. Il est systématiquement précédé d'une information » et « s'il ne peut être réalisé lors de cet examen prénatal, le frottis cervico-utérin sera proposé lors de l'examen post-natal ».

La Sage-Femme a pour but de détecter et de prévenir les situations à risque, et de dépister des situations pathologiques lors du suivi gynécologique. Les objectifs sont notés dans le référentiel métier établi par le Conseil National de l'ordre des Sages-Femmes (CNOSF) et le Collectif des Associations et Syndicat de Sages-Femmes (CASSF) [4,44]. De plus selon l'arrêté du 12 octobre 2011, la sage-femme se voit le droit de prescrire et de réaliser le vaccin préventif contre les lésions à HPV [43, 44]. La Sage-femme a un rôle non négligeable dans la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

1.4 Résultat cytologique du FCU

1.4.1 Suivi des anomalies cytologiques

Si le résultat du frottis met en évidence des **lésions type ASC-US** cela signifie qu'il existe des modifications cellulaires compatibles avec une éventuelle infection HPV, mais il n'est pas possible de l'affirmer. Pour cela on a trois possibilités :

- une colposcopie d'emblée avec biopsie ;
- la réalisation d'un FCU six mois plus tard ;
- le test d'HPV

L'âge de la patiente est un des éléments déterminants dans la conduite à tenir à proposer à ces patientes. La recherche d'HPV potentiellement oncogène se révélera très souvent positive pour les femmes âgées de 30 ans puisque c'est au cours de cette période que la femme est en contact avec les HPV. La positivité du test est de nature à induire des examens complémentaires peu justifiés au regard de la fréquence de l'absence réelle de lésions virales et à générer une inquiétude inutile pour la patiente.

Le meilleur moyen de prendre en charge les femmes dont le frottis comporte des atypies des cellules malpighiennes mal définies reste un sujet de controverses.

Par ailleurs, si ces anomalies correspondent à une véritable lésion intra-épithéliale de bas grade, la plupart d'entre elles vont régresser spontanément sans traitement ou progresser très lentement vers une lésion de haut grade. Cette lente évolution permet un suivi des lésions en répétant la surveillance cytologique, et ce en toute sécurité pour la femme. Cependant, 5 à 10 % de ces anomalies correspondent à des lésions de haut grade et même parfois des cancers invasifs, et certains cliniciens préfèrent pratiquer d'emblée une colposcopie.

En cas **d'ASC-H** (atypie malpighienne d'origine indéterminée, ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade) ou **lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL)**, la colposcopie est proposée d'emblée.

Si des **lésions de bas grade (LSIL)** sont découvertes, deux options sont possibles :

- la réalisation d'emblée d'un contrôle colposcopique avec biopsies pour confirmer le type et l'étendue des lésions ;
- la proposition d'une cytologie de contrôle 4 à 6 mois après.

En cas de découverte **d'anomalies glandulaires** et quel que soit leur type, il est recommandé de réaliser d'emblée une colposcopie avec biopsie dirigée et curetage endocervical [3, 28].

Le Tableau 3 résume l'ensemble des conduites à tenir lorsque le praticien reçoit les résultats cytologique du FCU.

Tableau 3 : Récapitulatif des conduites à tenir selon le résultat du FCU d'après les RPC

Résultats	Corrélation cyto-histologique	Recommandation pour la pratique clinique	Conduite à tenir pour une sage-femme
Non satisfaisant pour évaluation		Refaire frottis à 3 mois si idem référer	
Satisfaisant pour interprétation normal		Refaire à 1 an si 1 ^{er} frottis sinon à 3 ans	
ASC-US	10% haut grade	3 options : typage HPV, contrôle FCU, colposcopie	Référer
ASC-H	40% haut grade	Colposcopie	Référer
LSIL	30% haut grade	2 options : contrôle FCU ou colposcopie	Référer
HSIL	90% haut grade	Colposcopie	Référer
AGC	40% haut grade	Colposcopie, Echographie endovaginale, curetage	Référer

1.4.2 Traitement des lésions cervicales

La prise en charge thérapeutique ne devrait concerner que des lésions prouvées par l'examen histologique d'une biopsie dirigée et/ou d'un curetage endocervical.

Le choix de la méthode et de l'étendue du traitement est fait avec le double souci de l'efficacité et de la moindre iatrogénie. L'efficacité dans la prévention du cancer invasif exige l'ablation ou la destruction de la totalité de la lésion. Limiter les effets délétères requiert de faire une exérèse "sur mesure", exactement adaptée à la cartographie de la lésion, pour préserver autant que faire se peut le massif cervical afin de réduire au maximum le retentissement sur la fonction de reproduction.

L'ablation par laser ou autre procédé destructeur (stratégie plus appropriée aux lésions de faible grade à jonction totalement visible) est peu utilisée en France. L'exérèse de la lésion est privilégiée permettant de garder une pièce opératoire analysable en coupes sériées. La conisation est le plus souvent réalisée à l'anse diathermique ou au bistouri à lame et parfois au laser. L'hystérectomie est la démarche chirurgicale la plus radicale ; elle correspond à l'ablation partielle ou totale de l'utérus. La surveillance post-opératoire est indispensable dans tous les cas. Cette surveillance doit permettre la détection des lésions résiduelles et récurrentes à partir desquelles un cancer est susceptible de se développer. Ces lésions surviennent en général dans les premières années post-opératoires.

Des cancers ont été découverts entre trois mois et cinq ans après le traitement de CIN. Leur fréquence est estimée entre 1 et 2 pour mille lésions traitées. Ils sont liés au sous-traitement d'un cancer méconnu ou à la progression d'une lésion résiduelle ou d'une récurrence. Les modalités de surveillance post-opératoire des CIN doivent tenir compte à la fois de la sensibilité imparfaite du frottis et de la colposcopie postopératoires, et du risque d'abandon de la surveillance, qui augmente avec le recul post-opératoire pour atteindre 30 % après 12 mois [37,45].

1.5 Cancer du col et grossesse

Un cancer invasif du col de l'utérus est décrit dans environ une grossesse sur 2 000 à 10 000, et l'incidence des dysplasies cervicales lors de la grossesse est de 1% à 3% [46]. Ce cancer est ainsi l'une des pathologies malignes les plus diagnostiquées pendant la grossesse avec les hémopathies, le mélanome et le cancer du sein, mais sa prise en charge reste difficile et discutée [47]. La découverte du cancer du col pendant la grossesse reste un phénomène rare. Cette incidence de découverte va probablement augmenter du fait des recommandations concernant le FCU systématique en période anténatale lorsque celui-ci date de plus de trois ans [44,47] et aussi parce que l'âge des premières grossesses ne cesse de reculer.

La cytologie cervicale pendant la grossesse garde toute sa valeur, et le frottis est d'autant plus intéressant que la zone de jonction est plus accessible du fait de l'éversion du col lors de la grossesse. L'imprégnation hormonale importante entraîne des modifications cytologiques : présence de cellules cervicales dites naviculaires et hyperplasie des cellules endocervicales ainsi qu'une inflammation. Il est donc bien important de préciser au cytologiste l'état gravidique de la patiente. Il est à noter que lors du post-partum, la carence hormonale entraîne une atrophie importante [34]. D'après les données de la littérature, il a été estimé que la valeur de la cytologie au cours de la grossesse est comparable à celle réalisée hors grossesse. De plus, le taux de faux négatifs ne semble pas être modifié par l'état de grossesse, et le taux de faux positifs reste exceptionnel (mais peuvent exister du fait de l'imprégnation hormonale). Ainsi le FCU peut être pratiqué à tout moment de la grossesse lorsqu'il est indiqué. De préférence, il faut le réaliser en début de grossesse car le risque de saignement est moindre (après plus d'ectropion, de réaction déciduale). Le test HPV n'est pas indiqué au cours de la grossesse. Si le FCU réalisé pendant la grossesse révèle la présence de lésions intraépithéliales, une colposcopie avec biopsie est indispensable [49]. Cependant la biopsie peut être plus hémorragique du fait de l'augmentation de la vascularisation.

La prise en charge thérapeutique des lésions dépend du stade de celles-ci, du statut ganglionnaire et histologique, du terme de la grossesse et du désir du couple de la conserver [47].

Selon le CNGOF, la conduite à tenir est l'abstention en cas de lésion non invasive, et un contrôle devra être fait au sixième mois de grossesse : en l'absence de cancer invasif, l'accouchement par voie basse est alors possible. À l'inverse, s'il y a un doute sur une invasion, une conisation devra être pratiquée. Ainsi le CNGOF, en 2007, recommande un FCU lors des consultations prénatales. Si les examens complémentaires (colposcopie, biopsie) permettent de diagnostiquer un état précancéreux, le traitement pourra être différé en post-partum [48].

2. PATIENTES ET METHODES

2.1 Patientes

Les femmes ayant bénéficié d'une consultation gynécologique ou obstétricale au CHU Estaing de Clermont Ferrand ont constitué la population d'étude.

L'échantillon avait pour critère d'inclusion : toutes les femmes, quel que soit leur âge, venants en consultation gynécologique ou obstétricale au CHU Estaing au sein du Pôle de Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine (GORH).

Les critères d'exclusions de l'échantillon étaient :

- Examen refusé par la femme mais notification faite dans le dossier
- Vierge ou vaginisme (examen impossible)
- Femme ayant eu une hystérectomie
- Femme traité pour un cancer du col ou du vagin ou de l'utérus
- Femme surveillée pour une dysplasie du col quel que soit le grade (hors dépistage standard)
- Femmes enceintes à un terme avancé venants d'arriver en France
- Femmes n'étant pas suivies au CHU Estaing

2.2 Méthodes

2.2.1 type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et à visée étiologique.

2.2.2 Critères de jugement

Le critère de jugement pour les deux objectifs était le taux de FCU pertinents chez les patientes venants en consultation gynécologique ou obstétrique.

2.2.3 Revue de pertinence comme méthode d'analyse

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patientes. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins est alors pertinent [49].

La revue de pertinence sur la réalisation des FCU a pour but de repérer les FCU non pertinents pour les femmes suivies régulièrement au CHU Estaing. C'est pourquoi, les femmes suivies en ville ont été exclues. Les FCU non pertinents seront identifiées à l'aide de critères dit aussi indicateurs de pertinence des soins retrouvés dans l'organigramme présenté en annexe I.

2.2.4 Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée par un recueil rétrospectif (annexe II) des données à partir des pièces du dossier médical de la patiente (dossier cliniques, dossier d'obstétrique, icos, I2000, compte rendu d'anatomie pathologie). Les dossiers étaient ceux des femmes ayant bénéficié d'une consultation gynécologique ou obstétricale au CHU Estaing sur une période d'une semaine. Les consultations étaient celles réalisées par les Sages-Femmes, les gynécologues et les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes, les internes...etc.

Les données ont été recueillies sur une semaine de consultations à partir de l'agenda informatisé du pôle GORH.

2.2.5 Analyse statistique

Le recueil et l'analyse des données ont été faits à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2007. Les variables qualitatives ont été comparées avec un test de Chi2 via le logiciel R. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 ($p= 0,05$). Les pourcentages sont donnés avec leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

2.2.6 Particularité éthique

Cette étude a été réalisée selon les règles éthiques exigées en matière de recherche clinique et de protection des données du patient. L'étude a été réalisée à partir du dossier informatisé Icos et des logiciels du CHU qui ont tous été déclarés à la CNIL.

Cette étude porte sur l'évaluation des pratiques professionnelles et les données ont été rendues anonymes (impossibilité de remonter aux données du patient et aux professionnels du service ayant pris en charge la femme) pour l'analyse statistique.

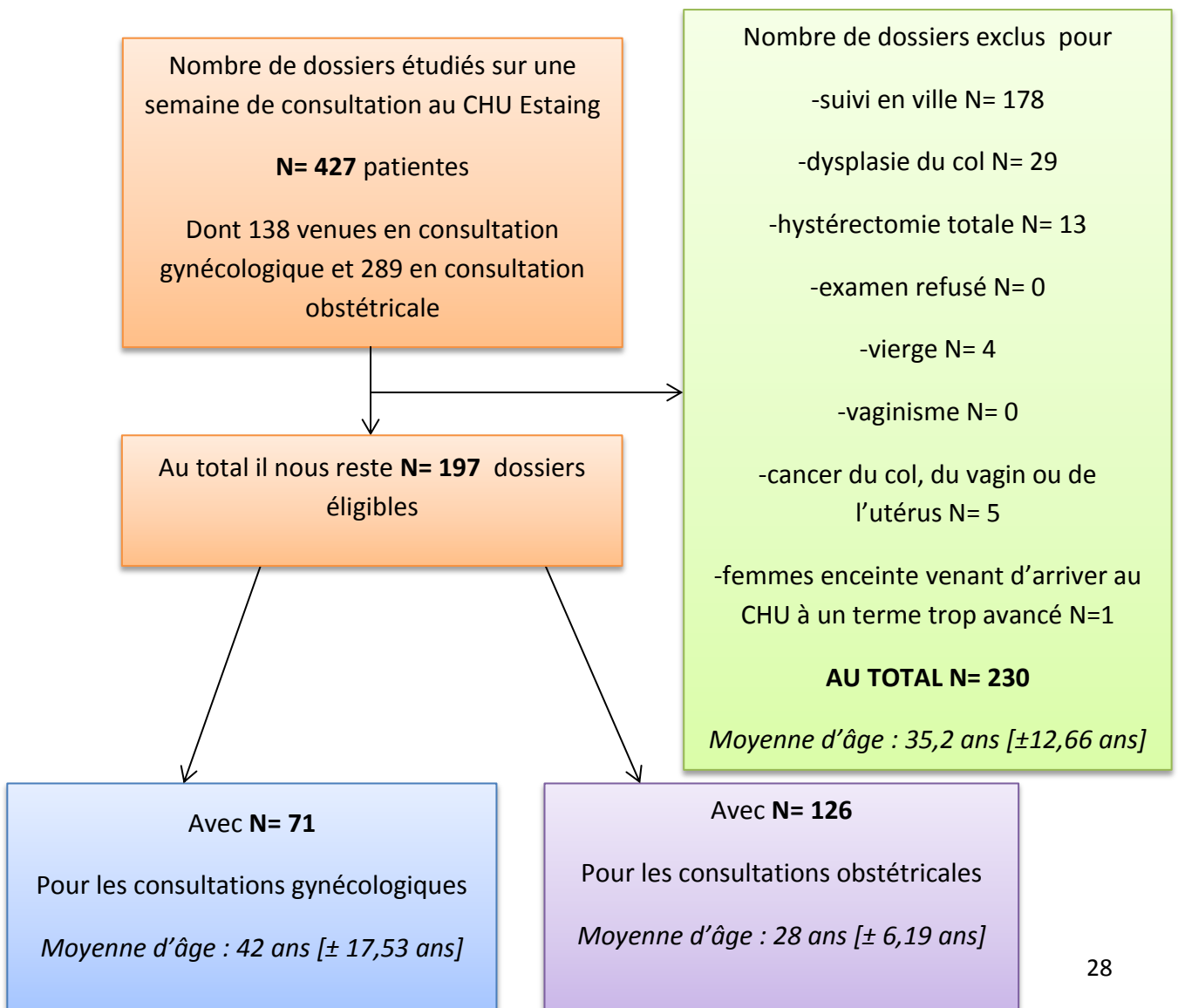
Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par l'auteur de ce mémoire au sein du pôle GORH du CHU de Clermont-Ferrand.

3. RESULTATS

3.1 Description de notre échantillon

Sur la semaine du 3 juin 2013 au 7 juin 2013, 427 dossiers ont été étudiés comprenant toutes les consultations gynécologiques et obstétricales du CHU Estaing. Il faut souligner que seuls les dossiers des femmes suivies régulièrement au CHU Estaing ont été inclus dans l'étude : 178 femmes ont été exclues car leur suivi gynécologique de prévention était réalisé en ville. La figure 1 décrit notre échantillon d'étude.

Figure 1 : Population étudiée lors des consultations gynécologiques et obstétricales.



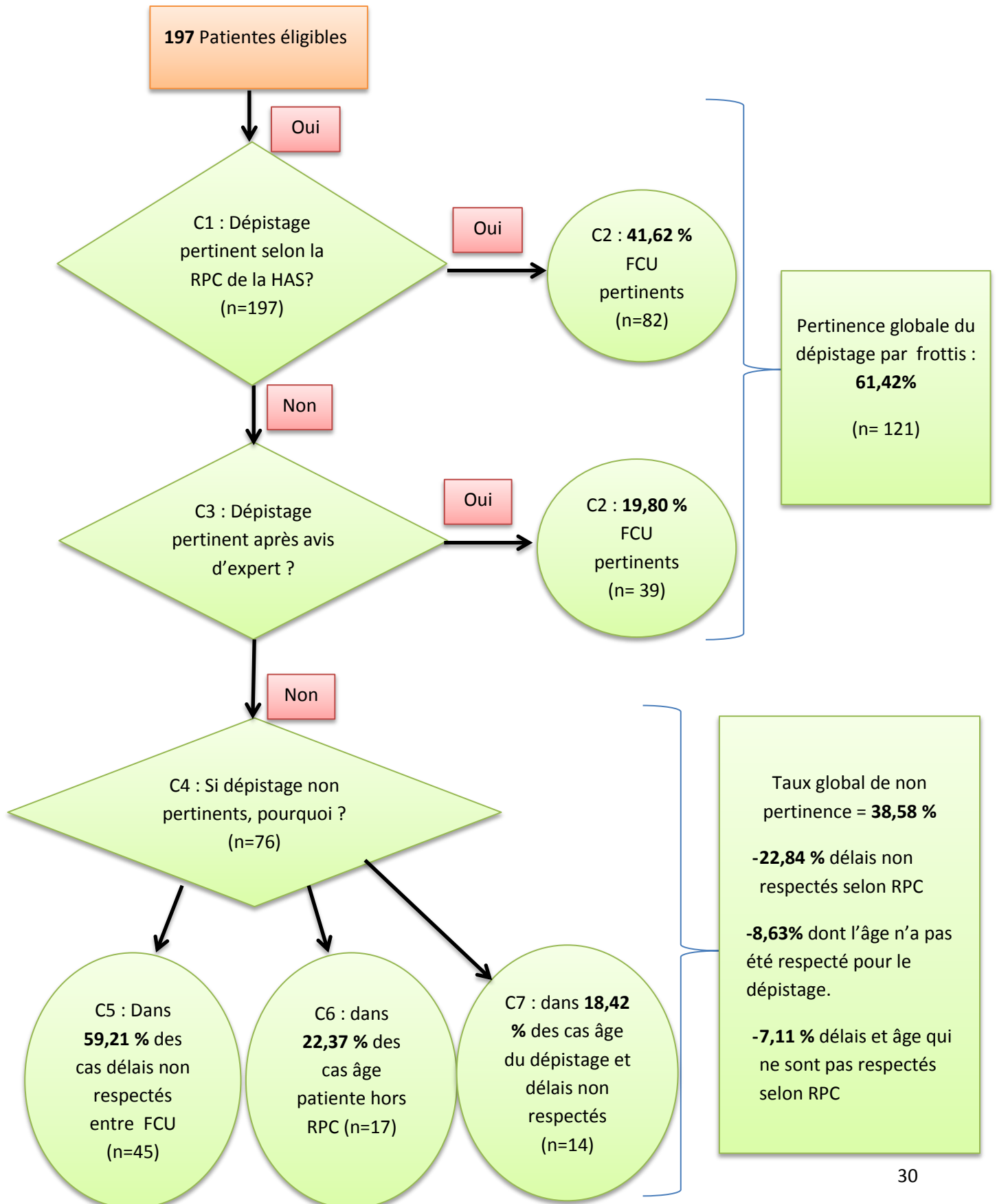
3.2 Description de la pertinence globale du dépistage du cancer du col de l'utérus au CHU Estaing (volet 1)

A partir des 197 dossiers qui ont été étudiés, nous avons retrouvé la pertinence globale du dépistage du cancer du col de l'utérus par un frottis cervico-utérins qui était de **61,42 %** [IC 95% : 54,62- 68,22].

A l'inverse le taux global de dépistage « non pertinent » a été de **38,58 %** [IC 95% : 31,78 - 45,38].

La figure 2 décrit la pertinence du dépistage du cancer du col par FCU selon la nature du suivi gynécologique et obstétrical au sein du CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

Figure 2 : Pertinence globale du dépistage du cancer du col utérin par un frottis cervical



3.3 Description de la pertinence du dépistage selon le type du suivi : obstétrical versus gynécologique (volet 2)

Sur les 197 dossiers éligibles, il y avait :

- 126 patientes venues en consultations obstétricales dont 113 femmes enceintes. Cette population était constituée de femmes avec une moyenne d'âge de 28 ans [\pm 6,19 ans].
- 71 patientes venues en consultations gynécologiques dont 21 femmes ménopausées. Il s'agit d'une catégorie de femmes plus âgées car la moyenne d'âge était de 42 ans [\pm 17,53 ans].

Nous n'avons **pas observé de différence statistiquement significative** entre les deux types de consultations ($p > 0,05$). (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Pertinence du dépistage selon la nature de la consultation

Critères	Types de consultations		p
	Obstétricales	Gynécologiques	
	N = 126 (%) [IC95%]	N = 71 (%) [IC95%]	
FCU pertinent selon HAS	N = 59 (46,83) [38,1-55,5]	N = 23 (32,39) [21,5-43,3]	P = 0,06841
FCU pertinent après avis expert	N = 20 (15,87) [9,5-22,3]	N = 19 (26,76) [16,5-37,1]	P = 0,09791
Dépistage pertinent : total	N = 79 (62,70) [54,3-71,1]	N = 42 (59,15) [47,7-70,5]	P = 0,7353
FCU non pertinent Motif : Délai	N = 24 (19,05) [12,2-25,9]	N = 21 (29,58) [19,0-40,2]	P = 0,1302
FCU non pertinent Motif : Age	N = 12 (9,52) [4,4-14,6]	N = 5 (7,04) [1,1-13,0]	P = 0,6093
FCU non pertinent Motif : Délai et Age	N = 11 (8,73) [3,8-13,7]	N = 3 (4,23) [-0,4-8,9]	P = 0,3866
Dépistage non pertinent : Total	N = 47 (37,30) [28,9-45,7]	N = 29 (40,85) [29,4-52,3]	P = 0,7353

Figure 3 : Pertinence globale du dépistage par frottis cervical lors des consultations obstétricales

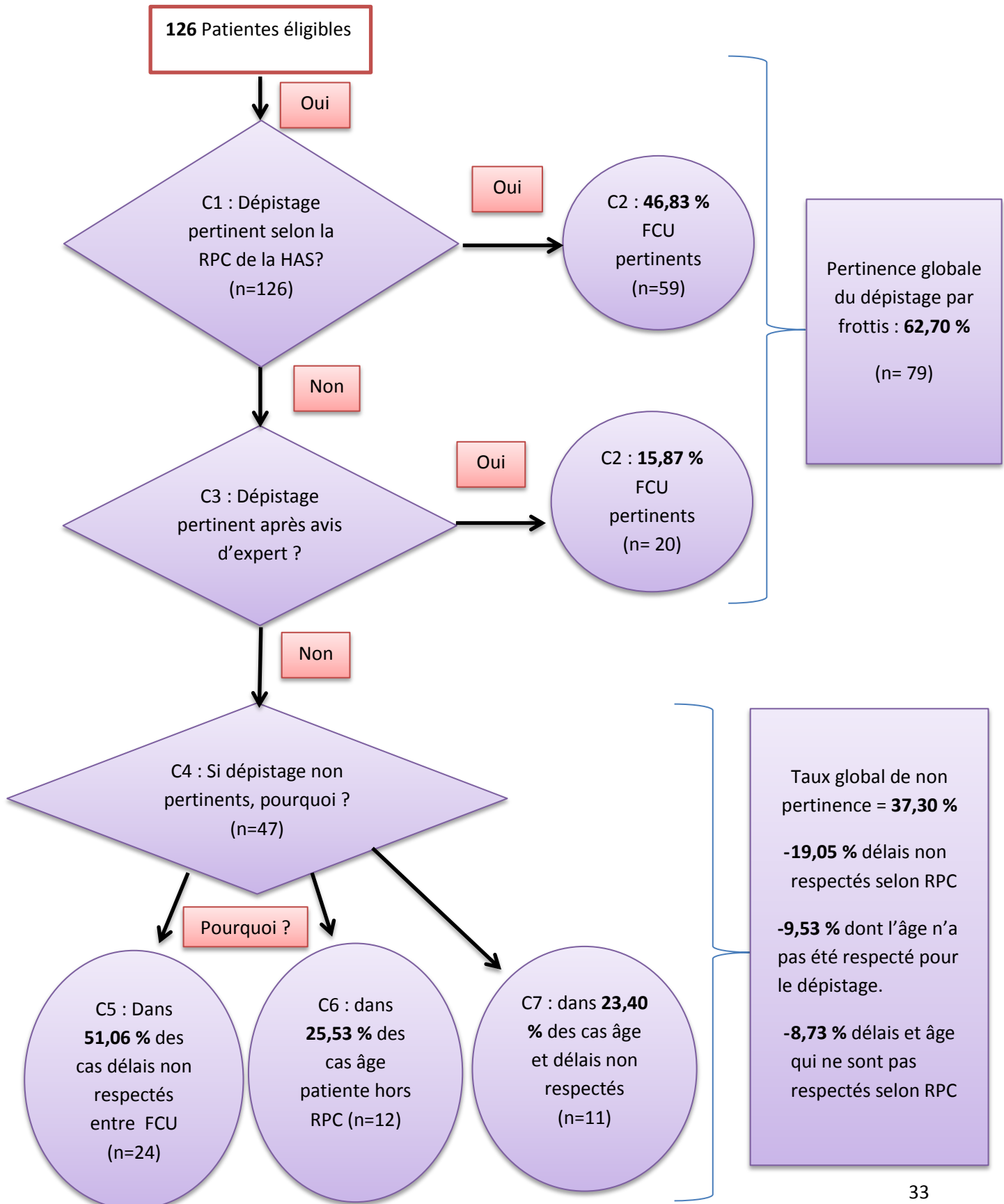
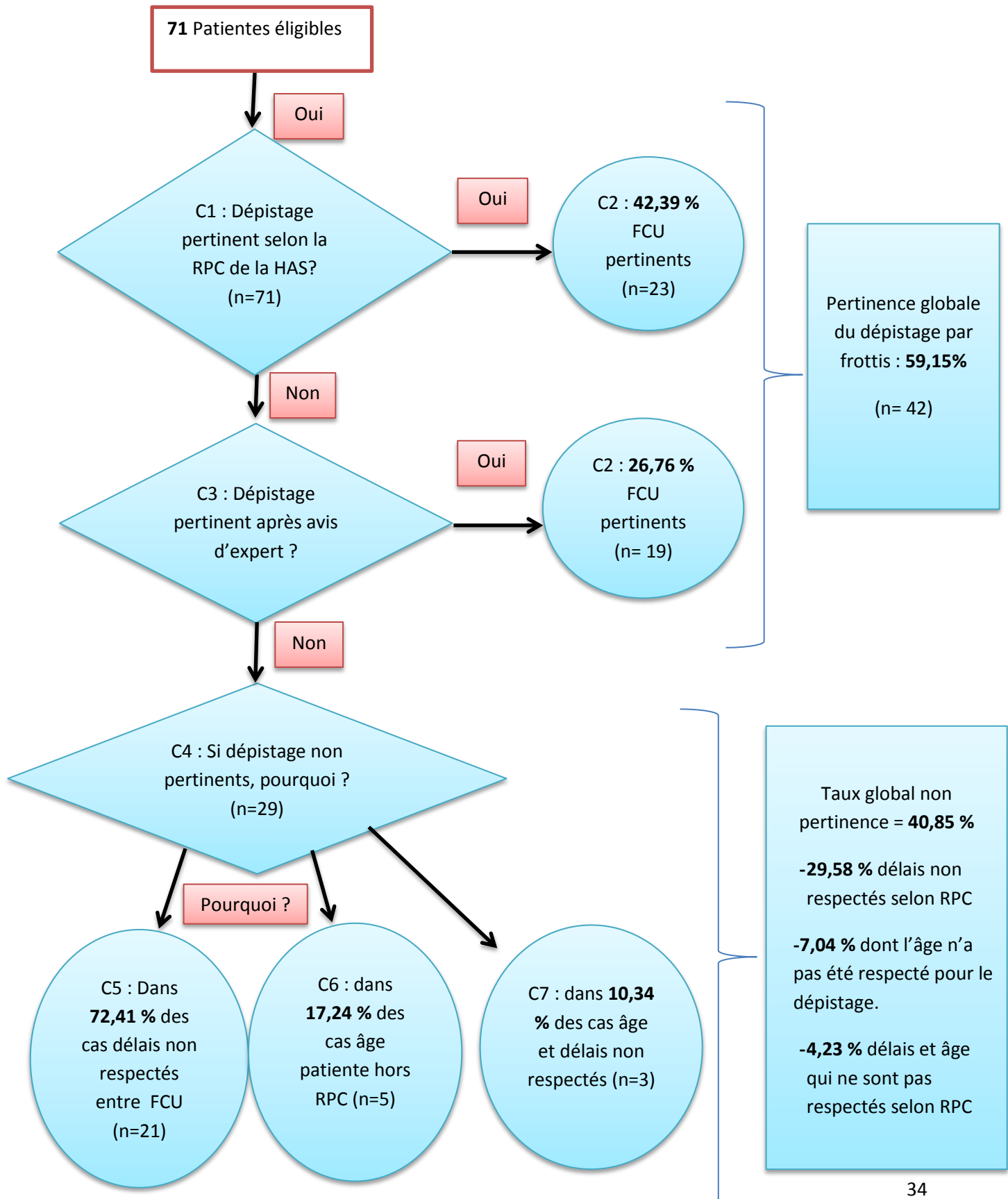


Figure 4 : Pertinence globale du dépistage par frottis cervical lors des consultations gynécologiques



4. DISCUSSION

4.1 Choix du référentiel de données

L'application des Recommandations pour la Pratique Clinique est une nécessité pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les RPC de la HAS ont été choisies pour l'étude car il y avait la nécessité de :

- choisir des RPC nationales
- choisir des RPC admises et validées scientifiquement [50].

4.2 Validité de l'étude

Le point négatif :

Le taux de femmes qui ont été exclues de l'étude est important : plus de 53%. Dans les femmes exclues 77,4 % le sont car elles ont un suivi gynécologique de prévention en ville. L'analyse des pratiques cliniques des professionnels du CHU est rendue difficile car elle est liée en grande partie par la qualité du suivi de ville. Les femmes viennent au CHU pour une période particulière de leur vie génitale :

- > Soit pour un suivi obstétrical
- > Soit pour une pathologie particulière que leur médecin traitant ne peut pas traiter (prolapsus essentiellement).

Points positifs :

Thème de l'actualité :

En effet le dépistage du cancer du col est un thème d'actualité, il s'agit d'un cancer à évolution lente que l'on peut dépister via la réalisation d'un frottis cervico-utérin. Le problème en France repose sur le fait que le dépistage est essentiellement individuel. Des disparités sont donc présentes : plus de la moitié des femmes concernées par le dépistage ne se font pas ou peu dépister tandis que d'autres bénéficient d'un suivi trop rapproché. En Auvergne, un dépistage organisé a été mis en place pour permettre une meilleure compliance des femmes à se faire dépister.

Il est intéressant de voir si les professionnels dépistent comme il se doit leur patiente.

De plus, le dépistage du cancer du col est un sujet qui devait être étudié dans le cadre de l'accréditation COFRAC (Comité Français d'Accréditation) des laboratoires, dans le cadre de la certification des établissements de santé et dans le cadre du plan cancer national :

Le dépistage est souligné par l'importance de la réalisation des FCU au sein du CHU Estaing. Le FCU est un examen réalisé en grand nombre lors des consultations gynécologiques et obstétricales. Il implique de nombreux professionnels (gynécologues obstétriciens, sages-femmes, internes, anatomo-pathologiste, cytotechniciens...). Dans le cadre de la mise en place d'une démarche qualité, le dépistage selon les RPC des patientes est un bon indicateur de la qualité des soins. Chaque préleveur est responsable de ses actes. Cela repose sur le respect des bonnes pratiques cliniques.

Le plan cancer 2014-2019 souligne, dans son 1^{er} objectif, l'importance de réduire les inégalités face au dépistage du cancer du col par FCU, le but étant de couvrir 80 % de la population cible. Le plan cancer envisage même la mise en place d'un programme national de dépistage organisé puisque le nombre de femmes dépistées a augmenté dans les 13 départements pilotes.

4.3 Les résultats

L'Âge d'entrée et de sortie dans le dépistage

La Haute Autorité de Santé a fixé l'âge du dépistage de 25 à 65 ans. Seules certaines patientes ayant un risque majoré de cancer du col de l'utérus pourraient avoir un dépistage plus précoce dès l'âge de 20 ans. En Guyane par exemple, la précocité des premiers rapports sexuels a abaissé l'âge du dépistage à 20 ans [50].

Dans notre étude, 9 % des femmes ont eu un dépistage inadapté par rapport à leur âge, soit elles avaient moins de 25 ans, soit plus de 65 ans. Ce résultat est néanmoins meilleur que la moyenne nationale. Environ 35 % des françaises âgées de 65 à 69 ans sont dépistées d'après la HAS [3]. D'après les données épidémiologiques de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur le cancer du col, 66,8 % des femmes de moins de 25 ans déclarent avoir déjà eu un FCU [50].

Le dépistage des femmes de moins de 25 ans pose problème pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'infection par le papillomavirus humain est fréquente chez les jeunes femmes, mais elle est passagère. Le sur-dépistage de ces femmes entraîne des traitements invasifs qui n'auraient pas lieu d'être car l'élimination se serait faite spontanément. Il est très rare de diagnostiquer un cancer du col de l'utérus chez des femmes âgées de moins de 30 ans. Il faut bien que les professionnels comprennent que dépister des femmes de moins de 25 ans détectera une majorité de lésions qui n'évolueront pas jusqu'au stade de cancer [3, 51]. De plus, le traitement peut être très délétère : hémorragie, douleur, sténose du col, dysménorrhée, béance du col, accouchement prématuré [51].

Ensuite, ce dépistage précoce peut provoquer du stress et de l'inquiétude inutiles chez les patientes. Surtout que l'annonce du résultat d'un frottis cervicaux utérin anormal ne serait pas très satisfaisante en France. En effet, le résultat est essentiellement adressé par courrier. Les femmes sont donc livrées à elle-même, elles connaissent leur résultat par une lettre mais sans autre information complémentaire. Alors, elles utilisent internet comme source d'information ce qui peut être très anxiogène [52].

Pourquoi ne pas poursuivre le dépistage après 65 ans ? Simplement parce que le rapport bénéfice/risque du dépistage est défavorable ce qui motive l'arrêt du dépistage après 65 ans. En effet le nombre de cancer du col diminue fortement après 65 ans : on note environ 1 360 cas de cancer entre 15 et 49 ans, puis 800 entre 50 et 64 ans, tandis qu'il passe à 259 cas entre 65 et 74 ans [50]. Bien sur un examen gynécologique annuel doit être maintenu chez toutes les femmes après 65 ans. Et en cas de doute ou de suspicion d'anomalie cervicale, le FCU sera réalisé dans le but d'établir un diagnostic.

Délai du dépistage

Les recommandations pour la pratique clinique préconisent un délai de 3 ans entre chaque FCU, lorsque les 2 premiers FCU étaient normaux à un an d'intervalle. D'après les données de la littérature [50], il existe une grande disparité dans le délai entre les deux tests de dépistage :

- 52 % des femmes ne seraient pas ou trop peu souvent dépistées (intervalle entre deux frottis > 3 ans) ;
- 40 % d'entre elles seraient au contraire trop fréquemment dépistées (intervalle entre deux frottis < 3 ans) ;
- 8 % auraient un rythme de suivi adéquat.

Le dépistage annuel du cancer du col de l'utérus n'est pas conseillé, quel que soit l'âge, à l'exception des femmes ayant une immunodéficience, comme par exemple les femmes séropositives pour le virus de l'immunodéficience humaine.

Dans notre étude, environ 22 % des patientes ont bénéficié d'un délai inapproprié : certaines ont eu 2 FCU à moins de 3 ans d'intervalle et d'autre à plus de 3 ans. Ce résultat reste nettement inférieur aux données ci-dessus. A noter que de nombreux gynécologues ne suivent pas les RPC de la HAS mais celles du CNGOF qui préconisent un délai de 2 ans entre chaque FCU [48]. Néanmoins, 78 % des femmes suivies au CHU Estaing auraient un rythme adéquat entre leurs deux derniers FCU, ce qui est nettement supérieur au 8 % de la moyenne nationale. Est-ce que la mise en place du dépistage organisé dans le Puy-de-Dôme depuis juin 2010 a permis d'améliorer ce résultat ? Permet-il une meilleure sensibilisation des professionnels face au RPC de la HAS ? En effet le CHU Estaing par convention réalise un dépistage organisé. On peut aussi envisager un bien de sélection car le dépistage organisé n'invite que les femmes n'ayant pas réalisé de frottis dans les 3 années précédentes.

Le problème, c'est aussi la régularité à laquelle les femmes viennent consulter pour un suivi gynécologique de prévention. L'engagement individuel a un impact majeur sur ce suivi. D'après les chiffres fournis par l'ABIDEC-ARDOC, le nombre de frottis réalisé chaque année diminue. Est-ce que cela est dû à un frein économique ? En effet le frottis cervical est un examen payant, les femmes ont peut-être moins d'argent pour payer leur consultation et leur frottis. L'avantage du CHU Estaing est la dispense d'avance des frais pour les patientes ainsi les patientes déboursent moins d'argent en consultant au CHU. Les femmes au faible niveau socioculturel sont donc plus attirées par ce centre hospitalier.

La réalisation correcte de ce dépistage ne dépend pas uniquement des professionnels de santé, il dépend des patientes, de leur assiduité et du coût de

l'examen. La mise en place d'un dépistage organisé permet une meilleure couverture de la population [3].

Consultation gynécologique versus consultation obstétricale

N'ayant pas retrouvé d'étude comme la nôtre, il est difficile de pouvoir faire une comparaison. Le suivi de grossesse reste la consultation majoritaire du CHU Estaing de Clermont Ferrand puisque sur les 427 dossiers étudiés, 1/3 concerné un suivi gynécologique contre 2/3 de suivi obstétrical. La grossesse est un moment clé dans la vie génitale féminine. En effet pour certaine femme, il s'agit de leur premier contact avec un gynécologue obstétricien ou une sage-femme, il faut donc les prévenir de l'importance d'avoir un suivi gynécologique régulier même en dehors de la grossesse. Il faut les informer sur l'importance du frottis cervico utérin, sur l'histoire naturelle du cancer du col et sur son rythme de dépistage.

L'étude n'a pas montré de différence dans la pratique clinique en matière de dépistage de cancer du col selon la nature de la consultation. Dans l'ensemble, 60 % du dépistage est pertinent quel que soit le type de consultation.

Le devenir du prélèvement

Lors d'une étude précédente, nous avons mis en évidence les discordances dans l'acheminement des FCU au laboratoire d'anatomie pathologie du CHU Estaing de Clermont Ferrand [53]. Certes, la réalisation d'un dépistage et d'un FCU conformément aux RPC est un élément important. Mais, la transmission des renseignements cliniques aux cytologistes est primordiale pour que l'interprétation du prélèvement soit optimale.

En effet, le but du dépistage est d'avoir le contre rendu anatomopathologiste le plus conforme possible. Pour cela il faut :

- la transmission complète des informations entre les intervenants,
- l'étiquetage des prélèvements,
- un bon d'examen avec l'ensemble des renseignements cliniques,
- la fixation correcte du prélèvement pour la meilleure interprétation possible dans un conditionnement adapté [54].

Le remplissage complet des bons des FCU ainsi que le conditionnement correct de celui-ci sont des indicateurs de qualité. Globalement, il avait été retrouvé 4,4 % de demande d'examens conformes, c'est-à-dire que les renseignements cliniques étaient dument complétés dans 37 dossiers sur 887. En ce qui concerne le conditionnement 59,5% des FCU arrivent au laboratoire avec un conditionnement conforme.

Le remplissage complet des bons d'examens du FCU et l'acheminement correct des FCU aux laboratoires sont indispensables à la prise en charge globale et adaptée de la patiente, mais aussi à l'efficacité et la qualité du travail multidisciplinaire. Un bon incorrectement rempli peut entrainer une absence de diagnostic pour la patiente (mauvaise identité, frotti mal fixé...), des dépenses inutiles pour l'hôpital, et des pertes de temps (FCU plus long à analyser car aucuns renseignements cliniques, revoir une patiente, résultats reçus tardivement par le clinicien qui n'avait pas mis son identité...). Même si dans l'ensemble le dépistage est plutôt bien réalisé, la qualité de l'acheminement au laboratoire peut être améliorée. Un nombre minime de bons d'examens comportaient l'ensemble des renseignements cliniques nécessaire à son analyse. S'ajoute à cela un défaut d'identification : le pathologiste ne sait pas à qui il doit adresser les résultats de l'examen ce qui n'est pas correct vis à vis des patientes. Elles méritent le meilleur des suivis ainsi que le meilleur dépistage dans toutes les étapes qu'il comporte.

4.4 Projet d'action

L'étude a permis de compléter mon mémoire sur la Pertinence du conditionnement des frottis du col de l'utérus arrivant au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques. La mise en évidence des dysfonctionnements sur les bons de demande des FCU et sur l'application des RPC en matière de dépistage a pour intérêt maintenant de sensibiliser les préleveurs à améliorer leur pratique.

Pour cela le plan d'action d'amélioration prescrit une restitution aux professionnels du pôle GORH concernés par un mailing des résultats, par un staff scientifique et par la mise à disposition des résultats sur intranet du pôle GORH. La formation des professionnels dans le cadre du développement continu permettrait d'améliorer leurs compétences cliniques. Elle permettrait aussi d'attirer la vigilance des cliniciens sur l'importance de transmettre tous les renseignements cliniques nécessaire à l'analyse anatomo-pathologique.

Dans un deuxième temps, il serait intéressant de prolonger cette étude au niveau départemental pour pouvoir juger l'application des RPC à plus grande échelle. Comme une grande partie des femmes sont suivies en ville, une étude permettrait de visualiser la réalisation de ce dépistage dans sa globalité et non au niveau d'un seul centre. L'adhésion des professionnels aux RPC de la HAS serait ainsi évaluée.

Dans un troisième temps, il faudrait également évaluer l'application correcte des recommandations de l'ANAES dans le suivi des FCU dont le résultat a mis en évidence une anomalie. Cela permettrait de cibler les pratiques non-conformes et de mettre en place des protocoles adaptés pour les cliniciens. Permettant ainsi la prise en charge optimale de leur patient conformément aux recommandations.

CONCLUSION

En tant que future sage-femme, cette étude a retenu toute mon attention. En effet, je serai amenée à informer les femmes sur le dépistage du cancer du col, à les prévenir sur cette affection et à les dépister correctement lors de leur suivi gynécologique et obstétrical. Il sera donc de mon devoir de réaliser des FCU et de les adresser correctement au laboratoire. Dans le cadre de mon master et de mon mémoire sage-femme, j'ai pu ainsi participer à des études d'analyse des pratiques professionnelles. Ce travail m'a sensibilisée sur l'intérêt des procédures d'accréditation, de certification et de leur importance clinique en tant que sage-femme.

L'étude a montré que **61,42 %** des dépistages du cancer du col par FCU étaient pertinents, c'est à dire que les recommandations de la HAS étaient bien appliquées. Au contraire, **38,58 %** des femmes ont eu un dépistage inadapté avec

- ⇒ 22,84 % des cas qui ne respectaient pas le délai d'un an entre les 2 premiers FCU et le délai de 3 ans ensuite,
- ⇒ 8,63 % dont l'âge n'était pas compris entre 25 et 65 ans,
- ⇒ 7,11 % des cas où l'âge ainsi que le délai ne suivaient pas les recommandations en vigueur.

Les cliniciens doivent être sensibilisés sur la nécessité de dépister les femmes de 25 à 65 ans. Un dépistage précoce peut donner lieu à des pratiques invasives alors que les lésions auraient régressé spontanément dans la majorité des cas. Après 65 ans le risque de développer un cancer du col est fortement diminué. De plus on sait que le dépistage est générateur de stress et d'inquiétude. L'importance du délai de 3 ans réside tout simplement dans le fait que ce cancer évolue lentement donc ce délai suffit à le dépister à temps. Il ne faut pas être sur-consommateur d'examen car cela a un coût non négligeable. L'application des recommandations nationales est une nécessité pour l'amélioration continue de la qualité des soins attendus par la démarche de certification des établissements de santé et pour l'accréditation des laboratoires.

REFERENCES

[1] Barré S. Note de cadrage « Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009 ». HAS 2009. (Consulté le 31 octobre 2013)

Disponible à l'adresse : http://www.picardmed.com/reseaux/oncopic/test/oncopic2/iso_album/has-note_depistage_col.pdf

[2] Monsonogo J. Prévention du cancer du col utérin (I) : apport du dépistage, récents progrès et perspectives. Press Med 2007 ; 36 : 92-111. (consulté le 18 mars 2014)

[3] Recommandation en santé publique. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS 2010. (consulté le 18 mars 2014)

Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/note_de_cadrage_depistage_du_cancer_du_sein_identification_des_femmes_a_haut_risque_et_modalites_de_depistag.pdf

[4] Référentiel métier et compétence des sages-femmes.2010. (consulté le 31 octobre 2013)

Disponible à l'adresse : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf

[5] Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. INVS 2008. (consulté le 31 octobre 2013)

Disponible à l'adresse : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243

[6] Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Ann Oncol 2005 ; 16 : 481-8. (Consulté le 31 octobre 2013)

Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15718248>

[7] Groupe de travail sur la vaccination contre les papillomavirus. Comité Technique des vaccinations. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. (Consulté le 31 octobre 2013)

Disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r_mt_230307_papillomavirus.pdf

[8] Le cancer du col de l'utérus en France état des lieux 2010. InVS 2010. (Consulté le 31 octobre 2013)

Disponible sur www.e-cancer.fr

[9] Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. BEH 2003 ; 189 : 41-42. (Consulté le 31 octobre 2013)

Disponible à l'adresse : http://www.invs.sante.fr/beh/2003/41_42/beh_41_42_2003.pdf

[10] Lecadet J, Vidal P, Rebbah R. Cancer du col de l'utérus. Analyses stat thérapeutique 2008 ; 2. (Consulté le 31 octobre 2013)

[11] Morice P, Castaigne D. Cancer du col utérin. Masson Edition, Paris,2005.

[12] Blanc B. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Springer Paris 2005.

[13] La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles. Organisation Mondiale de la Santé 2007. (Consulté le 1^{er} novembre 2013)

Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/fr/>

[14] Munoz N, Bosch FX, Castellsague X, Diaz M, de SS, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 2004 ; 111 : 278-85. (Consulté le 1er novembre 2013)

Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15197783>

[15] Monsonego J. Prévention du cancer du col utérin : enjeux et perspectives de la vaccination anti papillomavirus. *Gynecol Obstet* 2006; 34 : 189-201. (Consulté le 1er novembre 2013)

Disponible à l'adresse : http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/Prevention%20du%20cancer%20du%20col%20uterin.pdf

[16] Monsongo J. Zera L. Syrjänen K. Zera J-C. Smith J-S. Halfon P . Prévalence des génotypes HPV chez les femmes en France implication pour la vaccination. *Gynecol Obstet* 2013 ; 41 : 305-313. (Consulté le 1^{er} novembre 2013)

[17] Orth G. Les papillomavirus humains et leur rôle dans l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. Perspectives dans le domaine de la prévention de ce cancer. In: Blanc B, editor. *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Springer Paris; 2005, p 15-33. (Consulté le 18 mars 2014)

[18] Riethmuller D, Schaal JP, Mougin C. Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain . *Gynecol Obstet* 2002; 30 : 139-46. (Consulté le 18 mars 2014)

[19] Akom E, Venne S. L'infection au virus du papillome humain (VPH). Institut national de santé publique du Québec 2002. (Consulté le 18 mars 2014)

[20] Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine* 2006 ; 24(Suppl 3) : S42-S51. (Consulté le 10 mars 2014)

[21] Hantz S, Alain S, Denis F. Vaccins anti-papillomavirus et prévention du cancer du col de l'utérus. *Gynecol Obstet* 2006 ; 34 : 647-55. (Consulté le 18 mars 2014)

[22] Lehtinen M, Paavonen J. Vaccination against human papillomaviruses shows great promise. *Lancet* 2004 ; 364 : 1731-2. (Consulté le 18 mars 2014)

[23] Steinbrook R. The potential of human papillomavirus vaccines. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 1109-12. (consulté le 18 mars 2014)

Disponible à l'adresse : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058305>

[24] Conseil supérieur d'hygiène publique de France .Comité technique des vaccinations. Groupe de travail sur la vaccination contre les papillomavirus. *CSHPF* 2007. (consulté le 10 mars 2014)

Disponible à l'adresse : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/r_mt_230307_papillomavirus.pdf

[25] Haut conseil de la santé publique. Avis sur la modification éventuelle des recommandations vaccinales des jeunes femmes par le vaccin anti-papillomavirus Gardasil®. *HCSP* 2008.

Disponible à l'adresse : www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20080201_Gardasil.pdf

[26] Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent. *HCSP* 2007.

Disponible à l'adresse : www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20071214_Papillomavirus.pdf

[27] Haut Conseil de la santé publique. AVIS relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. 28 septembre 2012.

Disponible à l'adresse : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20120928_agevaccpapilljeunesfilles.pdf

[28] HCSP. Utilisation du vaccin contre les infections du papillomavirus humains Cervarix. 20 février 2014.

[29] Brillac T. Conduite à tenir en cas de frottis anormal. Réalité en gynécologie obstétrique. 2012 ; 164. (Consulté le 8 août 2013)

[30] Conduite à tenir devant une patiente avec un frottis cervico utérin anormal. Recommandation pour la pratique clinique. ANAES 2002.

[31] Lavoué V, Levêque J . Dépistage du cancer du col un nouvel outil pour mieux faire ou faire mieux avec un nouvel outil. Gynécol obstét et fertil 2009 ; 37 : 680-682.

[32] Monsonego J, Pintos J, Semaille C, Beumont M, Dachez R, Zerat L et al. Human papillomavirus testing improves the accuracy of colposcopy in detection of cervical intraepithelial neoplasia. Int J Gynecol Cancer 2006 ; 2 : 591-8.

[33] Monsonego J, Bohbot JM, Pollini G, Krawec C, Vincent C, Merignargues I et al. Performance of the Roche AMPLICOR human papillomavirus (HPV) test in prediction of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) in women with abnormal PAP smear. Gynecol Oncol 2005 ; 99 : 160-8.

[34] Editorial. Test HPV du cancer du col utérins preuves résistance pratiques nouvelles. Gynecol Obstet Fertil 2012 ; 40 : 269-272.

[35] Clavel C, Dalstein V, Birembault P. Stratégie de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus cytologie ou test HPV. Rêve francophone des laboratoires 2008 ; 405 : 57-64.

[36] Vacher-Lavenu M.-C. Dépistage du cancer du col de l'utérus actualité en 2010. Ann Pathol 2010 ; 30 : 28-31.

[37] Selleret L, Mathevet P. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse. J Gynécol Obstét Bio Reprod. Février 2008 ; 37 : 131-138.

[38] Morice P, Narducci F, Mathevet P, Marret, Darai E, Querleu D. Recommandations de la Société Française d'Oncologie Gynécologique, de la Société Française de Chirurgie Pelvienne et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français sur la prise en charge des cancers invasifs du col utérin pendant la grossesse. GNOGF 2008.

[39] Article L 2122-1 du Code de la Santé Publique, Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant, Livre Ier : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile, Titre II : Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents, Chapitre 2 : Examens de prévention durant et après la grossesse, modifié par l'article 86 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.

[40] Article L 4151-1 du Code de la Santé Publique, Quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre V : Profession de sage-femme, Chapitre Ier : Conditions d'exercice, modifié par l'article 38 de la Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011.

[41] Article R 4127-318 du Code de la Santé Publique, Quatrième partie : Professions de santé, Livre Ier : Professions médicales, Titre II : Organisation des professions médicales, Chapitre 7 : Déontologie, Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes, Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes, modifié par le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006.

[42] Ministère de la Santé. Arrêté relatif à la proposition de réalisation d'un frottis cervico-utérin lors du premier examen prénatal. 2010.

[43] HAS. Recommandations : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. mai 2007.

[44] Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de disposition réglementaire. Apparu au Journal Officiel du 20 octobre 2011.

[45] Pointreau Y Ruffier Loubiere A Denis F Barillot I . Cancer du col de l'utérus. Cancer radiothérapie 2010 ; 40 suppl 1 144-153.

[46] Duport N, Hagurnoer K, Ancelle Park R, Bloch J. Dépistage Organisé Du Cancer Du Col De L'utérus. Evaluation Épidémiologique Des Quatre Départements Pilotes. InVS 2007.

[47] Mahé C., Coqueel F, Garnier A. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. InVS 2007. (consulté le 18 mars 2014)

[48] Bergeron C., Boulanger J.-C., Levêque J. Recommandation pour la pratique clinique Prévention du cancer du col de l'utérus .CNGOF 2007.

Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-Kcol2007.pdf

[49] HAS. Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. Novembre 2004.

Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf

[50] HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. juin 2013. (Consulté le 4 avril 2014)

Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf

[51] Baldauf J-J, Fender M. Youssef Azer Alkadios C. Velten M. Le Dépistage précoce du cancer du col est-il justifié ? Gynecol Obstét Fertil 2011 ; 39 : 358–363. (Consulté le 4 avril 2014)

[52] Monsonogo J. Cortès J. Pereira Da Silva D. Jorge A-F. Klein P. Percepton et impact psychologique du frottis anormal en France. Résultat comparatif d'enquête européenne. Gynecol Obstet Fertil 2012 ; 40 : 213–218. (Consulté le 4 avril 2014)

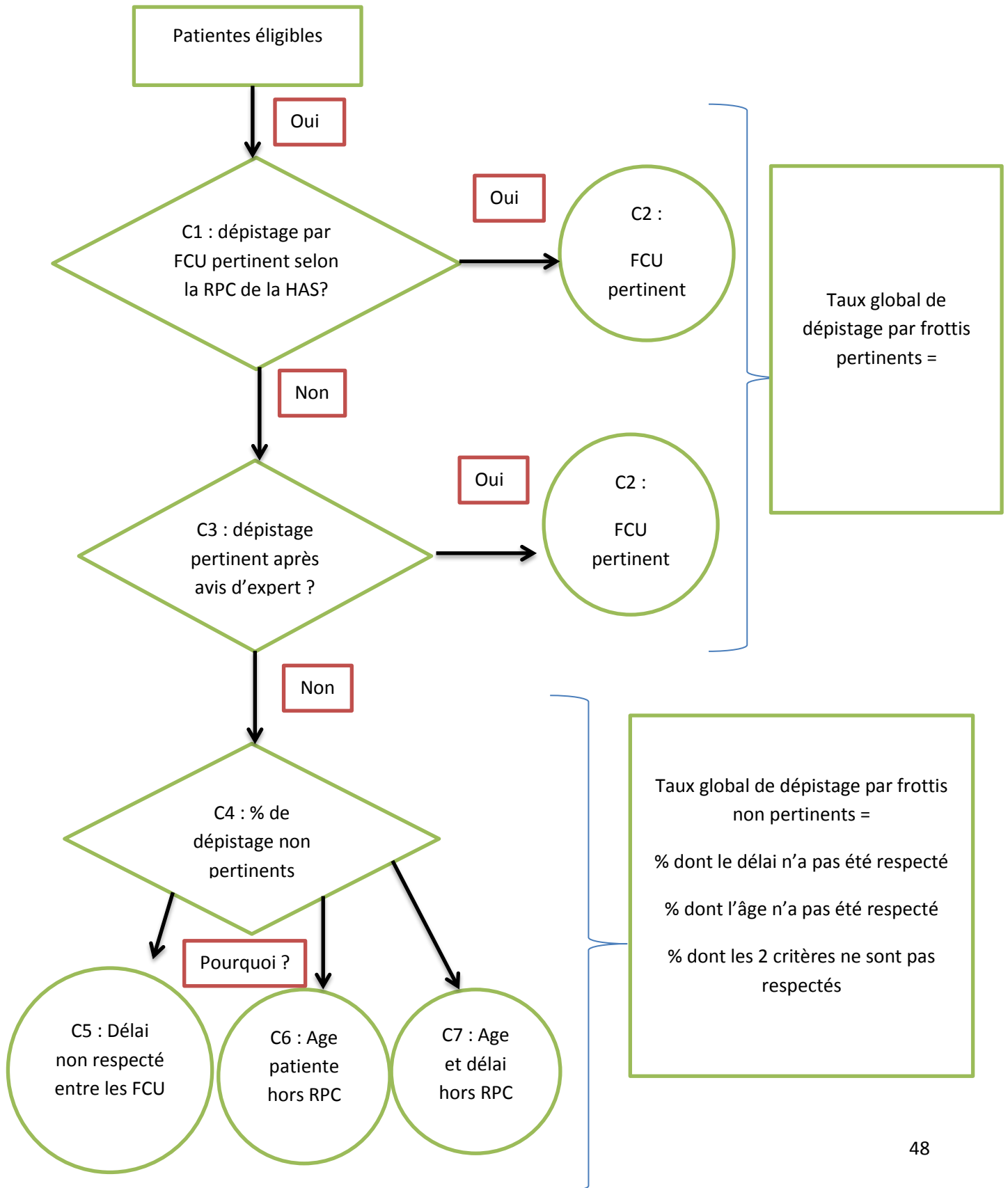
[53] Chignier P. Pertinence du conditionnement des frottis du col de l'utérus arrivant au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques. [Mémoire Master Santé Publique]. Faculté de médecine Université d'Auvergne. 2013. (Consulté le 4 avril 2014)

[54] Denoux Y. Blanc-Vincent M.-P. Simony-Lafontaine J, Verrielle-Beurrier V. Briffod M. et al. Standard, Options et Recommandations : bonne pratique de l'acheminement et la prise en charge d'un prélèvement en anatomie et cytologie pathologiques en cancérologie. Bulletin du cancer. 2002 ; 89 : 401-409.

Disponible à l'adresse : <http://www.ile.com/e-docs/00/01/13/BC/article.phtml>.

ANNEXES

Annexe I : Pertinence du dépistage par frottis cervical



Description des critères :

- Critère 1 (C1) : la question est de savoir si la réalisation du dépistage par FCU est pertinente selon le référentiel national de la HAS.
- Critère 2 (C2) : si la réponse à cette question est oui alors le dépistage est considéré comme pertinent.
- Critère 3 (C3) : si la réponse est non alors le dépistage est non pertinent.
- Critère 4 (C4) : le dépistage du cancer du col est non pertinent après avis d'expert.
- Critère 5 (C5) : si le dépistage est non pertinent, on cherche à déterminer si le rythme de dépistage respecte celui de la RPC (à savoir deux FCU à 1 an d'intervalles normaux puis 1 FCU tous les 3 ans).
- Critère 6 (C6) : si le dépistage est non pertinent, on cherche à déterminer s'il a été réalisé avant 25 ou après 65 ans.
- Critère 7 (C7) : le dépistage est non pertinent car les critères C5 et C6 sont non respectés

Annexe II : Grille de recueil concernant la pertinence du FCU

N° dossier pour étude :

Personnes présentent pour la revue :

Date de la revue : □□/□□/□□ (jj/mm/aa)

Critères d'inclusion :

FCU réalisé dans le service : Oui , Non , Non disponible

FCU lors d'une consultation : gynécologique ou obstétricale

Critères d'exclusion :

Examen refusé par la patiente : Oui , Non

Examen impossible (vierge ou vaginisme) : Oui , Non

Femme ayant eu une hystérectomie : Oui , Non

Femme traité pour un cancer des voie génitales : Oui , Non

Femme surveillée pour une dysplasie du col : Oui , Non

Date de réalisation du dernier FCV : □□/□□/□□ (jj/mm/aa)

Données gynécologiques :

Date de réalisation de l'avant dernier FCV : □□/□□/□□ (jj/mm/aa)

Ménopause : Oui , Non

Grossesse : Oui , Non

Traitement hormonal : Oui , Non

Si oui lequel :

Troubles menstruels : Oui , Non , Non disponible

Si oui lequel :

Age : (Années révolues)

Critères	Oui	Non	commentaire
C1. Frottis pertinent selon RPC de la HAS			
C2. Frottis pertinent après avis d'expert			
C3. Si FCU non pertinent Pourquoi ?			
C 3-1. Rythme du dépistage non respecté			
C3-2. Age de la femme non conforme au dépistage			

Résumé

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est un enjeu de Santé Publique. Le plan cancer 2014-2019 souligne l'importance de réduire les inégalités face au dépistage et de couvrir 80% de la population cible.

Objectif: l'objectif principal de l'étude était d'évaluer la conformité des pratiques cliniques des professionnels de santé aux recommandations de la HAS. L'objectif secondaire était d'évaluer la qualité du dépistage du cancer du col selon le type de suivi : gynécologique versus obstétrical.

Matériel et Méthode: Il s'agit d'une étude transversale descriptive et à visée étiologique. Ainsi, une revue de pertinence a été menée sur 197 dossiers médicaux au sein du pôle GORH du CHU de Clermont-Ferrand.

Résultats: 61,42 % des patientes ont bénéficié d'un dépistage pertinent. Les raisons de non-pertinence étaient dans 22,84 % des cas liées au non-respect du délai entre deux frottis cervico-utérins. Dans 8,63 % des cas, l'âge du dépistage n'était pas respecté et dans 7,11 % des cas le délai ainsi que l'âge n'étaient pas conformes. Le type de suivi n'a pas d'influence sur la qualité du dépistage du cancer du col.

Conclusion: Une information des résultats de l'étude aux différents professionnels impliqués dans le dépistage de cancer du col pourrait représenter un levier pour améliorer les pratiques professionnelles.

Mots clés: dépistage, cancer du col, frottis cervico-utérins, revue de pertinence, évaluation des pratiques professionnelles.

Abstract

The cervical cancer screening is a public health issue. The cancer plan 2014-2019 shows the importance to decrease screening disparity and to track down 80% of population.

Objectives: The principal objective of the study was to assess the medical practices concerning the quality of the cervical screening. The second objective was to assess this quality screening according to the medical types following: obstetric or gynecological appointment.

Study design: It is a descriptive and etiological cross sectional study. So, an appropriateness study has been led on 197 medical records into the GORH pole of CHU of Clermont-Ferrand.

Results: 52.4 % patients had a pertinent screening. The reasons of the no pertinence were in 22.84 % of cases the interval between two cervices smears which was not respect. In 8.63 % of cases the patients' age wasn't respect and in 7.11 % both the age and the interval were not correct. The type of the medical following did not any impact on the quality of the screening.

Conclusion: Information of the study results to the different involved professionals could improve the professional practices concerning the cervical screening.

Keys words: screening, cervical cancer, cervical smear, appropriateness study, evaluation of the professional practices.