

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 28 SEPTEMBRE 2015 À AMIENS
PAR MARJORIE LEDOUX

**ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE D'UN
FROTTIS CERVICO-UTÉRIN ANORMAL PAR LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES PICARDS**

Président du jury: Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL

Membres du jury : Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE,
Monsieur le Professeur Henri COPIN,
Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET,
Monsieur le Docteur Charles MUSZYNSKI

Directeur de thèse : Madame le Docteur Aurélie DELOBEL

REMERCIEMENTS

*A mon Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL,*

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Gynécologie-obstétrique, médecine de la reproduction)
Chef du Pôle "Femme – Couple - Enfant"

Vous me faites l'honneur d'être le président de mon Jury de thèse après avoir été un de mes professeurs en amphithéâtre, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance d'avoir accepté de juger ce travail sans aucune hésitation.

A mon Maître,
Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE,

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens
Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie
Adjoint au chef de l'Oncopôle

*Vous avez accepté de participer au Jury de cette thèse et de juger ce travail, veuillez
recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.*

A mon Maître,
Monsieur le Professeur Henri COPIN,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Cytologie et Histologie)
1^{er} Assesseur et Assesseur du 1^{er} cycle
Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de la Cytogénétique
Pôle "Femme - Couple - Enfant"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse après avoir été l'un de mes premiers professeurs et de faire le jugement de ce travail suite à mes relances obstinées, soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Cytologie et histologie

Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Charles MUSZYNSKI,

Praticien Hospitalier
Gynécologie - Obstétrique – Orthogénie

Vous avez accepté de participer au Jury de cette thèse en votre qualité d'expert sur le cancer du col de l'utérus, soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

*A ma directrice de Thèse,
Madame le Docteur Aurélie DELOBEL,*

Médecin généraliste

Tu m'as soutenue et accompagnée depuis le début de mes études. Tu as répondu à mes questions les plus naïves tout au long de ces années. Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse (et t'es même proposée). Je n'aurai pu effectuer ce travail sans ton soutien, tes encouragements et tes remarques constructives. Tu m'as montré la voie et m'a confortée dans mon choix pour la médecine générale. Je t'en suis très reconnaissante. Nos soirées/dîners ne doivent pas s'arrêter ici.

Merci aux médecins généralistes picards qui ont participé à ce travail.

Merci à mes Maîtres de stage qui ont forgé ma pratique et m'ont confortée dans mon choix pour la médecine générale.

A ces patients d'hier et de demain qui ont accepté et accepteront ma main parfois hésitante pour l'acquisition des connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Merci à toi Julie, qui supporte mon caractère, me soutiens et réponds à mes questions bien souvent deux fois parce que j'ai oublié ta première réponse. Merci pour ces discussions téléphoniques qui ont eu le mérite de nous soulager bien qu'elles soulevaient chaque fois d'autres interrogations. Co-interne un jour, co-interne toujours.

A Nanoo, mon institutrice préférée, à Chloé et Suzanne, merci pour le temps consacré à votre relecture et vos conseils avisés.

À l'ensemble de mes amis et de ma famille toujours présents, vous m'avez aidé à arriver jusqu'ici.

A Mamie et Tit-père, à tonton Rémi partis trop tôt, parce qu'ils auraient été fiers.

A Clémence, parce que la vie est encore devant toi, parce que ta fraîcheur et ta pensée naïve me feront toujours rire.

A Louison et Paul, sourires angéliques et grains d'espoir.

*A ma petite sœur et relectrice en chef,
Merci de tes conseils, de ton soutien et de ta présence malgré ce caractère de cochon que l'on partage et qui occasionne régulièrement nos disputes mais aussi nos moments de complicité et d'affection. Je suis fière de toi.*

*A mes chers Parents,
Présents depuis le premier jour, vous me soutenez depuis toujours et continuerez à le faire j'en suis sûre. Merci infiniment de votre présence. Vous êtes mon pilier, je vous aime.*

*A toi Mumu,
Parce que tu as subi mes humeurs pendant ces années et qu'avec toi la vie est plus douce.
Parce que sans toi il n'y aurait pas de statistique dans ces pages, parce qu'un jour peut-être nous aurons aussi nos grains d'espoir...*

GLOSSAIRE

ASC-H	Atypie cellulaire malpighienne ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade
ASC-US	Atypie cellulaire de signification indéterminée
CCU	Cancer du col de l'utérus
CIN	Néoplasie intraépithéliale
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FCU	Frottis cervico-utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Papillomavirus humain
HSIL	Lésion malpighienne intra-épithéliale évoquant une lésion de haut grade
LSIL	Lésion malpighienne intra-épithéliale évoquant une lésion de bas grade
Test HPV	Recherche de l'ADN viral des papillomavirus oncogènes

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	15
II.MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	19
1.Type d'étude.....	19
2.Population étudiée.....	19
3.Recueil des données.....	19
4.Analyse statistique.....	20
III.RÉSULTATS.....	21
1.Taux de réponse.....	21
2.Caractéristiques des médecins réponders.....	21
3.Lésion(s) désignée(s) comme de haut grade.....	23
4.Lésion(s) désignée(s) comme nécessitant un test HPV.....	25
5.Lésion(s) désignée(s) comme nécessitant un frottis de contrôle.....	26
6.Lésion(s) désignée(s) comme nécessitant un recours au spécialiste.....	27
7.Lésion(s) permettant la reprise du suivi habituel.....	28
8.Attitude des médecins généralistes picards devant un frottis anormal.....	29
9.L'intérêt pour une formation médicale continue.....	30
10.Résultats par sous-groupe.....	30
IV.DISCUSSION.....	35
1.Profil des médecins.....	35
2.Analyse des résultats.....	35
2.1.HSIL.....	35
2.2.ASC-H.....	36
2.3.ASC-US.....	36
2.4.LSIL.....	37
2.5.Anomalie des cellules glandulaires.....	38
2.6.Délai de prise en charge.....	38
2.7.Prise de contact.....	39
2.8.Synthèse.....	39
3.Analyse en sous-groupes.....	40
4.Freins au dépistage.....	41
5.Forces et limites de l'étude.....	42
5.1.Les biais.....	42
a.Élaboration du questionnaire.....	42
b.Biais de recrutement.....	43
c.Biais de mesure.....	43
d.Limites de l'étude.....	44

5.2.Forces.....	44
6.Perspectives.....	45
6.1.Démographie médicale picarde.....	45
a.Les gynécologues.....	45
b.Les médecins généralistes.....	46
6.2.Dépistage organisé.....	47
6.3.La formation médicale continue.....	49
6.4.Vers de nouvelles recommandations.....	50
V.CONCLUSION.....	53
VI.ANNEXES.....	55
1. Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes picards.....	56
2. Annexe 2 : Lettre accompagnant le questionnaire adressé aux médecin généralistes.....	58
3. Revue de la littérature.....	59
3.1.Histoire du cancer du col de l'utérus.....	59
3.2.Le frottis cervico-utérin.....	60
3.3.Dépistage et modalités d'un frottis cervico-utérin en France.....	61
3.4.Taux de couverture.....	62
3.5.Résultats d'un frottis et conduite à tenir.....	63
3.6.Incidence des anomalies cytologiques et de l'infection à HPV.....	67
3.7.Et le vaccin ?.....	67
VII.BIBLIOGRAPHIE.....	69
RÉSUMÉ.....	74
ABSTRACT.....	74

I. INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer chez la femme dans le monde avec près de 493 000 nouveaux cas estimés en 2002 et plus de 500 000 en 2005. On notait près de 260 000 décès dû à ce cancer en 2005 [1].

Il existe une grande inégalité de répartition de cette incidence à travers le monde, 83 % des nouveaux cas survenant dans les pays en voie de développement. Le cancer du col de l'utérus (CCU) y est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Le risque de développer un cancer du col au cours de la vie est de 4 % dans ces pays. Il est quatre fois moins important dans les pays industrialisés [1].

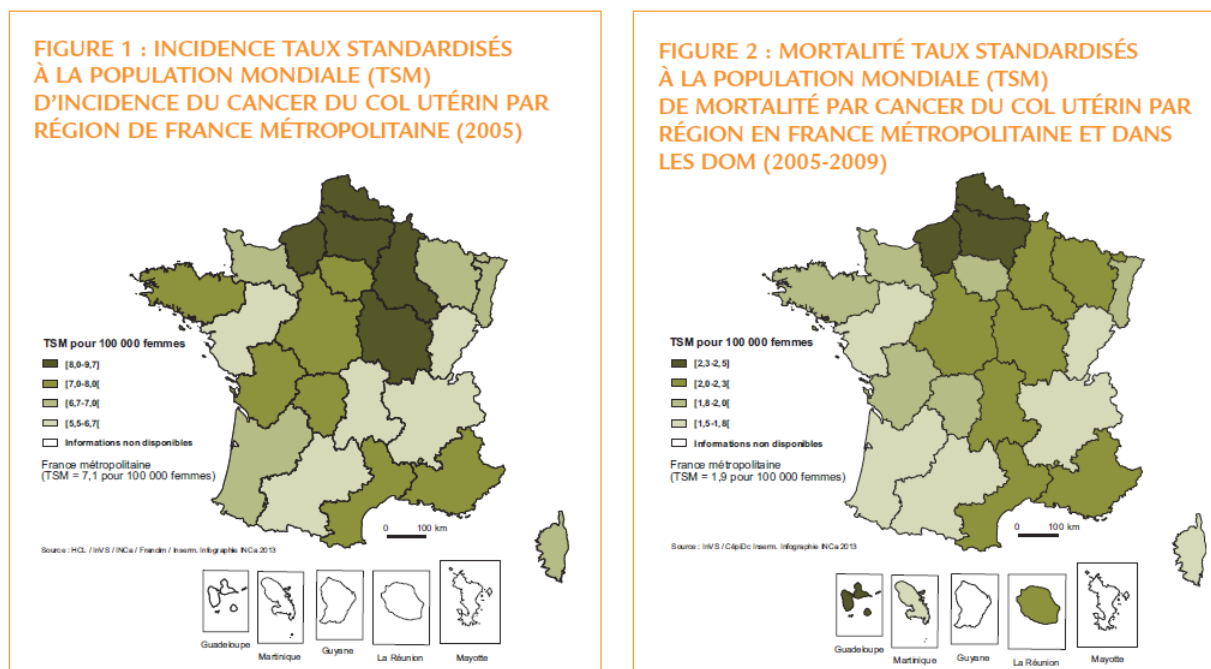
Au sein de l'Union européenne, 30 400 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont estimés en 2004 et près de 13 500 le nombre de décès secondaires. Les taux d'incidence sont très hétérogènes selon les pays allant de 4,7 (Finlande) à 18,6 (Slovénie) cancers invasifs pour 100 000 femmes. En 2008, la France se situait dans une position moyenne parmi les 25 États membres de l'Union européenne en terme d'incidence (onzième position) et de mortalité (neuvième position) [1–3].

En France, le cancer du col de l'utérus est, par sa fréquence, le 12ème cancer chez la femme (1,8% des cancers) mais le 2ème chez la femme de moins de 45ans [4]. L'incidence du cancer du col de l'utérus a baissé de près de 2,5 % par an en France de 1980 à 2012 avec une tendance au ralentissement depuis 2000 (1,3 % par an) [5]. De même, on observe une évolution similaire concernant la mortalité du CCU (baisse de 3,2 % par an de 1980 à l'an 2000, puis de 2 % par an de 2000 à 2012). Cependant, on dénombrait encore en 2012 près de 3 028 nouveaux cas et 1 102 décès par cancer du col de l'utérus, avec un âge moyen au moment du décès de 66 ans [6]. La classe d'âge des femmes de 15-49 ans étant la plus touchée en matière d'incidence et les 50-64 ans pour ce qui est de la mortalité [7].

Pour autant, même en France en 2008, de nettes disparités géographiques sont à noter selon les régions françaises avec des incidences annuelles allant de 5,5 cas en Pays de Loire jusqu'à 9,7 cas pour 100 000 femmes en Haute-Normandie ou en Picardie [4]. De même, les

incidences des départements d'Outre-Mer sont supérieures à celles des départements métropolitains (17,4 cas pour 100 000 femmes en Martinique) [8].

Par ailleurs, le taux de mortalité varie également d'une région à une autre. Les régions du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie ont les taux les plus élevés en France métropolitaine comme nous pouvons le constater sur les figures suivantes [4].



L'histoire de la maladie du cancer du col de l'utérus rappelée en annexe [Annexe 3.1.] est intimement liée à une infection persistante par un papillomavirus humain (HPV). Ceci fait de ce cancer une pathologie accessible à un test de dépistage simple reposant sur un prélèvement par frottis cervico-utérin (FCU), réalisable rapidement au cabinet médical.

Ce test de dépistage peut être réalisé par les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. La démographie médicale reste donc un élément majeur de la prise en charge optimale des patientes, comme devant tout objectif de prévention et de dépistage.

Pourtant, la courbe démographique des gynécologues est en déclin depuis plusieurs années et la poursuite de cette décroissance est encore à craindre pour les années à venir [9]. En France, le FCU est cependant effectué dans 70 à 90 % des cas par le spécialiste. Les médecins généralistes sont donc appelés de plus en plus à le réaliser au vu du nombre décroissant de gynécologues médicaux [4].

A partir de ces données, nous comprenons bien toute l'importance de la place des médecins généralistes dans la réalisation, l'interprétation et la prise en charge des frottis cervico-utérins, y compris lors de résultats anormaux.

La Picardie fait en effet partie des régions françaises avec la plus forte incidence de cancer du col de l'utérus et le plus fort taux de mortalité par ce cancer [4].

Aussi, les délais de prise en charge des femmes semblent de plus en plus longs chez le spécialiste, y compris pour les cas urgents, et les salles d'attente ne désemplissent pas. Certaines de ces consultations sont réalisées à la demande des médecins généralistes adressant leur patiente devant un résultat de frottis anormal.

Le médecin généraliste doit pouvoir, dans sa pratique courante, savoir répondre au mieux aux interrogations de ses patientes concernant les résultats de frottis cervico-utérins. Il doit par ailleurs savoir proposer une prise en charge optimale et adaptée à chacune d'entre elles, en limitant toute perte de chance pouvant être engendrée par une mauvaise connaissance des conduites à tenir devant un examen anormal.

La classification de Bethesda, recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 1998 [10], propose un arbre décisionnel de la prise en charge des frottis cervico-utérins anormaux [Annexe 3.5.]. Plusieurs des branches de cet arbre peuvent entrer dans le cadre des compétences du médecin généraliste tandis que d'autres ne pourront dépendre que du spécialiste.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en charge des frottis cervico-utérins anormaux par les médecins généralistes picards en comparaison aux recommandations de l'HAS.

Leurs connaissances sont-elles suffisantes pour proposer une prise en charge adaptées à leurs patientes dans cette région où l'accès aux gynéco-obstétriciens devient de plus en plus difficile ?

Maîtrisent-ils la classification de Bethesda et connaissent-ils les alternatives à leur portée lorsqu'un frottis est anormal ?

Que proposer aux médecins généralistes picards afin de les aider à améliorer leur prise en charge gynécologique ?

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale et observationnelle, réalisée à partir d'une questionnaire [Annexe 1] séparé en 3 parties : « A propos de vous », « A propos du résultat d'un frottis » et « Votre pratique devant un frottis anormal » formant un total de 16 questions à choix multiples.

2. Population étudiée

1 378 médecins généralistes picards ont été recensés dans un tableur à partir du site internet des pages jaunes. Un tiers de ces médecins ont été recrutés au hasard par attribution d'un nombre aléatoire.

3. Recueil des données

Un questionnaire a été élaboré afin de répondre au mieux à l'objectif de l'étude. Il a été validé après évaluation « test » par 6 médecins généralistes picards.

Le questionnaire a été envoyé aux médecins, accompagné d'une lettre explicative [Annexe 2], modifiée pour la relance, et d'une enveloppe retour affranchie et libellée. Les questionnaires étaient anonymes.

Un premier envoi de 537 questionnaires a été réalisé le 16 mars 2015, avec relance en mai 2015. Les questionnaires reçus jusqu'au 16 juin 2015 ont été pris en compte.

Les réponses recueillies portaient sur le profil des médecins généralistes (âge, sexe, type d'exercice, formation spécifique en gynécologie), sur la fréquence de réalisation des frottis cervico-utérins, sur leur aisance dans l'interprétation d'un frottis anormal, sur leurs connaissances des sigles de la classification de Bethesda, sur leur prise en charge personnelle

en fonction du résultat anormal du frottis cervico-utérin et sur leur façon d'annoncer la nouvelle à leur patiente [Annexe 1].

4. Analyse statistique

Les données obtenues ont été saisies dans un tableur informatique qui a permis l'analyse des résultats. Une première partie descriptive avec une analyse des données épidémiologiques et générales a été réalisée. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et la proportion, et les variables quantitatives par la moyenne. Le seuil de significativité est fixé à $p < 0,05$ pour les tests statistiques par Khi2.

III. RÉSULTATS

1. Taux de réponse

Un total de 152 questionnaires a été reçu après les deux envois successifs sur les 537 envoyés. Un seul questionnaire a été exclu, car reçu trop tardivement.

L'analyse portait donc sur 151 questionnaires, soit un taux de réponses exploitable de 28,12 %. Ce chiffre correspondait à 7,14 % de l'ensemble des médecins généralistes picards d'activité libérale et mixte [9].

2. Caractéristiques des médecins répondeurs

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes ayant répondu à l'étude sont résumées dans le tableau 1 en comparaison aux données de la Picardie [9].

	Données de notre étude (N=151)	Données picardes 2013 (N=2 115)
SEXE		
Homme	110 (66,89%)	1 454 (69%)
Femme	50 (33,11%)	661 (31%)
AGE (Moyenne = 51,9 ans - Ecart-type = 11,6)		
25-35 ans	21 (13,91%)	79 (3,73%)
36-45 ans	20 (13,25%)	354 (16,73%)
46-55 ans	35 (23,18%)	646 (30,54%)
56-65 ans	61 (40,40%)	907 (42,88%)
> 65 ans	14 (9,27%)	129 (6,09%)
MODE D'EXERCICE		
Libéral	134 (88,74%)	-
Mixte	17 (11,26%)	-
Salarié	0 (0%)	-

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes picards répondeurs comparées aux caractéristiques socio-démographiques des médecins picards en 2003

37 médecins généralistes picards (24,50%) déclaraient avoir reçu une formation complémentaire spécifique en gynécologie.

Par ailleurs, 58,94 % des répondeurs (89 praticiens) disaient avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale quotidienne.

86 médecins généralistes (56,95%) déclaraient pourtant ne pas se sentir à l'aise dans l'interprétation des frottis cervico-utérins anormaux, dont 13 parmi ceux ayant reçu une formation complémentaire en gynécologie (35,14%).

34,44 % des médecins généralistes picards répondeurs (52 praticiens) disaient ne jamais réaliser de frottis cervico-utérin. Les raisons qu'ils ont apportées étaient multiples :

- sa réalisation par le laboratoire d'analyse ou le gynécologue
- l'absence de formation
- la présence d'un confrère généraliste ou d'une sage-femme au sein d'un cabinet de groupe
- le manque de temps
- le matériel non adapté au cabinet
- le fait d'être un homme
- le manque de rémunération ou d'intérêt
- le refus des patientes.

Concernant la classification de Bethesda, 76,82 % des médecins répondeurs (116 praticiens) estimaient ne pas la maîtriser, dont la moitié des 26 médecins réalisant au moins 1 frottis par semaine.

		Données de notre étude (N = 151)
Formation Complémentaire en Gynécologie		
	Oui	37 (24,50%)
	Non	114 (75,50%)
Connaissances suffisantes en Gynécologie pour la pratique de la médecine générale ?		
	Oui	89 (58,94%)
	Non	62 (41,06%)
Vous sentez-vous à l'aise dans l'interprétation des Frottis cervico-utérins anormaux ?		
	Oui	65 (43,05%)
	Non	86 (56,95%)
Fréquence des frottis réalisés		
	Plusieurs fois par semaine	12 (7,95%)
	1 par semaine	14 (9,27%)
	1 à 3 par mois	34 (22,52%)
	Quelques uns par an	39 (25,83%)
	Jamais	52 (34,44%)
Maîtrisez-vous la classification de Bethesda ?		
	Oui	35 (23,18%)
	Non	116 (76,82%)

Tableau 2: Caractéristiques épidémiologiques des médecins répondants sur le plan gynécologique

Il n'y avait pas de différence significative entre hommes et femmes selon les différentes caractéristiques ($p > 0,15$) regroupées dans le tableau 2.

65,56 % des médecins répondants déclaraient ne pas recevoir de conduite à tenir dans les comptes-rendus anatomopathologiques des frottis cervico-utérins réalisés. Parmi eux, 70,48 % disaient que cette démarche pourrait leur être utile pour la suite de leur prise en charge.

Le taux de non réponse à cette question (2ème partie – Question 9) s'élevait à 12 médecins, soit 11,43%.

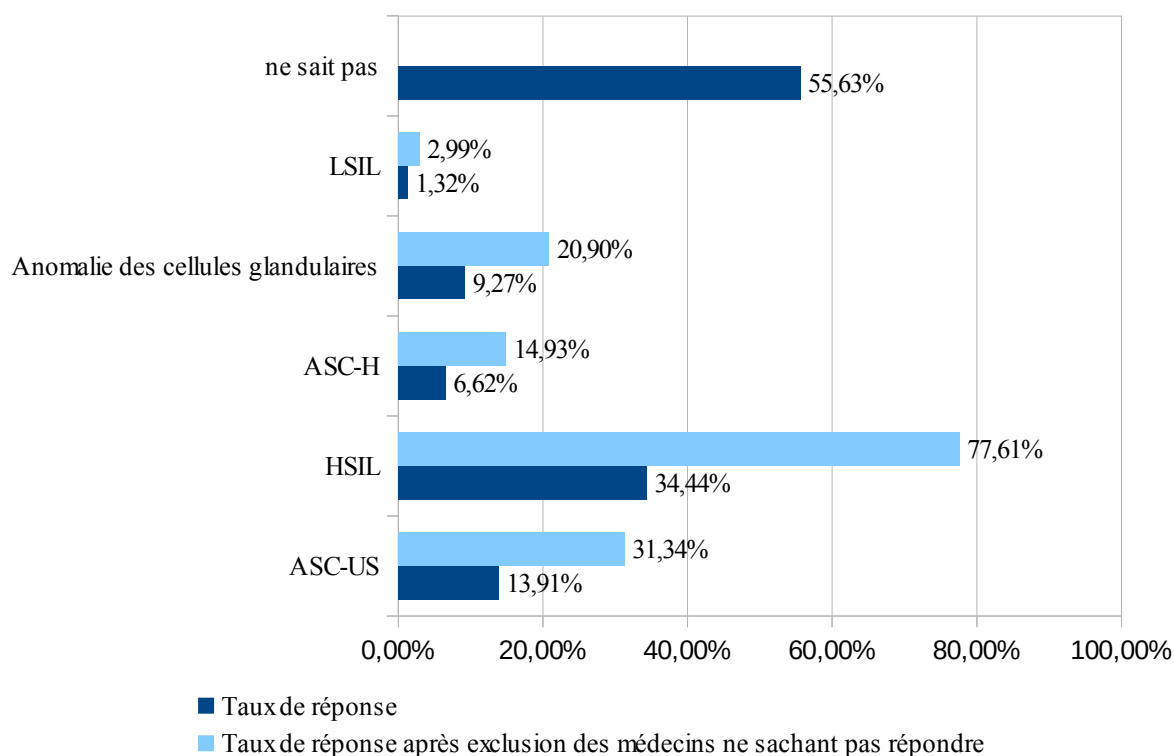
3. Lésion(s) désignée(s) comme de haut grade

Parmi les 151 médecins répondants, 8 médecins considéraient que les lésions HSIL (lésions malpighiennes intra-épithéliales évoquant une lésion de haut grade) et ACS-H (atypie

cellulaire malpighienne ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade) étaient des lésions de haut grade. Seulement 2 médecins ne proposaient que ces 2 réponses. Ces 2 médecins entre 46 et 65 ans déclaraient ne pas avoir bénéficié de formation complémentaire en gynécologie, ne pas avoir les connaissances suffisantes pour la pratique de la médecine générale, ne pas se sentir à l'aise dans l'interprétation d'un frottis anormal, ne pas maîtriser la classification de Bethesda et ne pas avoir de conduite à tenir du laboratoire sur les comptes-rendus anatomopathologiques.

55,63 % des répondeurs déclaraient ne pas savoir répondre, et 13,91 % considéraient les lésions ASC-US (atypies cellulaires de signification indéterminée) comme des lésions de haut grade.

Figure 3 : Lésions d'un frottis cervico-utérin anormal considérées comme de haut grade par les médecins généralistes picards



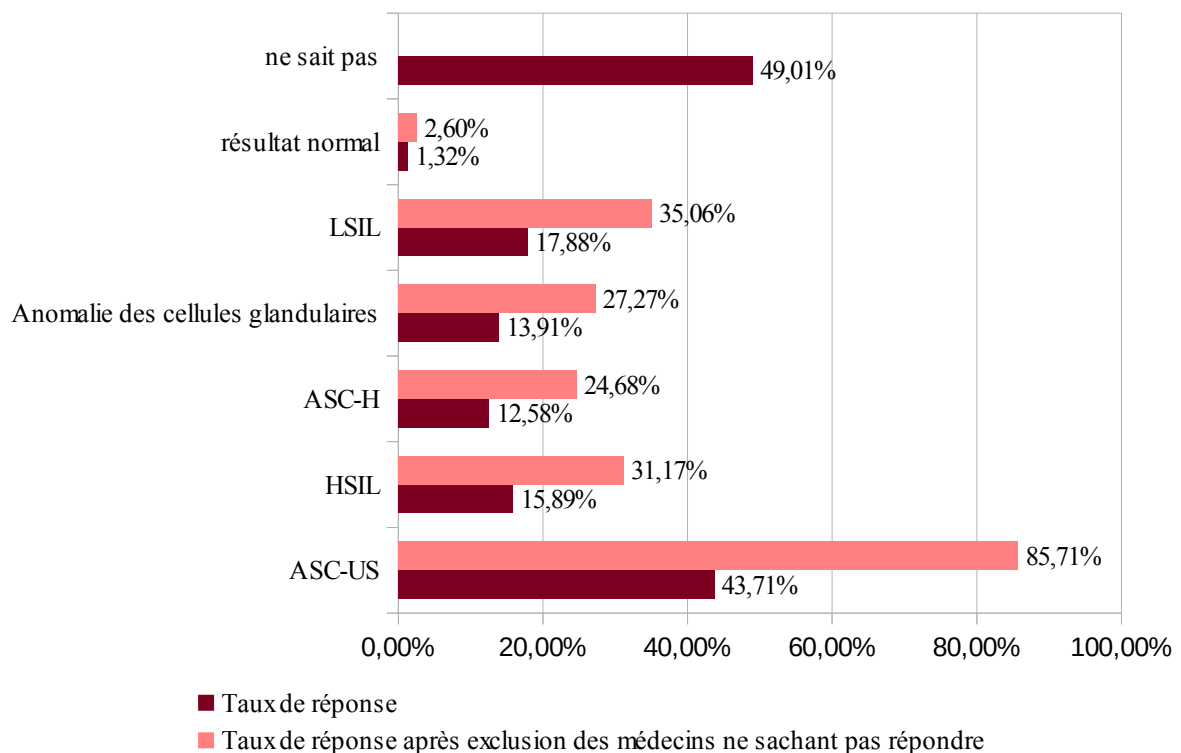
4. Lésion(s) désignée(s) comme nécessitant un test HPV

66 médecins généralistes répondeurs (43,71%) proposaient un test HPV devant un frottis répondant ASC-US à l'examen cytopathologique. 32 (21,19 %) des médecins ne le proposaient que pour ce résultat conformément aux recommandations.

19,87 %, soit 30 médecins, avaient recours au test HPV devant une lésion HSIL et/ou ASC-H, 13,91 % devant une anomalie des cellules glandulaires et 2 médecins proposaient ce test devant un frottis normal.

92,21 % des médecins répondeurs proposaient ce test HPV dans les 6 mois après le frottis anormal (72,73 % à 3 mois et 19,48 % à 6 mois tel que le recommande l'HAS).

Figure 4 : Lésions d'un frottis cervico-utérin devant lesquelles les médecins généralistes picards réalisent un test HPV



5. Lésion(s) désignée(s) comme nécessitant un frottis de contrôle

67 médecins généralistes réalisaient un frottis de contrôle devant une lésion ASC-US et 30 devant une lésion LSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale évoquant une lésion de bas grade). Seuls 8 médecins, soit 13,25% des réponders, proposaient sa réalisation uniquement dans ces deux cas comme le recommande l'HAS.

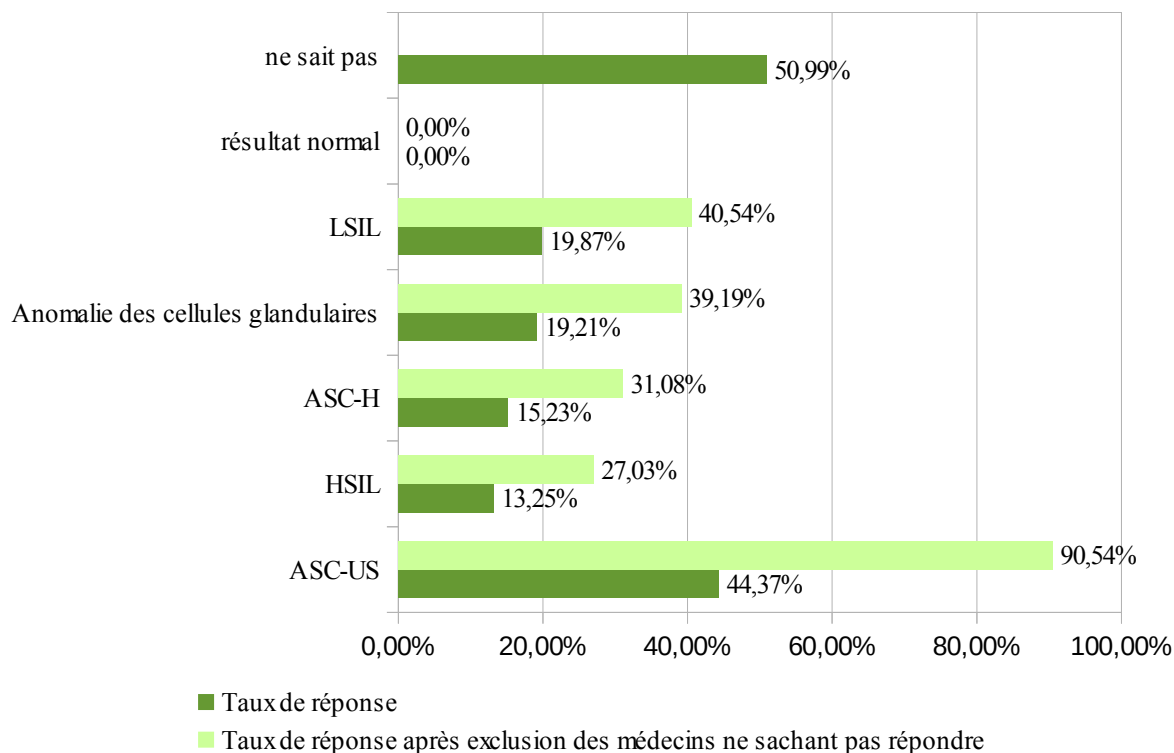
95,94 % des réponders proposaient de réaliser ce frottis de contrôle jusqu'à 6 mois après le premier frottis anormal. 1 médecin le proposait à un délai d'un an et 2 médecins n'ont pas répondu à la question.

21,19 % des médecins réponders (32 médecins) proposaient un frottis de contrôle devant une lésion de haut grade (HSIL et/ou ASC-H) et près de 20 % devant une anomalie des cellules glandulaires.

La moitié des médecins réponders déclaraient ne pas savoir répondre à la question. Aucun des médecins ne proposait cet examen en cas de frottis normal.

44,59 % des praticiens proposaient ce FCU de contrôle à 3 mois et 51,35 % à 6 mois comme recommandé.

Figure 5 : Lésions d'un frottis cervico-utérin devant lesquelles les médecins généralistes picards réalisent un frottis de contrôle



Aucun des 151 médecins réponders ne proposait une prise en charge concordante avec les recommandations de l'HAS à ces trois questions.

6. Lésion(s) désignée(s) comme nécessitant un recours au spécialiste

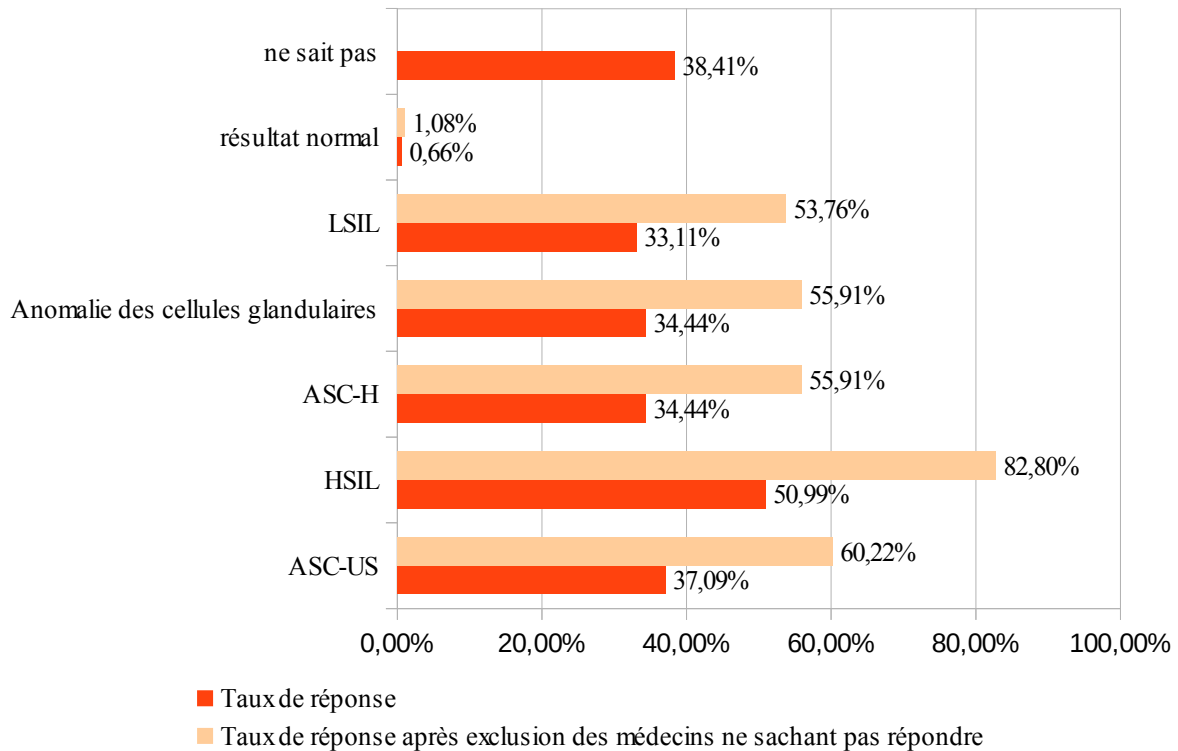
27 médecins généralistes réponders, soit 17,88 %, avaient recours au spécialiste quelle que soit la lésion cytopathologique retrouvée. 1 seul médecin répondeur n'adressait sa patiente que devant une lésion de haut grade ou devant une anomalie des cellules glandulaires, recommandation de première intention proposée par l'HAS.

1 médecin demandait un avis gynécologique devant un frottis normal.

38,41 % des médecins réponders déclaraient ne pas savoir répondre à la question.

71 médecins réponders (47,02 %), avaient recours au spécialiste devant une lésion ASC-US et/ou LSIL. Parmi ceux qui adressaient leur patiente pour une lésion ASC-US lors des questions précédentes, plus de la moitié proposaient la réalisation d'un nouveau frottis ou d'un test HPV (respectivement 55,36 % et 58,93%). De même, 26 % des médecins qui proposaient un frottis de contrôle devant une lésion LSIL adressaient leur patiente au gynécologue.

Figure 6 : Lésions d'un frottis cervico-utérin devant lesquelles les médecins généralistes picards ont recours au spécialiste



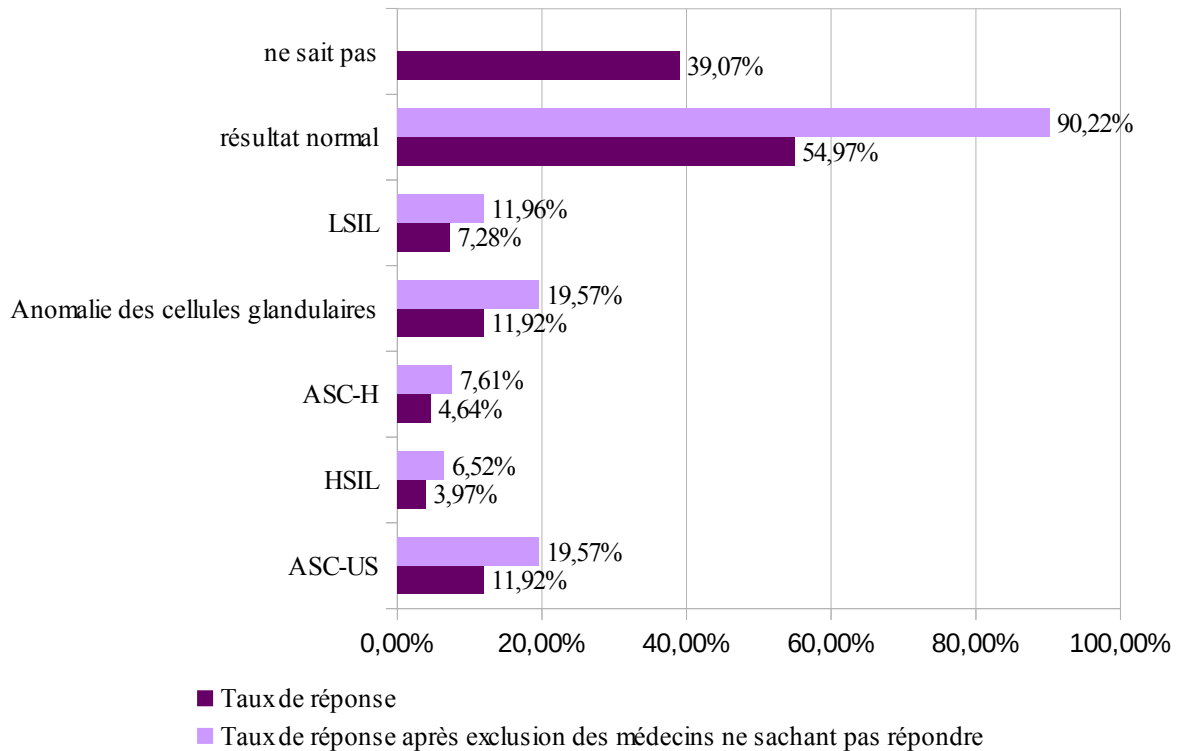
7. Lésion(s) permettant la reprise du suivi habituel

83 médecins généralistes répondeurs, soit 54,97 %, reprenaient la prévention par frottis cervico-utérin habituel lors d'un résultat cytopathologique normal, mais seul 54 de ces médecins ne le proposaient que dans ce seul cas. Parmi les autres, 14 proposaient la reprise du suivi habituel devant une lésion ASC-US, 15 devant une anomalie des cellules glandulaires, 4 devant une lésion ASC-H, et 1 seul devant une lésion HSIL.

9 médecins proposaient de reprendre le suivi gynécologique habituel devant une lésion de haut grade (HSIL et/ou ASC-H).

39,07 % des médecins répondeurs déclaraient ne pas savoir répondre à la question.

Figure 7 : Lésions d'un frottis cervico-utérin devant lesquelles les médecins généralistes picards reprennent le suivi habituel



8. Attitude des médecins généralistes picards devant un frottis anormal

Lorsqu'ils décidaient d'adresser leur patiente pour un avis spécialisé, la grande majorité des médecins généralistes picards (70,20%) réalisaient un courrier afin d'informer leur confrère gynécologue de la situation. 37 médecins répondeurs (24,50%) prenaient eux-même un rendez-vous pour leur patiente, dont 14 sans réaliser de courrier. Les autres laissaient leur patiente prendre le rendez-vous.

12 médecins n'ont pas répondu à la question.

35,10 % des médecins répondeurs informaient leur patiente par téléphone du résultat anormal de leur frottis cervico-utérin. 47,68 % leur annonçaient ce résultat anormal lors d'une consultation dédiée, 11,26 % lors d'une consultation ultérieure pour un autre motif et 13,91 % des médecins en laissaient le soin au spécialiste.

5 médecins n'ont pas donné réponse à cette question.

9. L'intérêt pour une formation médicale continue

69,54 % des médecins répondants disaient être intéressés par une formation sur ce sujet, dont 78,10 % de médecins ayant déclarés ne pas maîtriser la classification de Bethesda.

Parmi les 42 médecins n'étant pas intéressés par une telle formation, seul 38,10 % avaient reçu une formation spécialisée en gynécologie, 26,19% avaient déclaré maîtriser la classification de Bethesda et 47,62 % ne réalisaient jamais de frottis dans leur exercice. Par ailleurs, 7 de ces médecins (16,67 %) avaient plus de 65 ans.

4 médecins ne se sont pas prononcés sur la question.

10. Résultats par sous-groupe

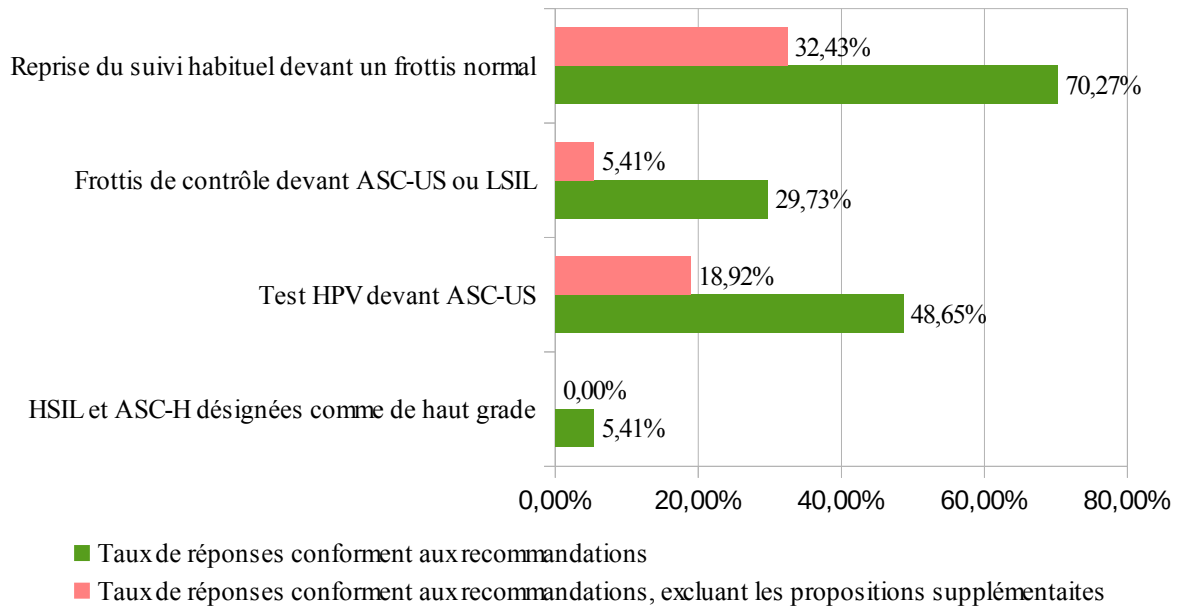
La moitié des médecins réalisant au moins un FCU par semaine dit maîtriser la classification de Bethesda et moins de 20 % d'entre eux savent quand reprendre le suivi gynécologique habituel (18,52%).

91,67 % des médecins réalisant le plus de frottis (plusieurs par semaine) déclarent également avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale. Ils ne correspondent pourtant qu'à 10,81 % des médecins ayant reçu une formation spécifique durant leurs études.

Parmi les 37 médecins qui ont reçu une formation spécifique en gynécologie au cours de leur cursus, 56,76 % (21 médecins) déclaraient ne pas maîtriser la classification de Bethesda. Dans ce même groupe, 5,41 % d'entre eux ont désigné les deux lésions HSIL et ASC-H comme lésion de haut grade, 48,65 % demandaient un test HPV devant une lésion ASC-US et 29,73 % un frottis de contrôle pour ASC-US ou LSIL. Par ailleurs, 12 des médecins ayant eu une formation gynécologique (32,43 %) poursuivaient le suivi par frottis habituel uniquement devant un frottis interprété comme normal.

Ce sous-groupe ne propose pas de prise en charge d'un FCU anormal significativement plus concordante avec les recommandations de l'HAS que les médecins n'ayant pas suivi de formation ($0,15 < p < 0,25$).

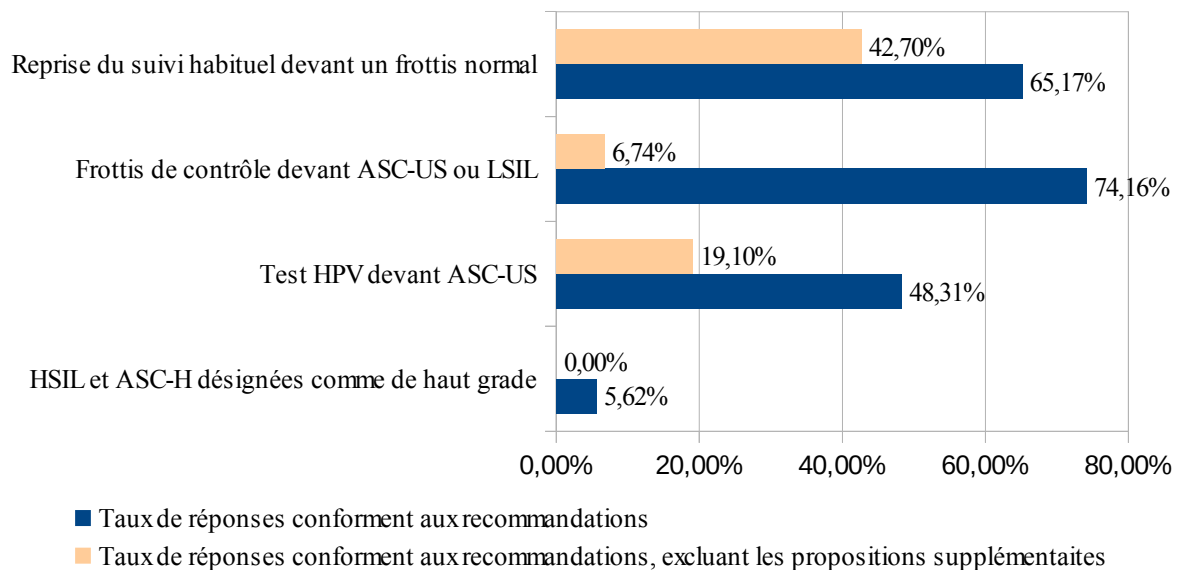
Figure 8 : Prise en charge d'un frottis cervico-utérin par les médecins généralistes ayant reçu une formation spécifique en gynécologie



De plus, 58 des 89 médecins (65,17 %) déclarant avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale, ont répondu de pas maîtriser la classification de Bethesda. Des taux de réponses similaires à la population étudiée précédemment concernant les différentes questions relatant la prise en charge d'un FCU sont observés. Ces proportions sont regroupées dans la figure 9.

Ce sous-groupe ne propose pas de prise en charge d'un FCU anormal significativement plus concordante avec les recommandations de l'HAS que les médecins n'estimant pas avoir les connaissances suffisantes ($0,15 < p < 0,25$).

Figure 9 : Prise en charge d'un frottis cervico-utérin par les médecins généralistes estimant avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale



De même, la prise en charge des médecins généralistes qui se sentent à l'aise dans l'interprétation des frottis anormaux, de ceux réalisant au moins un frottis par semaine, et de ceux qui déclarent maîtriser la classification de Bethesda n'est significativement pas plus concordante avec les recommandations de l'HAS que les autres médecins ($0,15 < p < 0,25$ pour chacun de ces items).

Les médecins qui n'ont pas reçu de formation spécifique ont même donné des réponses significativement plus proches des recommandations de l'HAS que ceux ayant eu une formation gynécologique ($0,001 < p < 0,0025$). Il en est de même pour les praticiens déclarant maîtriser la classification et ceux réalisant au moins un frottis par semaine (respectivement $0,0025 < p < 0,005$ et $0,01 < p < 0,02$).

65 médecins, soit 43,05 %, déclaraient ne pas savoir répondre à l'ensemble des questions concernant les lésions anormales selon la classification de Bethesda (2ème partie - Questions 10, 11 et 12). Parmi ces praticiens, 67,69 %, soit 44 médecins, avaient déclaré maîtriser cette dernière, avaient reçu une formation spécifique en gynécologie, avaient déclaré avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale, réalisaient au moins un frottis par semaine ou disaient se sentir à l'aise dans l'interprétation d'un frottis anormal.

IV. DISCUSSION

1. Profil des médecins

Dans cette étude, la répartition des sexes est comparable à celle constatée en Picardie au cours de l'année 2013 [9], ce qui n'est pas le cas sur la répartition des âges, avec une sur-représentation pour la tranche d'âge 25-35 ans ($p < 0,0005$). On ne constate pas de différence significative sur les autres tranches d'âge ($p > 0,25$). La population de notre étude n'est donc pas représentative de la population médicale de la région ciblée. Les jeunes médecins se sentiraient-ils plus impliqués dans la prise en charge des frottis anormaux de leur patiente ? Leur formation initiale les pousserait-ils à en réaliser davantage, les encourageant à participer à cette étude ?

2. Analyse des résultats

2.1. HSIL

En excluant les médecins généralistes qui déclarent ne pas savoir répondre, notons que près de 78 % voient en HSIL une lésion inquiétante. 3 d'entre eux ne demanderaient pas l'avis de leur confrère malgré leur réponse. Les patientes seraient donc adressées dans 82,80 % des cas devant cette lésion.

Pourtant, HSIL est la lésion cytologique traduisant dans 90 % des cas une lésion précancéreuse sous-jacente (CIN). Bien qu'elle ne représente que 0,5 % des frottis anormaux [11] la méconnaissance de cette lésion est donc une perte de chance pour la patiente, aux conséquences sur son pronostic parfois vital.

2.2. ASC-H

De plus, seuls 10 des médecins répondeurs (14,93%) voient en ASC-H une lésion de haut grade, dont 3 qui n'adresseraient pas leur patiente au gynécologue. 7 médecins répondeurs (7,61%) proposeraient la reprise du suivi habituel devant cette lésion. Toujours après isolement des médecins ne sachant pas répondre, elle est la lésion devant laquelle les médecins proposeraient le moins souvent un test HPV (24,68%) et 31,08 % d'entre eux demanderaient un frottis de contrôle. Plus de la moitié des médecins demanderait l'avis du gynécologue devant cette lésion. Cependant, 20 praticiens (18,02%) ne proposent aucune prise en charge devant ce résultat.

Ces résultats traduisent la méconnaissance de cette lésion par les médecins généralistes picards. Même si elle ne représente que 0,2 % des FCU anormaux, elle s'associe dans près de 40 % des cas à une lésion pré-cancéreuse sous-jacente [11], qu'il est donc essentiel de prendre en charge.

2.3. ASC-US

En excluant les médecins ne sachant répondre, respectivement 85,71% et 90,54 % des répondeurs proposeraient un test HPV ou un frottis de contrôle devant une lésion ASC-US. De plus, malgré leur prise en charge adaptée aux recommandations de l'HAS, plus de la moitié des praticiens adresseraient leur patiente au gynécologue. On remarque aussi que près d'un tiers de ces médecins (31,34 %) considèrent cette lésion comme de haut grade, pourcentage non négligeable.

Cela peut s'expliquer par leur mauvaise connaissance de cette lésion et de sa prise en charge. Aussi, sa position indéterminée dans la classification de Bethesda sous entend l'existence possible d'une lésion plus grave qui peut inquiéter médecins et patientes.

En effet, les recommandations de l'HAS proposent plusieurs prises en charge devant cette lésion : un frottis de contrôle ou un test HPV pouvant être réalisés en ville, ou bien l'avis du spécialiste pour la réalisation d'une colposcopie. L'avis du spécialiste serait dans ce cas le moyen le plus simple pour le médecin généraliste de se rassurer et de se sentir soutenu par un

confrère devant une lésion cytopathologique mal comprise, car déjà mal codifiée par les recommandations. Pourquoi proposent t-elle un possible avis spécialisé pour une lésion qui pourrait aussi être prise en charge en ville ? Cela suppose alors que la lésion ASC-US peut être sévère, encourageant les médecins généralistes à adresser leur patiente pour avis.

ASC-US est pourtant la plus fréquente des lésions anormales rencontrées (3 % des FCU réalisés et près de 60 % des frottis anormaux), dont seul 5 à 10 % présenteront réellement des lésions histologiques. Elle correspond exceptionnellement à un cancer invasif [11,12]. Ainsi, même si une majorité de médecins généralistes picards semblent connaître la prise en charge des lésions ASC-US, nombre d'entre eux adressent leur patiente au gynécologue. La clarification des recommandations quant à la prise en charge de cette lésion permettrait sans doute d'uniformiser la conduite à tenir devant sa mise en évidence.

2.4. LSIL

Dans l'ensemble, la lésion LSIL semble assez bien reconnue par les médecins généralistes interrogés. En effet, seul 2 médecins lui attribueraient un caractère de haut grade, soit 2,99 % en écartant les médecins ne sachant pas répondre. Pourtant, sa prise en charge semble encore floue. En effet, parmi les 30 médecins qui proposeraient un frottis de contrôle devant cette lésion, plus de la moitié auraient également proposé un test HPV et 43,33 % d'entre eux auraient demandé un avis spécialisé.

C'est la deuxième lésion la plus fréquemment rencontrée avec 1,5 % des frottis anormaux. C'est une lésion de bas grade qui traduit une lésion pré-cancéreuse dans 20 % des cas [11]. Cependant, leur taux de régression spontanée s'élève entre 50 et 60 % des cas et 1 % de ces lésions LSIL évolueraient vers un cancer invasif [3]. Les médecins picards connaissent donc mal la conduite à tenir à leur portée devant une lésion LSIL pourtant trois fois plus fréquentes qu'une lésion de haut grade.

2.5. Anomalie des cellules glandulaires

Bien que la majorité des anomalies des cellules glandulaires seraient adressées au gynécologue-obstétricien (55,91%) conformément aux recommandations, 6 médecins ne proposent aucune prise en charge devant ce résultat. De plus, la conduite à tenir face à une telle lésion cytologique semble mal codifiée dans l'esprit des médecins généralistes picards. On constate en effet que plus d'un tiers d'entre eux (39,19%) auraient proposé un frottis de contrôle et 27,27 % un test HPV devant cette lésion. Près de 20 % des réponders auraient repris le suivi de dépistage habituel. Ces résultats sont cependant à relativiser car plus de la moitié des médecins proposant ces prises en charge auraient demandé un avis spécialisé.

La fréquence de ces anomalies restent très rare (0,3 % des frottis anormaux) et l'existence de lésions pré-cancéreuses sous-jacentes s'élève entre 10 et 50 % [11]. Ainsi, malgré leur fréquence faible, la sévérité des anomalies sous-jacentes possibles doit alerter les médecins généralistes devant cette lésion pour la réalisation d'une colposcopie auprès du gynécologue-obstétricien.

2.6. Délai de prise en charge

Plus de 92 % des médecins réponders proposeraient la réalisation d'un test HPV ou d'un frottis de contrôle dans les 6 mois après un premier frottis anormal, conformément aux recommandations de l'HAS. A noter que 78,87 % des praticiens proposant un test HPV dans les 6 mois le font dans les 3 premiers mois (versus 44,37 % pour le frottis de contrôle sur le même délai), ce test pouvant être effectué d'emblée sur un frottis réalisé initialement en phase liquide, évitant ainsi à la patiente et au praticien un nouveau frottis [10].

Le frottis cervico-utérin en phase liquide semble être un bon allié pour le médecin généraliste. Il évite en effet un nouvel examen désagréable pour la patiente et permet une complémentarité de résultat plus rapide car réalisable sur le prélèvement initial. Il n'est cependant indiqué que devant une lésion ASC-US. Les médecins picards paraissent par ailleurs bien connaître les délais pour la réalisation d'un frottis de contrôle.

2.7. Prise de contact

Comme le démontre également une étude qualitative d'août 2013 réalisée au Havre et son agglomération, les médecins généralistes interrogés dans notre étude contactent facilement leur patiente présentant un FCU anormal par téléphone, éventuellement dans le but de fixer une consultation dédiée pour discuter des résultats [13].

L'impact psychologique sur la patiente est connu après une annonce de résultat anormal de FCU, en particulier lorsqu'elle est faite par téléphone [14]. Une convocation téléphonique ou par courrier postal, dans le but d'une consultation dédiée rapide pour annonce diagnostic, devrait être systématique afin de répondre au mieux aux interrogations et aux inquiétudes de nos patientes. Une part d'anxiété ne pourra cependant pas être évitée dans l'attente de cet entretien.

2.8. Synthèse

Cette étude permet de constater que plus de la moitié des médecins généralistes picards ayant répondu au questionnaire disent ne pas savoir reconnaître une lésion de haut grade sur les résultats cytopathologiques d'un FCU. L'association d'un résultat anormal avec un rappel de la conduite à tenir sur le compte-rendu d'anatomopathologie pourrait ainsi aider à la prise en charge de ces patientes présentant une anomalie du col utérin. De plus, il paraîtrait intéressant d'ajouter systématiquement les termes « bas grade » ou « haut grade » à ces comptes-rendus anormaux par les laboratoires utilisant les appellations de la classification de Bethesda, comme il est recommandé. Interpellé par le terme de « haut grade », le médecin généraliste adresserait sans doute ainsi plus rapidement sa patiente au gynécologue afin de réaliser la colposcopie nécessaire dans ce cas.

Dans des proportions similaires, autant de médecins disent de pas savoir devant quelle lésion proposer un test HPV ou un frottis de contrôle. Cela peut expliquer les taux importants de recours au gynécologue-obstétricien devant un résultat anormal de FCU, quelle que soit cette lésion, créant ainsi une surcharge en consultation spécialisée. Ces consultations ne sont pas toujours justifiées et pourraient donc être évitées.

On ne retrouve par ailleurs pas de profil épidémiologique particulier de ces médecins en fonction de l'âge, du sexe ou du nombre de frottis réalisés.

Ainsi, les différentes lésions répertoriées dans la classification de Bethesda et leur prise en charge semblent assez mal connues par les médecins généralistes picards, élément déjà mis en évidence auprès des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne sur la période 2009-2010 [15]. Pourtant, leur prise en charge paraît se conformer aux recommandations de l'HAS [Annexe 3.5.]. Un résultat anormal de frottis cervico-utérin aboutit en effet dans la majorité des cas à un avis spécialisé qui permettra alors les examens complémentaires nécessaires au suivi des femmes. La méconnaissance de ces recommandations par les médecins généralistes serait donc une source de recours au gynécologue-obstétricien pouvant parfois être évitée.

3. Analyse en sous-groupes

D'après cette étude, le fait d'avoir bénéficié d'une formation spécifique en gynécologie au cours de leur cursus, n'apporte pas de prérogative aux médecins sur une meilleure maîtrise de la classification de Bethesda. Ces formations spécialisées comportent pourtant un volet sur le dépistage des cancers [16]. Appuie-t-il cependant suffisamment sur la prise en charge à la portée du médecin généraliste ? Des formations médicales continues sous forme de congrès, d'évaluation des pratiques professionnelles ou d'enseignement post-universitaire existent et doivent s'adresser davantage à la pratique médicale possible en ville.

Il semble en être de même avec le fait de déclarer avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale, de se sentir à l'aise dans l'interprétation des frottis anormaux, de réaliser au moins un frottis par semaine, et de déclarer maîtriser la classification de Bethesda.

Il existe également des taux très importants de médecins ne sachant pas répondre aux questions relatant la classification étudiée. Nombre d'entre eux avaient pourtant déclaré avoir les compétences pour y répondre. Lors de la réception des questionnaires, plusieurs des médecins répondants avaient annoté trouver les questions trop spécialisées, ou encore que la

prise en charge d'un frottis anormal ne dépendait plus du médecin généraliste. D'autres ont signalé avoir une aide-mémoire facilement accessible sans en connaître les détails, ou contacter l'anatomopathologiste par téléphone en cas de résultat anormal de FCU. Les médecins généralistes picards considéreraient-ils que l'interprétation des frottis ne les concerne pas ? Ou se sentent-ils dépassés par l'existence d'une lésion anormale amenant rapidement à un avis spécialisé ? L'aide mémoire à garder sous la main pourrait être un outil pertinent permettant de retrouver facilement la prise en charge adaptée à chaque situation, et donc à chaque patiente.

De plus les médecins généralistes picards ne semblent pas pleinement connaître les recommandations de la Haute Autorité de Santé. L'évaluation des pratiques professionnelles et les groupes d'échanges de pratiques permettraient aux médecins généralistes de comparer leur prise en charge et ainsi de prendre conscience de leurs limites. Ceci afin d'améliorer le suivi de leurs patientes.

Ainsi, l'ensemble de ces items, qu'il soit seul ou associé, ne prévaut pas aux médecins généralistes d'avoir une prise en charge des frottis cervico-utérins anormaux plus proche de celle recommandée par l'HAS par rapport aux autres praticiens.

4. Freins au dépistage

Dans notre étude, 34,44 % des médecins répondants déclarent ne jamais faire de FCU. Ils en apportaient différentes raisons. Plusieurs études et thèses ont déjà été réalisées en France sur la détermination de freins à la réalisation de dépistage par frottis cervico-utérin. D'une part, on retrouve les freins liés aux médecins que l'on met également en évidence dans cette étude : le suivi de la patiente par un gynécologue déjà en place, la rémunération en inadéquation avec le temps dépensé à faire l'examen, le manque de formation ou de matériel, le manque de temps ou d'intérêt, la gestion de la relation médecin-patient [15,17,18]. D'autre part, les freins liés à la patiente : méconnaissance du but du FCU et des compétences du médecin généraliste pour sa réalisation, vécu désagréable de l'examen de dépistage, sexe masculin du médecin, qualité de la relation médecin-patient, freins psychologiques et liés

aux représentations des femmes se reflétant dans leur rapport à la santé et à la maladie, importance du cloisonnement de l'intime, accès aux soins pour les femmes en situation de handicap, freins socio-économiques et socio-démographiques [3,19].

5. Forces et limites de l'étude

5.1. Les biais

a. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de peu de données qualitatives retrouvées dans la littérature. Il existe des biais dans sa composition, comme l'oubli d'un item concernant la communication du résultat anormal par courrier postal aux patientes, mentionné par un médecin.

De même, il n'a pas été introduit l'appartenance rurale ou urbaine de l'activité des médecins généralistes ciblés. Ce critère a pourtant été plusieurs fois cité comme facteur incitant les praticiens à la réalisation ou non des FCU, étant souvent lié à la proximité d'un cabinet de gynécologie ou d'un centre hospitalier. Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer les pratiques des médecins exerçant en milieu rural et qui réalisent plus de frottis que ceux en milieu urbain selon plusieurs études [20,21].

Le questionnaire visait à évaluer les connaissances des médecins généralistes quant aux résultats anormaux d'un frottis cervico-utérin. La tournure plus ou moins scolaire inévitable du questionnaire a pu limiter le taux de participation des médecins généralistes contactés qui auraient pu se sentir interrogés sur leur capacité à pratiquer la gynécologie de ville.

Les sigles désignant les différentes lésions ont été utilisés dans les questions à choix multiples. Cela a paru bien souvent être un frein aux réponses des médecins sélectionnés. L'utilisation de ces sigles a été choisie car ils font partie intégrante de la classification de Bethesda et sont censés être utilisés par les laboratoires dans les comptes-rendus anatomo-

pathologiques. Il faut cependant prendre en compte le fait que certains laboratoires utilisent leur dénomination entière dans leur communication des résultats ou encore que d'autres utilisent les termes « bas grade » ou « haut grade ».

b. Biais de recrutement

La sélection des médecins généralistes s'est faite à partir d'un fichier réalisé sur la base des données des pages jaunes, document mis à jour régulièrement, mais cependant non officiel. Aucun registre utilisable à jour, afin d'éviter ce biais, n'a pu être retrouvé lors des recherches préliminaires à l'étude. Un nombre de praticiens a ainsi pu être inclus à tort, ou au contraire omis, du fait de données mal renseignées initialement dans cette base de données.

On peut penser que les médecins les plus intéressés par le dépistage et le suivi gynécologique de leurs patientes, ou réalisant le plus de frottis ont davantage répondu que les autres. Ceci constitue un biais de sélection. Il n'est pas à exclure que les non participants aient une pratique différente devant un frottis anormal. Il est possible qu'ils ne réalisent jamais de frottis, ou qu'ils ne connaissent pas la classification de Bethesda. Cela constitue un biais de non-réponse.

c. Biais de mesure

Devant nos connaissances succinctes en matière de statistiques, il existe un biais de mesure dans l'interprétation des résultats de notre étude.

Les données ayant été obtenues par remplissage de questionnaires adressés par courrier postal, la nature déclarative des répondants n'a pu être contrôlée. Les réponses ainsi obtenues sont susceptibles de ne pas refléter les pratiques réelles des praticiens au cours de la période étudiée. Ce point est à nuancer devant la forte proportion des médecins déclarant ne pas connaître les réponses aux questions posées, ce qui peut faire penser que nos résultats traduisent fidèlement leur attitude vis à vis d'un frottis anormal.

d. Limites de l'étude

L'échantillon de notre étude étant non représentatif de la population étudiée, les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population médicale picarde.

La complémentarité des abréviations utilisées dans le questionnaire avec leur signification aurait favorisé la compréhension des praticiens participant à l'étude. Plusieurs commentaires ont en effet été relevés à ce sujet et il y a tout lieu de penser que les laboratoires accompagnent leurs résultats de la désignation complète des sigles de la classification de Bethesda.

5.2. Forces

Le taux de réponse s'élevant à 28,12 % est relativement satisfaisant. Cependant il ne correspond qu'à 7,14 % des médecins généralistes picards.

Le questionnaire court, une page recto-verso, comprenant essentiellement des questions courtes à choix multiples a permis de faciliter son remplissage.

Durant la période de recherche bibliographique, peu d'études ont été retrouvées sur ce sujet au niveau national et aucune en Picardie. Une seule étude à visée qualitative réalisée dans l'agglomération du Havre en 2013 traitait le même sujet. De nombreuses études ont par contre étaient retrouvées sur la mise en évidence des freins à la réalisation des frottis, qu'ils soient inhérents au praticien ou à la patiente. Cette étude est donc novatrice dans ce domaine. L'abord quantitatif de ce sujet a paru judicieux du fait des possibilités limitées de réponse à la prise en charge d'un frottis anormal.

6. Perspectives

6.1. Démographie médicale picarde

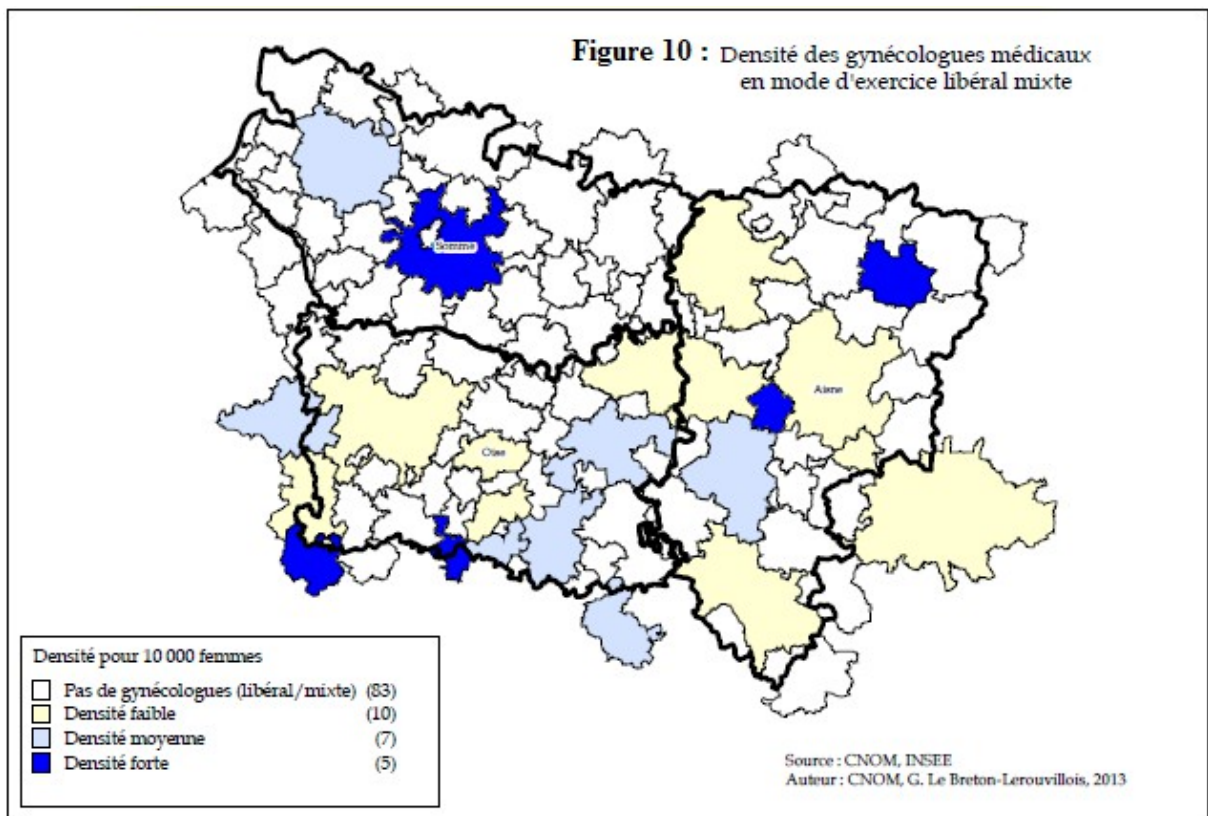
a. Les gynécologues

La Somme et l'Aisne faisaient partie, sur la période 2006-2008, des départements ayant le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus le plus bas (respectivement 46,5 % et 39,9%) avec les Ardennes, la Corse-du-Sud, la Seine-Saint-Denis, le Doubs, le Cher, l'Orne et le Pas-de-Calais. L'Oise avait alors un taux de couverture médiocre entre 50 et 55 %. Ces faibles taux semblent en partie liés à la faible densité de gynécologues dans notre région, ainsi qu'à la forte proportion de personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire [3].

En 2013, la région Picardie était la région ayant la plus faible démographie médicale de France avec une densité moyenne de 238,5 médecins pour 100 000 habitants, densité envisagée à la baisse jusqu'en 2018 avec 234,9 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants [9].

Les gynécologues médicaux et médico-obstétriciens font partie des spécialistes de santé accessibles en accès direct selon la loi du 9 août 2004 [22]. En 2013, la Picardie recensait 64 gynécologues médicaux en activité régulière, quel que soit leur mode d'exercice, inscrits aux tableaux des Ordres départementaux. On notait ainsi une baisse de 15 % de leur effectif entre 2008 et 2013. Cette tendance à la baisse se confirmerait jusqu'en 2018. 56 gynécologues pourraient alors être dénombrés sur la région, avec une moyenne d'âge élevée de 61 ans pour les hommes qui représentent 30 % des gynécologues, et de 59 ans pour les femmes [9].

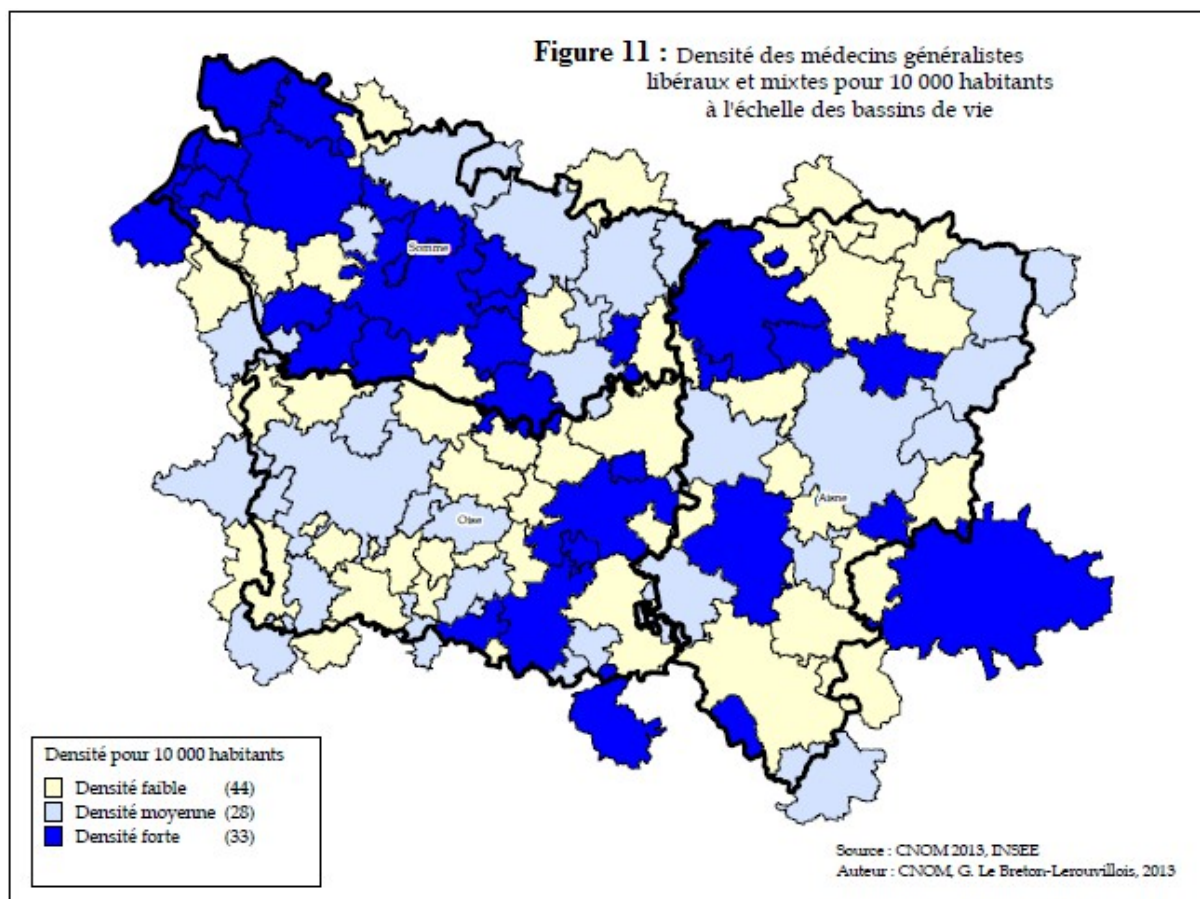
Par ailleurs, la densité de ces gynécologues reste très inégale à l'échelle des bassins de vie, avec une concentration des spécialistes autour des grands centres hospitaliers [Figure 10].



b. Les médecins généralistes

En 2013, la Picardie recensait 7,5 % de médecins généralistes en moins par rapport à 2007, et on attend encore une diminution de cet effectif sur les années à venir à l'échelle des trois départements la composant [9].

De plus, 27 % des médecins généralistes picards avaient au moins 60 ans en 2013 et près de la moitié des moins de 40 ans était des femmes. Dans la région, 42 % des bassins de vie sont caractérisés par une faible densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants [Figure 11].



Ainsi, malgré les chiffres évoqués sur la démographie des gynécologues, il est difficile de penser que les médecins généralistes puissent pallier le déclin des effectifs des spécialistes, et alors réaliser les frottis cervico-utérins que ces derniers ne pourront prélever.

6.2. Dépistage organisé

Les premiers pays à mettre en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus étaient le Canada et la Finlande dans le début des années 60, le Royaume-Uni en 1964, puis vinrent l'Islande, l'Irlande et les Pays-Bas. De nombreuses études ont été réalisées à travers l'Europe et dans le monde avec des résultats contrastés quant à l'efficacité du dépistage organisé comparativement au dépistage individuel. Elles s'accordent toutefois sur le fait d'une meilleure couverture de la population cible. Il faut savoir que le dépistage organisé génère un

surcoût pour la collectivité qui, rapporté à son efficacité, reste acceptable dans les pays développés [3].

En France, cinq départements expérimentent depuis les années 1990 un dispositif de dépistage organisé : l'Isère, la Bas-Rhin, le Haut-Rhin, le Doubs et la Martinique. Chaque programme avait mis en place son propre mode d'organisation, un cahier des charges national n'ayant été rédigé qu'en 2005. L'Institut national de Veille Sanitaire a réalisé en 2007 une évaluation conjointe de ces programmes de dépistage sur l'année 2006. Bien que la participation à l'examen restait faible, les conclusions montraient une augmentation globale de la couverture de dépistage avec notamment un meilleur respect de l'intervalle préconisé entre les frottis. Toutefois, la prise en charge des frottis anormaux ne semblait pas être plus en corrélation avec les recommandations de l'HAS que dans le reste du territoire [3]. Ainsi, les programmes de dépistage organisé ne permettraient pas une meilleure observance des recommandations. La mise en place de ces programmes ne remplacerait donc pas une information et une formation utile et adaptée auprès des médecins généralistes et des patientes.

Dans une étude réalisée en 2013 auprès des médecins généralistes de Bourgogne, la population étudiée était favorable au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, d'autant plus s'ils ne réalisent pas de frottis régulièrement eux-mêmes. Cette étude a également mis en évidence l'impact positif du dépistage organisé sur la formation pratique et théorique des médecins inclus [23]. La mise en place d'un programme de dépistage encouragerait donc les médecins généralistes à participer à des groupes de travail et de discussion des pratiques professionnelles afin d'améliorer leur prise en charge de leurs patientes.

En 2010, une organisation au dépistage selon un cahier des charges commun et national établi en 2005 [24] a été expérimentée dans treize départements français. Cette étude a montré une augmentation du nombre de femmes réalisant le FCU, motivant la mise en place d'un dépistage organisé sur tout le territoire [5,25].

En 2014, le gouvernement a instauré le 3ème plan cancer 2014-2019 qui s'inscrit dans les priorités de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ». L'objectif numéro 1 de ce nouveau plan cancer comporte un volet sur le cancer du col de l'utérus ciblé aujourd'hui par le dépistage organisé. Son but est d'augmenter

le taux de couverture dans la population cible jusqu'à 80 % et de permettre un accès au dépistage facilité pour les populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Il renforce notamment le rôle du médecin généraliste dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage, et garantit aux personnes concernées une prise en charge totale des actes de dépistage par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Il vise également à améliorer le taux de couverture vaccinale par le vaccin anti-papillomavirus. De plus, ce dispositif a aussi pour objectif d'actualiser et de diffuser les recommandations de prise en charge des FCU anormaux [25]. Notre étude montre que ce dernier volet du dispositif est essentiel afin d'optimiser la prise en charge des patientes.

Ainsi, les médecins généralistes vont être amenés à s'investir davantage dans les prises en charge des frottis anormaux, notamment lorsqu'une lésion cytologique ne relève pas systématiquement d'une intervention spécialisée. Le cahier des charges établi en 2005 indique que l'interprétation d'un frottis anormal devra s'accompagner des recommandations de prise en charge de l'HAS. Cette mention mise en place par le plan cancer 2014-2019 devrait faciliter la prise en charge des frottis anormaux par les médecins généralistes qui ne sont manifestement pas suffisamment renseignés quant aux recommandations [24]. On constate notamment dans cette étude que certains laboratoires proposent déjà cette note. Cette démarche semble par ailleurs être sollicitée par les médecins picards n'en bénéficiant pas, puisque 70,48 % d'entre eux pense que cela pourrait leur être utile.

6.3. La formation médicale continue

Il n'est pas nécessaire de rappeler que les connaissances et les techniques médicales progressent. Les médecins généralistes doivent donc continuellement mettre à jour leurs connaissances et s'adapter aux modifications des recommandations de la Haute Autorité de Santé. En effet, « *contribuer aux actions de prévention et de dépistage* » est une des missions du médecin généraliste parmi les sept autres qui lui sont attribuées selon l'article L4130-1 de la loi du 21 juillet 2009 [26].

Ainsi, les médecins généralistes, comme tous les professionnels de santé, ont une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP) et de formation médicale continue [27]. Le décret n°2005-346 du 15 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques

professionnelles mentionne que l'EPP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé : « *elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue* » [28].

La mise en place de groupes d'échange des pratiques, l'organisation d'évaluation des pratiques professionnelles et la participation à des formations médicales continues peuvent alors permettre à tous médecins, et donc aux médecins généralistes, de renforcer leurs connaissances et d'améliorer leurs pratiques, dans le but de continuellement offrir la prise en charge la plus adaptée possible à chacune de leurs patientes.

6.4. Vers de nouvelles recommandations

Le FCU s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans et doit être proposé tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle. Toutefois, une étude britannique de 2014 montre qu'arrêter le dépistage à 65 ans, sous réserve qu'il ait été bien conduit avec des résultats négatifs jusque là, doublerait le nombre de cancers par rapport à un arrêt à 75 ans [29]. Étant donné l'augmentation de l'espérance de vie, il paraît pertinent de se poser la question d'un dépistage au-delà des 65 ans.

De plus, de nouvelles techniques sont actuellement à l'étude : la recherche du papillomavirus à l'aide d'un test urinaire a notamment été étudiée par méta-analyse. Elle montre une sensibilité de 87 % et une spécificité de 94 %. Son utilisation s'est alors posée auprès des femmes ne bénéficiant pas d'un suivi régulier ou dans les pays ne disposant pas d'une infrastructure adaptée. Cependant, l'impact d'une telle stratégie reste pour le moment du domaine de la recherche. Le FCU reste donc l'examen de dépistage de référence [30].

Il existe également des méthodes alternatives immunohistochimiques et immunocytochimiques mettant en évidence de plus en plus de marqueurs des néoplasies

intraépithéliales cellulaires, qui aident à prédire le risque de progression vers des CIN de haut grade. Par exemple, la sensibilité et la spécificité de p16 (gène suppresseur de tumeur) pour le diagnostic de CIN 3 sont respectivement de 96 et 83 % [31]. p16 constituerait ainsi un marqueur pertinent pour identifier et surveiller les femmes présentant un risque d'évolution vers une lésion pré-cancéreuse ou un cancer du col.

Par ailleurs, en 2004, l'utilisation du test HPV en première intention du dépistage associé au frottis lorsqu'il est positif, a fait l'objet d'un débat. Du fait de sa sensibilité supérieure à 90 %, le test HPV permettrait d'augmenter l'intervalle entre deux prélèvements. Cependant, de part sa spécificité inférieure à celle du frottis, son association à ce dernier lorsqu'il est positif, offrirait des perspectives prometteuses selon certains experts et une étude réalisée en France en 2008 [32,33]. Aussi, une étude américaine publiée en février 2015 mettait en évidence que le test HPV utilisé seul en première intention était au moins aussi efficace que l'association du test HPV combiné au FCU [34]. Les ministères de la santé des Pays-Bas et de Finlande ont d'ailleurs décidé (respectivement en 2011 et 2012) de faire évoluer leur dépistage cytologique vers le dépistage virologique, bien que ces mesures n'aient pas encore été mises en place concrètement [35].

Dans la dynamique du Plan Cancer 2014-2019 qui vise à fournir à toutes les femmes l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, ces différentes études et nouvelles techniques d'analyse font donc penser que les recommandations et la prise en charge des frottis cervico-utérins anormaux vont être sujettes à évolution dans les années à venir.

V. CONCLUSION

La présente étude met en évidence que les connaissances des médecins généralistes picards sur les recommandations de l'HAS selon la classification de Bethesda sont médiocres. Ils connaissent donc mal la conduite à tenir à leur portée devant certaines des lésions de cette classification. Pourtant, plus de la moitié des médecins répondants ont déclaré avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale. De plus, les praticiens ayant bénéficié d'une formation complémentaire en gynécologie ou déclarant maîtriser la classification de Bethesda, ne semblent pas mieux suivre les recommandations de prise en charge d'un frottis cervico-utérin anormal que les autres. Aussi, le recours au spécialiste paraît bien souvent la démarche de première intention devant un frottis anormal quelle que soit la lésion cytopathologique mise en évidence. Cependant, la majorité des médecins répondants sont intéressés par une formation sur le sujet.

Pratiquer la médecine générale n'est pas chose simple. Elle doit composer chaque jour avec le manque de temps, de formation ou de matériel qui nuisent à la relation médecin-malade.

Le frottis cervico-utérin est universellement reconnu comme un moyen de prévention et de dépistage efficace du cancer du col de l'utérus. Par ailleurs, cet examen s'inscrit aujourd'hui dans le cadre d'un programme national de dépistage organisé inclus dans le Plan Cancer 2014-2019. Malgré les courbes de démographie médicale inquiétantes, les médecins généralistes sont ainsi amenés, avec les gynécologues et les sages-femmes, à en réaliser et à fortiori à devoir en interpréter davantage.

De plus, de nouvelles techniques à l'étude et de nouveau schéma de conduite à tenir pourraient un jour faire leur apparition et modifier la prise en charge et le pronostic sévère du cancer du col de l'utérus. Les médecins généralistes devront alors adapter leur prise en charge à ces nouvelles recommandations.

Le médecin généraliste dispose d'une place idéale pour l'initiation de démarches préventives et pour s'assurer du respect des recommandations quant à la fréquence et à la prise en charge des examens de dépistage. En tant que coordinateur de soin, il devrait être le

destinataire des résultats de chaque frottis réalisé en plus du prescripteur, s'il ne l'est pas. Ceci dans le but d'une meilleure implication poussant les médecins traitants qui pratiquent peu de FCU à se former, et aux autres à poursuivre leur formation. Ils seront en effet les premiers à permettre la mise en place du dépistage organisé proposé par le dernier Plan Cancer. Ainsi, au vu des résultats de cette étude, des formations médicales continues et des évaluations de leurs pratiques professionnelles semblent essentielles afin de permettre aux médecins généralistes de mieux comprendre et d'encadrer la prise en charge de leurs patientes au FCU anormal.

VI. ANNEXES

1. **Annexe 1** : Questionnaire adressé aux médecins généralistes picards

Questionnaire portant sur la
Pratique des médecins généralistes devant un frottis cervico-utérin anormal

1ère partie : A propos de vous

- 1 – Etes-vous : une femme / un homme
- 2 – A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?
 25-35 / 36-45 / 46-55 / 56-65 / > 65ans
- 3 – Quel est votre mode d'exercice ? libéral / mixte / salarié
- 4 – Avez-vous suivi une formation spécifique en gynécologie au cours de votre cursus ? (Formation médicale continue, DU, DIU...) Oui / Non
- 5 – Pensez-vous avoir les connaissances suffisantes en gynécologie pour la pratique de la médecine générale ? Oui / Non
- 6 – Vous sentez-vous à l'aise dans l'interprétation d'un résultat de frottis anormal ? Oui / Non
- 7 – Combien de frottis réalisez-vous en moyenne ?
 plusieurs par semaine
 1 par semaine
 1 à 3 par mois
 quelques uns par an
 jamais. Pourquoi ?

2ème partie : A propos du résultat d'un frottis

- 8 – Maîtrisez-vous la classification de Bethesda ? Oui / Non
- 9 – Lors d'un résultat de frottis anormal, le laboratoire vous propose-t-il une conduite à tenir ?
 Oui / Non
- Si non, pensez-vous que cela vous serait utile ? Oui / Non
- 10 – Parmi les résultats suivants, le(s)quel(s) vous semble(nt) de **haut grade** ?
 ASC-US
 HSIL
 ASC-H
 Anomalie des cellules glandulaires
 LSIL
 ne sait pas
- 11 – Pour quel(s) résultat(s) parmi les suivants auriez-vous recours au **test HPV** ?
 ASC-US
 HSIL
 ASC-H
 Anomalie des cellules glandulaires
 LSIL
 résultat normal
 ne sait pas

Dans quel délai après le premier frottis anormal réalisez-vous ce test ?

- 3 mois
- 6 mois
- 1 an

12 – Pour quel(s) résultat(s) parmi les suivants auriez-vous recours au **frottis de contrôle** ?

- ASC-US
- HSIL
- ASC-H
- Anomalie des cellules glandulaires
- LSIL
- résultat normal
- ne sait pas

Dans quel délai après le premier frottis anormal réalisez-vous ce contrôle ?

- 3 mois
- 6 mois
- 1 an

13 – Pour quel(s) résultat(s) parmi les suivants auriez-vous recours au **spécialiste** ?

- ASC-US
- HSIL
- ASC-H
- Anomalie des cellules glandulaires
- LSIL
- résultat normal
- ne sait pas

Si une consultation gynécologique est nécessaire, vous ... ?

- prenez le rendez-vous par vous même
- laissez la patiente prendre le rendez-vous
- réalisez un courrier

14 – Pour quel(s) résultat(s) parmi les suivants, reprenez-vous le **suivi gynécologique habituel** ?

- ASC-US
- HSIL
- ASC-H
- Anomalie des cellules glandulaires
- LSIL
- résultat normal
- ne sait pas

3ème partie : Votre pratique devant un frottis anormal

15 – Comment informez-vous votre patiente d'un résultat de frottis anormal ?

- par téléphone
- lors d'une consultation ultérieure pour un autre motif
- lors d'une consultation dédiée
- vous en laissez le soin au spécialiste

16 – Seriez-vous intéressé(e) pour participer à une formation sur la prise de charge d'une patiente présentant un frottis anormal ? Oui / Non

2. **Annexe 2** : Lettre accompagnant le questionnaire adressé aux médecins généralistes

Chevrières, le 16 mars 2015

Docteur,

Interne en dernière année de Médecine Générale, je réalise actuellement ma thèse sous la direction sur Docteur DELOBEL Aurélie, sur la pratique des médecins généralistes de la Picardie devant un frottis cervico-utérin anormal.

Il s'agit d'une étude quantitative, dont le but est de mettre en évidence les différentes prises en charge des médecins généralistes installés, lorsqu'ils reçoivent des résultats anormaux de frottis cervico-utérins. Le succès de ce travail repose sur un taux de participation maximal, vos réponses restant anonymes. Je vous remercie donc par avance de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint et de me le retourner à l'aide de l'enveloppe pré-timbrée dès que possible.

Si vous le souhaitez, je serais ravie de vous communiquer les résultats de ce travail sur simple demande par courriel.

Cette étude n'a aucun lien avec l'industrie pharmaceutique et je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec celle-ci.

En vous remerciant par avance de votre collaboration, Je vous prie de croire, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Ledoux Marjorie

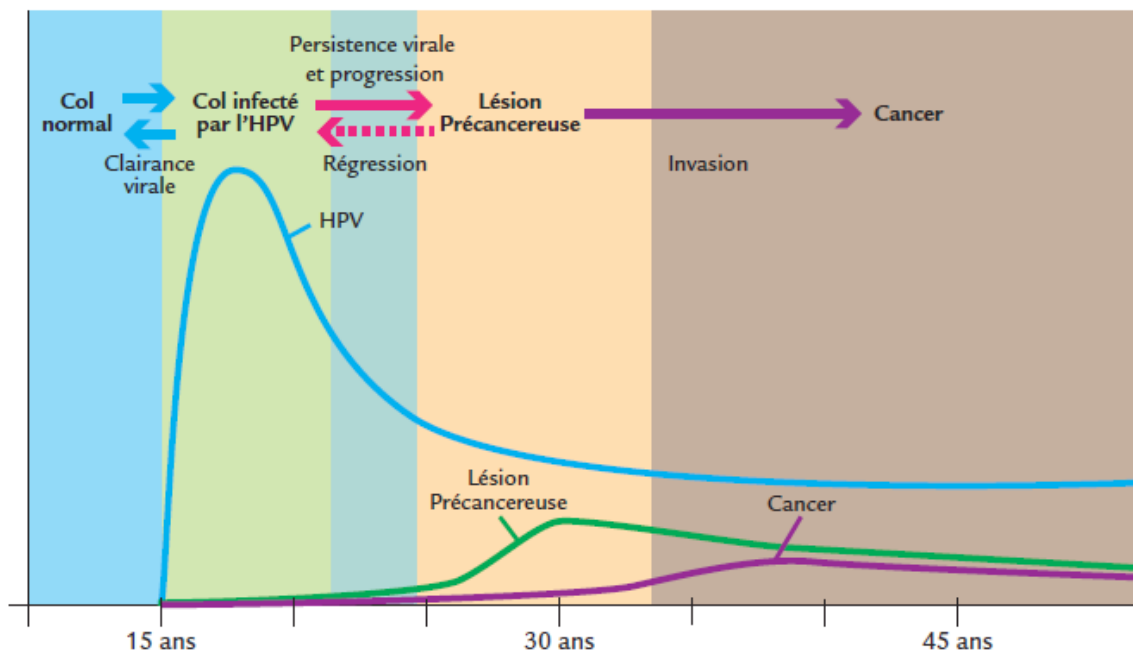
3. Revue de la littérature

3.1. Histoire du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une maladie d'origine infectieuse à évolution lente. Elle mettra en effet entre 10 à 20 ans à évoluer depuis la primo-infection virale jusqu'aux lésions histologiques. Il est lié dans 95 % des cas à l'infection persistante de certaines souches de papillomavirus humain (HPV) et dans 70 % pour les seuls génotypes 16 et 18 de ce virus. Cette infection sexuellement transmissible favorisée par la précocité des rapports sexuels et la multiplicité des partenaires, est donc le facteur de risque majeur de ce cancer.

Cette infection est bien souvent latente et ne génère pas de modification morphologique. Pourtant, l'infection persistante, favorisée notamment par le tabagisme et l'immunodépression, peut amener à la transformation vers des lésions histologiques précancéreuses, les néoplasies intra-épithéliales (CIN). Celles-ci sont de trois stades différents, et peuvent elles-mêmes évoluer en cancer in situ, voire en cancer invasif. Cependant, à chacun des stades précédents le cancer invasif, la régression est possible avec des probabilités de régression d'autant plus faibles que le stade d'évolution est avancé [3,4,36].

Figure 12 : INFECTION PAR HPV ET ÉVOLUTION VERS UN CANCER DU COL UTÉRIN, D'APRÈS SCHIFFMAN ET CASTLE, 2005



Source : Schiffman et Castle, 2005

Copyright © [2005] Massachusetts Medical Society. All rights reserved

La grande majorité des CCU sont des carcinomes, dont 80 à 90 % sont épidermoïdes. Ils se développent à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol. On estime que 10 à 20 % de ces carcinomes sont des adénocarcinomes et se développent à partir de l'épithélium cylindrique qui recouvre l'endocol. D'autres formes histologiques existent et sont beaucoup plus rares.

Les néoplasies intra-épithéliales de bas grade étant observées principalement chez la femme jeune, il semble essentiel de les dépister et de les traiter afin d'éviter l'évolution vers des lésions au pronostic plus défavorable.

3.2. Le frottis cervico-utérin

L'évolution lente et l'existence de nombreuses lésions pré-cancéreuses curables (ou néoplasies intra-épithéliales, ou dysplasies) et repérables par un test simple, font du CCU au pronostic sévère, un cancer idéal accessible au dépistage et à la prévention. Il est pratiqué par un médecin ou une sage-femme et repose actuellement sur un test cytologique réalisé en laboratoire.

Le frottis cervico-utérin est aujourd'hui le test de dépistage de référence du cancer du col de l'utérus. Felix-Archimède Pouchet, inventeur de la cytologie vaginale, expérimente pour la première fois le frottis vaginal en 1847 dans le cadre d'une thèse sur l'ovulation spontanée et l'évolution des cellules vaginales au cours du cycle menstruel [37,38]. Le frottis est par la suite amélioré par l'utilisation de la coloration mise au point par Georges Nicholas Papanicolaou dans les années 1940 aux Etats-Unis [39]. Il a connu depuis de nombreuses améliorations.

Même si sa spécificité dans le cadre du dépistage s'élève à 69 %, sa sensibilité reste très imparfaite à 58 %, quel que soit le diagnostic cytologique. La répétition des FCU permet de compenser son manque de sensibilité [3].

En France, le frottis est aujourd'hui mis à disposition de toutes les femmes entre 25 et 65 ans, à raison d'un frottis tous les 3 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle. Les

gynécologues, les sages-femmes, comme les médecins généralistes sont susceptibles d'en informer leurs patientes et de leur proposer sa réalisation.

La plupart des pays européens recommandent de commencer le dépistage entre 20 et 30 ans et de l'arrêter vers 60-65 ans, avec un intervalle entre deux frottis généralement de trois ans. La Finlande, l'Islande et les Pays-Bas préconisent plutôt un intervalle de cinq ans entre deux frottis successifs. L'Allemagne et le Luxembourg, recommandent un dépistage annuel sans âge supérieur limite de dépistage [2,3]. L'Organisation Mondiale de la Santé proposait en 2007 un FCU conventionnel aux femmes de 30 à 65 ans, tous les trois ans avant 50 ans, puis tous les cinq ans après [3].

3.3. Dépistage et modalités d'un frottis cervico-utérin en France

Depuis sa mise en place en 1988 jusqu'en 2014, le dépistage du CCU était individuel en France. Le plan cancer 2014-2019 a inscrit dans ses actions l'accès pour chaque femme au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par FCU [25]. Toutes les consultations de gynécologie-obstétrique et de médecine générale doivent être mises à profit pour évoquer ce dépistage qui s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans, ayant ou ayant eu une activité sexuelle.

Il consiste en la réalisation d'un frottis cervico-utérin tous les 3 ans, après 2 prélèvements normaux à 1 an d'intervalle. A savoir que la réalisation d'un FCU avant 25 ans est possible en fonction des antécédents de la patiente et de l'âge de son premier rapport, mais que la fréquence des anomalies cytologiques est alors plus élevée, bien que leur pronostic soit plus favorable. De plus, après l'âge de 65 ans, il n'est pas recommandé de poursuivre le dépistage sous réserve qu'il ait été bien conduit jusqu'alors et que les deux derniers frottis soient normaux. Dans le cas contraire, la réalisation des frottis de dépistage est conseillée [10,40].

La réalisation du FCU doit être optimale pour éviter les faux négatifs et permettre des résultats fiables. Des conditions préalables sont alors nécessaires. Il faut en particulier éviter les périodes menstruelles et d'infection, les rapports sexuels 48h avant le prélèvement ou tout traitement local. Une préparation par un court traitement œstrogénique chez la femme ménopausée présentant un col atrophique et fermé peut également être envisagé. Le toucher vaginal et l'utilisation de lubrifiant avant le prélèvement est également à éviter.

Le prélèvement doit concerner la zone de transformation à l'origine des lésions précancéreuses, à savoir la jonction endocol-exocol, afin de récolter des cellules malpighiennes exocervicales et des cellules cylindriques endocervicales.

Pour se faire, la spatule d'Ayre est traditionnellement utilisée, mais le prélèvement de cellules endocervicales est souvent insuffisant, l'orifice n'étant pas assez pénétré. Il doit ainsi souvent être complété par l'utilisation de la brosse endocervicale (Cytobrush®, Clinibrush®), permettant des prélèvements plus efficaces de l'endocol. Plus récemment, un dispositif de type « combiné » (Cervex brush®) a ainsi fait son apparition, avec l'avantage de prélever en un seul geste rotatoire la totalité de la zone de transformation.

On différencie deux méthodes d'analyse cytologique des FCU :

- le frottis conventionnel correspond à un étalement direct des prélèvements sur deux lames distinctes par le préleveur. Ils sont ensuite fixés à l'aide d'un spray vaporisé à quelques centimètres des frottis, et envoyés par la patiente au laboratoire de son choix avec une feuille de renseignements cliniques, remplie par le préleveur.

- la cytologie en milieu liquide demande une immersion immédiate du prélèvement, qui est ainsi dispersé dans un liquide conservateur avant d'être envoyé au laboratoire avec une feuille de renseignements cliniques. D'un coût plus élevé, son objectif est d'obtenir des étalements cellulaires réalisés au laboratoire et de qualité optimale, bien qu'aucune étude n'ait montré une sensibilité supérieure au frottis conventionnel. Il permet cependant de réaliser des tests de recherche des papillomavirus sur le même milieu, sans devoir procéder à un nouveau prélèvement [10,40].

3.4. Taux de couverture

Certains pays, dont le Royaume-Uni, atteignent des taux de couverture de dépistage par le frottis cervico-utérin à 3 ans supérieurs à 80 % [4].

Il n'existe pas en France d'enregistrement systématique des FCU. Les estimations des pratiques et des taux de couverture sont donc réalisées en s'appuyant sur les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance Maladie. Ainsi, sur la période 2006-2008, le taux de couverture du FCU réalisé tous les 3 ans est estimé à 56,7 % ($\pm 0,3\%$) pour les femmes entre 25 et 65 ans, avec un pic de réalisation entre 35 et 39 ans. Sur la même

période en Picardie, la taux de couverture ajusté ne dépassait pas les 55 % dans l'Oise, et était inférieur à 50 % dans l'Aisne et la Somme [1,3].

Cependant, si certaines femmes ont un suivi irrégulier, voire inexistant, d'autres pratiquent des FCU à intervalles trop restreints (tous les ans ou tous les 2 ans). Pourtant, le nombre de FCU réalisé en France permettrait tous les ans un suivi satisfaisant de l'ensemble des femmes s'il était mieux réparti, avec une couverture avoisinant les 90 % de la population cible [1,3,4].

3.5. Résultats d'un frottis et conduite à tenir

La Haute Autorité de Santé recommande depuis 1998 la classification de Bethesda comme système d'interprétation des FCU. Cette classification utilisée depuis 1988 aux États-Unis et mise à jour en 2001, s'applique quelle que soit la technique cytologique utilisée. Elle définit la qualité du prélèvement et donne des résultats selon la présence ou non d'anomalie. La classification de Papanicolaou, utilisée auparavant, doit aujourd'hui être abandonnée car obsolète [10].

Le résultat selon la classification de Bethesda doit comporter plusieurs rubriques : le type de prélèvement, la qualité du prélèvement (satisfaisant ou non satisfaisant, auquel cas le FCU devra être refait), ainsi que l'interprétation du prélèvement.

Synthèse du système Bethesda 2001

Qualité du prélèvement

- Satisfaisant pour l'évaluation des anomalies épithéliales.
- Non satisfaisant pour évaluation

Interprétation des résultats

Absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité

- **Préciser la présence de micro-organismes :**
 - *Trichomonas vaginalis*
 - éléments mycéliens, par exemple évoquant le *Candida*
 - anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne
 - bactéries de type *Actinomyces*
 - modifications cellulaires évoquant un *Herpes simplex*
- **Préciser la présence d'autres modifications non néoplasiques :**
 - modifications réactionnelles : inflammation, irradiation ou présence d'un dispositif intra-utérin
 - présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie
 - atrophie

Autres (liste non limitative)

Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus (préciser l'absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité)

Anomalies des cellules malpighiennes

- **Atypies des cellules épithéliales (ASC)**
 - de signification indéterminée (ASC-US)
 - ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)
- **Lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL-LMIEBG) regroupant koilocytes et dysplasie légère CIN 1**
- **Lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL-LMIEHG) regroupant dysplasie modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3**
 - le cas échéant, présence d'éléments

faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision)
 • **Carcinome malpighien**

Anomalies des cellules glandulaires

- **Atypies des cellules glandulaires (AGC) :**
 - endocervicales (sans autre indication [SAI] ou commenter)
 - endométriales (SAI ou commenter) ou
 - sans autre indication
- **Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie :**
 - endocervicales ou
 - sans autre indication
- **Adénocarcinome endocervical in situ (AIS)**
- **Adénocarcinome :** endocervical, endométrial, extra-utérin

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

Tableau 3: Synthèse du système de Bethesda 2001

[41]

Un résultat de FCU normal amène la patiente à reprendre son suivi gynécologique habituel et à prévoir son prochain FCU de dépistage selon les recommandations.

Les résultats de cette exploration cytologique n'étant qu'un dispositif d'alerte, tout frottis anormal, correspondant à 5 % de l'ensemble des FCU réalisés [11], doit être suivi d'exploration(s) diagnostique(s) complémentaire(s). En fonction des cas, ce peut être un nouveau FCU, une recherche de l'ADN viral des papillomavirus oncogènes (ou test HPV), une colposcopie, un curetage endovaginal ou une conisation diagnostique.

a) Anomalie des cellules malpighiennes

Un FCU montrant une atypie cellulaire malpighienne ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade (ASC-H), anomalie mal définie des cellules basales, doit systématiquement amener le médecin généraliste à adresser sa patiente au spécialiste pour la réalisation de biopsies sous colposcopie. Près de la moitié de ces anomalies sont en effet des néoplasies intraépithéliales (CIN II et CIN III) après examen histologique.

Un FCU présentant des atypies cellulaires de signification indéterminée (ASC-US), anomalies mal définies des cellules superficielles, amènent à plusieurs investigations diagnostiques possibles :

- un FCU de contrôle à 6 mois. Si ce FCU s'avère anormal, il conviendra d'adresser la patiente au spécialiste pour la réalisation d'une colposcopie. Si le frottis de contrôle est normal, elle devra bénéficier d'un nouveau FCU un an plus tard.
- un test HPV, remboursé depuis février 2004 dans cette seule indication. Si le test est négatif, la patiente bénéficiera d'un frottis de contrôle à un an, la valeur prédictive négative de ce test étant proche de 100 %. Si le test est positif, une colposcopie devra être envisagée.
- une colposcopie d'emblée.

Les ASC-UC représenteraient dans 5 à 10 % des CIN II ou III après examen histologique, et exceptionnellement un cancer invasif [10,11].

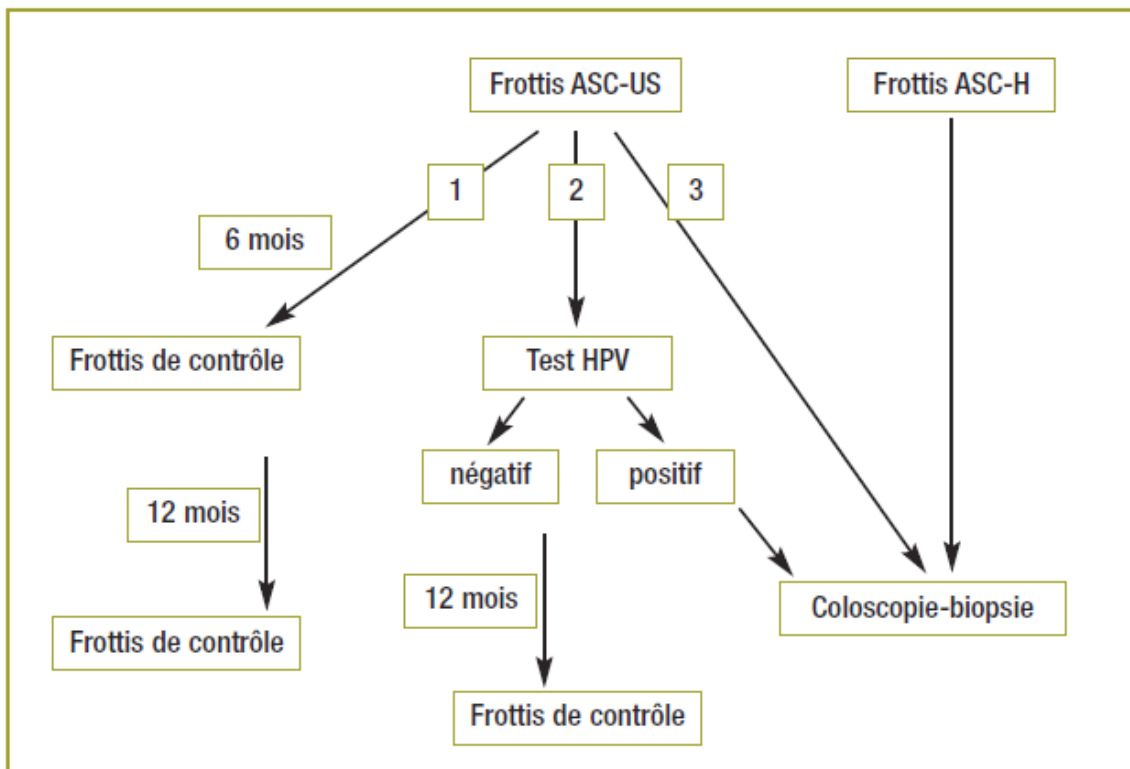


Figure 13 : Prise en charge des atypies cellulaires des cellules malpighiennes.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de santé (réf. 1).

ASC-H: atypies des cellules malpighiennes ne pouvant exclure une lésion de haut grade ;

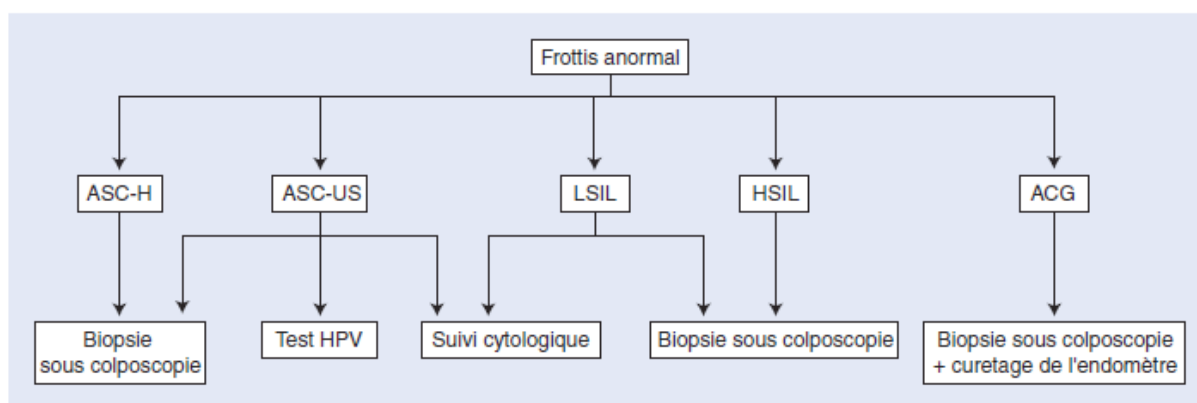
ASC-US: atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée ; test HPV: recherche de l'ADN viral des papillomavirus oncogènes.

Les lésions malpighiennes intra-épithéliales évoquant une lésion de bas grade (LSIL), sont associées dans près de 20 % des cas à des CIN II et III. Devant ce résultat, il convient de réaliser un FCU de contrôle 4 à 6 mois plus tard ou bien une colposcopie d'emblée. Ayant un faible pouvoir discriminant, le test HPV n'est pas indiqué dans cette situation (positif dans près de 80 % des cas) [11,42].

Les lésions malpighiennes intra-épithéliales évoquant une lésion de haut grade (HSIL) correspondent à des anomalies pré-cancéreuses directes. Elles doivent orienter vers une colposcopie avec biopsies d'emblée car elles sont associées à des lésions histologiques de haut grade dans 90 % des cas [11,42].

b) Anomalie des cellules glandulaires

Rencontré plus rarement sous la nomenclature AGC, ce résultat doit amener les médecins généralistes à adresser leurs patientes pour la réalisation d'une colposcopie avec biopsies. Ces anomalies ne représentent que 0,3 % des FCU réalisés. Elles bénéficieront bien souvent d'explorations biopsiques et échographiques supplémentaires. Elle peuvent en effet être observées dans les adénocarcinomes, que ces derniers soient d'origine cervicale, endométriale ou ovarienne.



Arbre décisionnel. Algorithme de la prise en charge diagnostique des frottis anormaux.

ASC-US : *atypical squamous cells of undetermined significance* ;

ASC-H : *atypical squamous cells cannot exclude HSIL* ;

LSIL : *low grade squamous intraepithelial lesion* ;

HSIL : *high grade squamous intraepithelial lesion* ;

ACG : *atypical glandular cells* ;

HPV : papillomavirus humain.

Figure 14 : Arbre décisionnel récapitulatif de la prise en charge d'un frottis cervico-utérin anormal

3.6. Incidence des anomalies cytologiques et de l'infection à HPV

A partir d'une étude réalisée en Ile-de-France en 2002, 3 % des frottis cervico-utérins analysés seraient anormaux, chez des femmes avec une moyenne d'âge de 37,2 ans. Cette étude montrait des différences significatives de l'âge des patientes en fonction du type d'anomalie retrouvée. Ainsi, l'âge moyen des femmes présentant un frottis HSIL était de 38,3 ans, avec un taux de HSIL augmentant à partir de 25 ans, tandis que celui mettant en évidence un cancer était de 58,8 ans. De plus, les LSIL sont le plus souvent dépistées avant 35 ans et les ASC-US après cet âge. 62 % des cancers seraient diagnostiqués après 55 ans, contre 1 % avant cet âge [43].

En France comme aux États-Unis et au Canada, les pics de prévalence et d'incidence de l'infection à HPV se situent entre 20 et 24 ans (environ 20%). Cela concorde avec l'âge où l'activité sexuelle est supposée être la plus importante quant au nombre de rapports et de partenaires à l'égard des autres âges de la vie. De même, en 2008 son taux d'incidence standardisé à la population mondiale était légèrement inférieur au taux moyen estimé dans l'Union Européenne (7,1 versus 9,0 pour 100 000 femmes), comparable à celui des Etats-Unis et du Canada (respectivement 5,7 et 6,6 pour 100 000 femmes) [6].

3.7. Et le vaccin ?

En parallèle du FCU, rappelons qu'il existe depuis 2006 deux vaccins disponibles en France contre des souches oncogènes de papillomavirus humain. Un vaccin bivalent contre les souches HPV 16 et 18 (Cervarix®), impliquées dans plus de 70 % des cancers du col, du vagin, de la vulve et de l'anus, et un vaccin quadrivalent contre les souches HPV 6, 11, 16 et 18 (Gardasil®) [4].

Il s'adresse à toutes les jeunes filles entre 11 et 14 ans, et se réalise par 2 injections intramusculaires à 6 mois d'intervalle. Un rattrapage jusqu'aux 19 ans révolus est possible et doit comporter 3 injections à 0, 2 et 6 mois d'après le haut Conseil de la Santé Publique. A noter que l'Autorisation de Mise sur le Marché permet l'administration de ces vaccins en deux doses espacées de 6 mois d'intervalle chez les jeunes filles de 9 à 14 ans [44,45]. Depuis la révision en 2012 des recommandations de son utilisation, la vaccination n'est plus sous-tendue

par la notion de l'âge de début de l'activité sexuelle et une co-administration avec un autre vaccin est possible [46].

Ces nouvelles recommandations visent à obtenir une immunité de groupe et ainsi permettre la diminution des lésions CIN II et III, mais aussi la fréquence des condylomes chez les jeunes adultes féminins comme masculins [4].

Une efficacité de plus de 98 % pour la prévention des dysplasies cervicales moyennes et sévères (CIN II et CIN III) induites par les HPV 16 et 18 a ainsi été démontrée par des essais randomisés, en comparant un groupe vaccination anti-HPV à un groupe témoin [47,48].

Ces vaccins pourraient éviter 70 % des infections HPV et ainsi empêcher 75 à 80 % des cancers du col de l'utérus. Il faut cependant garder en mémoire que de nombreuses autres souches peuvent être à l'origine de CIN II et III. La vaccination ne se substitue donc pas au dépistage par frottis cervico-utérin [4,36,41].

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2008. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf
2. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France [Internet]. Institut National du Cancer; 2007 sept p. 66. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
3. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
4. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Institut National du Cancer; 2013 juin p. 8. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
5. Duport N, Heard I, Barre S, Woronoff A-S. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014 [Internet]. Institut national de Veille Sanitaire; 2014 p. 220-1. Report No.: 13-14-15. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html
6. Bonneau C, Perrin M, Koskas M, Genin A-S, Rouzier R. Epidémiologie et facteurs de risque des cancers de l'utérus. juin 2014;vol. 64(n° 6):pages 774-9.
7. InVS, INCa. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. In Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2011. p. 78. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2011/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-en-2011>
8. Incidence nationale du cancer du col de l'utérus [Internet]. Institut national du Cancer. 2010. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/14-incidence-france-cancer-col-uterus.html>
9. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G, Chapdelaine P, Bissonnier C, Boetsh D, Matuszewski C. La démographie médicale en région picardie - Situation en 2013 [Internet]. Ordre National des Médecins - Conseil National de l'Ordre; 2013. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
10. Bergeron C. Cytologie cervicale et prise en charge du frottis anormal. Gynécologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). 2008;44 - A - 10.
11. Gondry J, Muszynski C, Chevreau J. Que faire devant un frottis anormal du col de l'utérus? juin 2014;vol. 64(n°6):786-8.

12. Bergeron C, Cohet C, Bouee S, Lorans C, Remy V. Coût de la prise en charge des frottis anormaux et des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus en France [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2007 janv p. 4-6. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1631
13. Giannaka D. La prise en charge des patientes ayant un frottis cervico-utérin anormal en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2013.
14. Monsonogo J, Cortes J, Pereira da Silva D, Jorge A-F, Klein P. Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. Résultats comparatifs d'une enquête européenne. In: Elsevier Masson SAS. 2011. p. 213-8. Disponible sur: http://www.1000femmes1000vies.org/pdf/nouveautes_voix-des-femmes-1.pdf
15. Leblanc L. Dépistage du cancer du col de l'utérus en Haute-Vienne: données épidémiologiques en 2009-2010 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2011.
16. Faculté de Médecine et Pharmacie - DIU Formation Complémentaire en Gynécologie Obstétrique [Internet]. Disponible sur: <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/diu-formation-complementaire-en-gynecologie-obstetrique-2765.kjsp>
17. Souissi A. Freins à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale: enquête par entretiens auprès de médecins généralistes marnais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012.
18. Gauwin G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00746618/document>
19. Leroy L, Compagnon L. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste: par Lucie Leroy. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil; 2014.
20. Bungener M, Eisinger F, Erriau G, Aubin-Auger (CNGE) I, Ghasarossian (CNGE) C, Gautier (INPES) A, et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers. In Institut National du Cancer; 2010. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
21. Megret V, Escourrou B. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. [Limoges, France]: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2010.
22. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Code de la sécurité sociale, SANS0520354A févr 3, 2005.
23. Caballero M-A. Impact du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin sur les pratiques des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
24. Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. Sante.gouv.fr, anaes; 2006. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cctp.pdf>

25. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>
26. Article L4130-1 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la santé publique, SASX0822640L juill 21, 2009.
27. Article L4133-1 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Code de la santé publique, SANX0300055L août 9, 2004.
28. Article D4133-0-1 du Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Code de la santé publique, SANS0521125D avr 14, 2005.
29. Rositch AF, Silver MI, Gravitt PE. Cervical Cancer Screening in Older Women: New Evidence and Knowledge Gaps. *PLoS Med.* 14 janv 2014;11(1):e1001586.
30. Vaillant-Roussel H, Cadwallader J-S, Gelly J. A la recherche du papillomavirus... *Exercer.* déc 2014;volume 25(n°116):304.
31. Prévention du cancer du col de l'utérus: Gestion High-Grade néoplasies du col [Internet]. Women's Health and Education Center -Le Centre pour la Santé et Éducation des Femmes. 2010. Disponible sur: <http://www.womenshealthsection.com/content/gynofr/gyno019.php3>
32. Latapy C, Xerri B, Barre S, Midy F, Rumeau-Pichon C. Evaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus [Internet]. France: Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2004 mai. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPV_synth.pdf
33. Clavel C, Dalstein V, Birembaut P. Stratégies de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus : cytologie ou test HPV ? *Rev Francoph Lab.* oct 2008;2008(405):57-65.
34. Wright TC, Stoler MH, Behrens CM, Sharma A, Zhang G, Wright TL. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: End of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecol Oncol.* 1 févr 2015;136(2):189-97.
35. Garnier A, Brindel P. Les programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Europe : état des lieux en 2013 [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2013 déc. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_2.html
36. ALD n°30 - Guide médecin sur le cancer invasif du col utérin [Internet]. HAS et INCa; 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf
37. Rosenblatt R. La cytologie vaginale au cours des deuxième et troisième trimestres des grossesses et son rôle dans le dépistage précoce de la souffrance fœtale. *Gynecol Obstet Invest.* 1969;168(n°5):393-405.

38. Gachelin G. POUCHET Félix-Archimède - (1800-1872) [Internet]. Encyclopædia Universalis. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/felix-archimede-pouchet/>
39. George Nicholas Papanicolaou 1883-1962 [Internet]. Healio. Disponible sur: <http://www.healio.com/hematology-oncology/gynecologic-cancer/news/print/hemonc-today/%7B0cf77692-00ab-40ea-9085-eacc638a63cf%7D/george-nicholas-papanicolaou--1883-1962>
40. Rakotomahenina H, Garrigue I, Marty M, Brun J-L. Prévention et dépistage des cancers du col de l'utérus. juin 2014;vol. 64(n°6):pages 780-5.
41. Dachez R. Frottis cervico-utérin. déc 2011;25(872):853-4.
42. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2002. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
43. Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassalle M, Savignon A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002 [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2005 janv. Report No.: 2/2005. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2005/02/beh_02_2005.pdf
44. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Gardasil® [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique. 2014. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416>
45. Infections à HPV : nouveau schéma vaccinal du vaccin Cervarix® [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique. 2014. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411>
46. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique. 2012. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
47. Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler C, Jaisamrarn U, Garland SM, Castellsaqué X, et al. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *The Lancet. Oncology*. 2012;13:89-99.
48. FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *The New England journal of medicine*. 2007;356:1915-27.

Évaluation de la prise en charge d'un frottis cervico-utérin anormal par les médecins généralistes picards

Introduction : Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le 2ème cancer en France en terme de fréquence chez la femme de moins de 45 ans. La démographie des gynéco-obstétriciens est en déclin, amenant les médecins généralistes à s'investir davantage dans la réalisation et l'interprétation des frottis cervico-utérins (FCU), examen de dépistage de référence des CCU. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge des FCU anormaux en médecine générale en comparaison aux recommandations de la Haute Autorité de Santé mises en place à partir de la classification de Bethesda.

Matériel et Méthodes : Cette étude quantitative observationnelle a été élaborée à partir d'un questionnaire envoyé à 537 médecins généralistes de Picardie.

Résultats : 151 questionnaires exploitables ont été recueillis entre mai et juillet 2015. Seul 2 médecins ne proposaient que HSIL et ASC-H comme lésion de haut grade. 21,19 % d'entre eux ne proposaient le test HPV que devant ASC-US. 8 médecins ne faisaient un frottis de contrôle que devant une lésion ASC-US ou LSIL. 17,88 % avait recours au gynécologue quelque soit la lésion retrouvée. 43,05 % des répondants disent ne pas savoir reconnaître une lésion de haut grade, ou quand proposer un test HPV et un FCU de contrôle.

Conclusion : Les connaissances des médecins ciblés sur les recommandations devant un frottis anormal sont médiocres, mais s'y conforment dans la majorité des cas en adressant leur patiente au spécialiste. Les réformes attendues suite à la mise en place du 3ème Plan Cancer sur le dépistage organisé du CCU, vont obliger les médecins généralistes à mieux connaître les recommandations bien que leur courbe démographique soit en décroissance.

Mots clés : frottis cervico-utérin anormal, médecine générale, classification de Bethesda, col de l'utérus, dépistage, recommandations

Evaluation of the management of an abnormal cervical smear by general practitioners of Picardie

Introduction: The cervical cancer is the second most frequent cancer in France for women under age of 45. The demography of obstetrician-gynecologist is in decline which leads general practitioners to spend more on the realization and interpretation of cervical smears, reference screening exam for cervical cancer. The aims of this study was to evaluate the management of abnormal cervical smears in general medicine compared with the recommendations of the French National Authority Health implemented according the Bethesda system.

Methods: This quantitative and observational study was based on a questionnaire sent to 537 general practitioners in Picardie.

Results: 151 exploitable questionnaires were gathered between May and July 2015. Only 2 practitioners offered HSIL and ASC-H as high-grade lesions. 21,19% of them offered the HPV DNA test only when ASC-US was found. 8 doctors were doing a smear control only as ASC-US or LSIL lesions. 17.88% of doctors had recourse to the gynecologist whatever the lesion found. 43.05% of responders said they did not know recognize a high-grade lesion, when proposing an HPV DNA test and smear control.

Conclusion: The knowledge on the recommendations of targeted practitioners about abnormal smears are poor. Nevertheless in most of the cases they comply the recommendations by sending their patient to a specialist. The expected reforms from the implementation of the third Cancer Plan on the organized screening of cervical cancer will forced general practitioners to know better the recommendations although their demographic curve is in decline.

Keywords : abnormal cervical smear, general practice, Bethesda system, cervical cancer, screening, recommendations