



HAL
open science

Pratique des médecins généralistes devant un frottis cervico-utérin anormal : état des lieux et évaluation de l'utilisation des recommandations INCa de décembre 2016 auprès des médecins généralistes des Bouches du Rhône

Andréa Urbain

► **To cite this version:**

Andréa Urbain. Pratique des médecins généralistes devant un frottis cervico-utérin anormal : état des lieux et évaluation de l'utilisation des recommandations INCa de décembre 2016 auprès des médecins généralistes des Bouches du Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02086287

HAL Id: dumas-02086287

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02086287>

Submitted on 1 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté
de Médecine**
Aix*Marseille Université

**Pratique des médecins généralistes devant un frottis cervico-utérin anormal :
Etat des lieux et évaluation de l'utilisation des recommandations INCa de
décembre 2016 auprès des médecins généralistes des Bouches du Rhône.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 22 Octobre 2018

Par Madame Andréa URBAIN

Née le 4 novembre 1990 à Marseille 12^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Assesseur

Monsieur le Professeur GARCIA Stéphane

Assesseur

Madame le Docteur PICLET Hélène

Directeur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Pratique des médecins généralistes devant un frottis cervico-utérin anormal :
Etat des lieux et évaluation de l'utilisation des recommandations INCa de
décembre 2016 auprès des médecins généralistes des Bouches du Rhône.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 22 Octobre 2018

Par Madame Andréa URBAIN

Née le 4 novembre 1990 à Marseille 12^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Assesseur

Monsieur le Professeur GARCIA Stéphane

Assesseur

Madame le Docteur PICLET Hélène

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTÉY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) *Surnombre*
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) *Surnombre*
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) *Surnombre*
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGÉON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Au Pr Léon BOUBLI,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au Pr Xavier CARCOPINO,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de faire partie de ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide si précieuse dans l'élaboration de ce travail.

A vous qui m'avez appris à réaliser le tout premier frottis cervico-utérin d'une longue série.

Au Pr Stéphane GARCIA,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Dr Hélène PICLET, ma chère Hélène,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir fait confiance, conseillée, soutenue, réconfortée (et supportée !) tout au long de ce travail. Tu as toujours été là pour moi. Tu m'as tant appris et ton expérience a accentué ma passion pour la gynécologie. Je suis si heureuse de pouvoir travailler à tes côtés ; le chemin est long mais la route est belle !

Au Dr Lise JAPPY, ma chère Lise,

Tu ne peux pas être présente à cette soutenance mais je sais que le cœur y est. Tu m'as prise sous ton aile et confortée dans mon choix de la médecine générale. Je te remercie pour la confiance que tu me donnes en collaborant main dans la main.

A Mélanie, ma future associée,

Merci pour tout ! A notre amitié et notre belle complémentarité qui, je l'espère, nous amènera loin dans nos projets....

Au Dr Alain et Gisèle VERGUET,

Merci d'accepter ma venue et de faire partie des personnes sur qui l'on peut compter.

A Magali, mon amie,

Merci pour tes talents linguistiques et d'avoir accepté de m'aider ! Tu mérites une spéciale dédicace.

A tous ceux qui m'ont aidé pour cette thèse,
Ce projet n'aurait jamais pu aboutir sans vous et votre implication qui m'a permis de sortir de pas mal d'impasses.
Merci à mon formidable comité de relecture !

A tous les médecins que j'ai pu rencontrer tout au long de ces études,
Vous m'avez conforté dans le choix de faire ce métier.

A tous mes anciens et actuels co-internes, assistant(e)s, chefs de service,
Je vous remercie pour tous les bons moments passés à vos côtés mais aussi pour avoir eu le courage de me supporter.

A ma famille,
Vous qui avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui, qui avez toujours cru en moi et soutenu jusqu'à cet accomplissement.

A ma grand-mère,
Merci pour ta présence et ta patience au cours de ces années difficiles.

A mon Amour,
Je te remercie pour ton investissement dans l'élaboration de cette thèse. Merci pour ta grande patience et tout l'amour que tu me portes chaque instant. Que tous nos projets se concrétisent.

A ma belle-famille,
Je vous remercie pour votre soutien et votre gentillesse.

A mes ami(e)s,
Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir aidé à passer outre les difficultés de ces années. Ma vie serait bien triste sans vous à mes côtés. Votre amitié est bien plus qu'importante à mes yeux !

A ceux qui, de là-haut, veillent sur moi à chaque instant...

A vous, et pour tous ceux qui, de loin ou de près, m'ont tant apporté... je vous aime !

PLAN DE THÈSE

<u>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</u>	4
---	---

I. INTRODUCTION

1) Épidémiologie du cancer du col utérin.....	5
2) Histoire naturelle du cancer du col utérin.....	6
3) Moyens de prévention	
a. Prévention primaire : la vaccination.....	8
b. Prévention secondaire : le dépistage.....	9
4) Le dépistage du cancer du col utérin en France	10
5) Le rôle du médecin généraliste	12
6) Les recommandations INCa de décembre 2016.....	13
7) Objectif.....	14

II. MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude	15
2) Population étudiée	
a. Critères d'inclusion.....	16
b. Critères d'exclusion.....	16
3) Recueil des données	16
4) Méthode d'analyse statistique	17
5) Recherche bibliographique.....	17

III. RESULTATS

1) Taux de participation.....	18
2) Caractéristiques socio-démographiques des MG interrogés	
a. Sexe.....	18
b. Age.....	19
c. Caractéristiques d'exercice.....	20
d. Formation en gynécologie.....	20
3) Pratique des MG concernant le test de dépistage	
a. Prescription du FCU sur ordonnance.....	22
b. Réalisation du FCU par le MG.....	22

4) Prise en charge devant un résultat de FCU anormal	
a. Devant un FCU ASC-US	
i. femme de 25 ans.....	24
ii. femme de 38 ans.....	25
b. Devant un FCU LSIL.....	26
c. Devant un FCU ASC-H.....	27
d. Devant un FCU AGC.....	28
e. Devant un FCU HSIL.....	29
5) Réalisation d'un test HPV.....	30
6) Réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67.....	31
7) A propos des recommandations INCa de décembre 2016	
a. Connaissances autour de leur publication.....	32
b. Moyens de découverte de ces recommandations.....	34
c. Evaluation de ces recommandations.....	34
8) Commentaires libres.....	35

IV. DISCUSSION

1) Analyses des résultats	
a. ASC-US	
i. chez la femme avant 30 ans.....	36
ii. chez la femme après 30 ans.....	37
b. LSIL.....	38
c. ASC-H.....	39
d. AGC.....	39
e. HSIL.....	40
2) Analyse en sous-groupes	
a. Concernant la population étudiée.....	41
b. Concernant la formation en gynécologie et les connaissances autour d'un résultat anormal.....	42
c. Concernant la connaissance et l'application des recommandations.....	43
3) Les faiblesses de l'étude	
a. Représentativité de la population d'étude.....	44
b. Les biais de sélection.....	45
c. Les biais d'information.....	45

4) Les forces de l'étude	
a. Le taux de participation.....	46
b. L'élaboration du questionnaire.....	46
c. Les données de la littérature.....	46
5) Perspectives	
a. Démographie médicale des Bouches-du-Rhône.....	48
b. Dépistage organisé.....	49
c. Formation médicale continue	
i. évaluation des pratiques professionnelles.....	51
ii. coordination des soins.....	52
iii. journée dédiée au FCU.....	53
iiii. une formation plus poussée.....	54
d. Aide de l'anatomo-cyto-pathologiste.....	55
V. <u>CONCLUSION</u>	56
VI. <u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	58
VII. <u>ANNEXES</u>	63
VIII. <u>ABREVIATIONS</u>	72

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des MG installés et remplaçants thésés (Page 21)

Tableau 2 : Résumé des pratiques des MG autour du dépistage du cancer du col de l'utérus (Page 23)

.....

Figure 1 : Histoire naturelle du cancer du col utérin (Page 17)

Figure 2 : Répartition des MG en fonction du sexe (Page 18)

Figure 3 : Répartition des MG en fonction de l'âge (Page 19)

Figure 4 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU ASC-US chez la femme de 25 ans selon leur pratique (Page 24)

Figure 5 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU ASC-US chez la femme de 38 ans selon leur pratique (Page 25)

Figure 6 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU LSIL selon leur pratique (Page 26)

Figure 7 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU ASC-H selon leur pratique (Page 27)

Figure 8 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU AGC chez la femme de 35 ans selon leur pratique (Page 28)

Figure 9 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU HSIL selon leur pratique (Page 29)

Figure 10 : Diagramme illustrant la réalisation du test HPV par les MG selon leur pratique (Page 30)

Figure 11 : Diagramme illustrant la réalisation du double immuno-marquage p16/ki67 par les MG selon leur pratique (Page 31)

Figure 12 : Répartition de l'échantillon selon leur connaissance vis à vis de la publication des recommandations INCa (Page 32)

I. INTRODUCTION

1) ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER DU COL UTÉRIN

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le 2ème cancer de la femme en termes d'incidence, et le 1er cancer de la femme en terme de mortalité [1]. Ce constat est principalement valable pour les pays en développement.

En Europe, la répartition du cancer du col de l'utérus est inhomogène selon les pays.

En France, le cancer du col de l'utérus représente la 12ème cause de cancer et la 10ème cause de mortalité par cancer chez la femme [2].

Ainsi, en France, le cancer du col de l'utérus représente environ 3000 nouveaux cas par an (2840 nouveaux cas en 2017 selon l'InVS) et près de 1100 décès par an (1080 décès en 2017 selon l'InVS).

Bien que l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus diminuent de façon importante depuis les années 1980 (-2,5% par an en moyenne concernant le taux d'incidence et -3,2 % par an en moyenne pour le taux de mortalité), il existe un ralentissement de cette baisse depuis les années 2000 [2] et au-delà : -1,8 % par an entre 2000 et 2005 et plus que de -1,3 % par an entre 2000 et 2012 [3].

La survie est plus élevée pour les femmes âgées de moins de 45 ans au diagnostic. Quant à la survie à 5 ans, celle-ci tend à diminuer au cours du temps passant de 68% des femmes diagnostiquées entre 1989-1993 à 63% pour un diagnostic établi entre 2005 et 2010.

Ce phénomène paradoxal est intimement lié au développement du dépistage. Grâce au dépistage, moins de cancer au stade invasif sont recensés.

Le pic d'incidence du cancer du col de l'utérus se situe vers 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans. Il est rare chez les femmes âgées de moins de 30 ans et chez celles âgées de plus de 65 ans.

2) HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL UTÉRIN

L'infection persistante de la muqueuse cervicale par un HPV constitue une condition nécessaire au développement du cancer du col utérin et de ses lésions précancéreuses. L'ADN de HPV est toujours retrouvé dans le cancer du col [4].

Les papillomavirus humains sont des virus nus de petite taille appartenant à la famille des Papillomaviridae. Leur génome est constitué d'un ADN double brin.

Sur 200 papillomavirus actuellement identifiés, on dénombre 96 papillomavirus humains avec un tropisme préférentiel cutané ou muqueux et un potentiel oncogénique variable.

Environ 45 génotypes HPV peuvent infecter la sphère ano-génitale et 8 génotypes HPV à haut risque ont été identifiés (par ordre de fréquence décroissante : 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52 et 58). Les génotypes 16 et 18 sont responsables de 71 à 82 % des cancers invasifs du col utérin [5]. A noter que les HPV à haut risque sont également associés à des cancers de la vulve, de l'anus, voire de la sphère ORL.

Les papillomavirus humains constituent la première IST d'origine virale.

Toutes les femmes sexuellement actives sont susceptibles d'être infectées par un ou plusieurs HPV à un moment ou à un autre de leur vie sexuelle. Ainsi, plus de 70% des personnes auront présenté au moins une infection à HPV dans leur vie.

La prévalence de l'infection est plus importante au début de celle-ci et décroît avec l'âge. L'incidence cumulée de l'infection HPV est particulièrement élevée immédiatement après le début de l'activité sexuelle, en prenant en compte le principal facteur de risque de cette infection qu'est le nombre de partenaires sexuels.

Toute infection par le virus HPV entraîne des modifications cytologiques et histologiques du col, répertoriées selon la classification de Bethesda. En général, les infections à HPV sont transitoires sans aucune conséquence clinique : dans 60 à 80% des cas, chez les femmes immunocompétentes, l'infection est éliminée dans les 2 ans.

Dans un faible pourcentage de cas (environ 10%), l'infection persiste au-delà de 2 ans et peut évoluer progressivement. La persistance est d'abord sans traduction cytologique ou histologique (infection latente), puis elle peut se traduire par des lésions : condylomes ou néoplasie intraépithéliale cervicale.

Seule cette persistance expose au risque de développer une lésion pré-cancéreuse voire un cancer du col. L'évolution vers un cancer invasif est lente, entre 15 et 20 ans [6].

Moins de 50% des dysplasies sévères liées à une infection à HPV à haut risque évoluent vers un cancer invasif. Il peut être de deux types : soit carcinome épidermoïde (développé à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol) dans 80 à 90% des cas ou soit adénocarcinome (développé à partir de l'épithélium cylindrique de l'endocol) dans 10-20 % des cas.

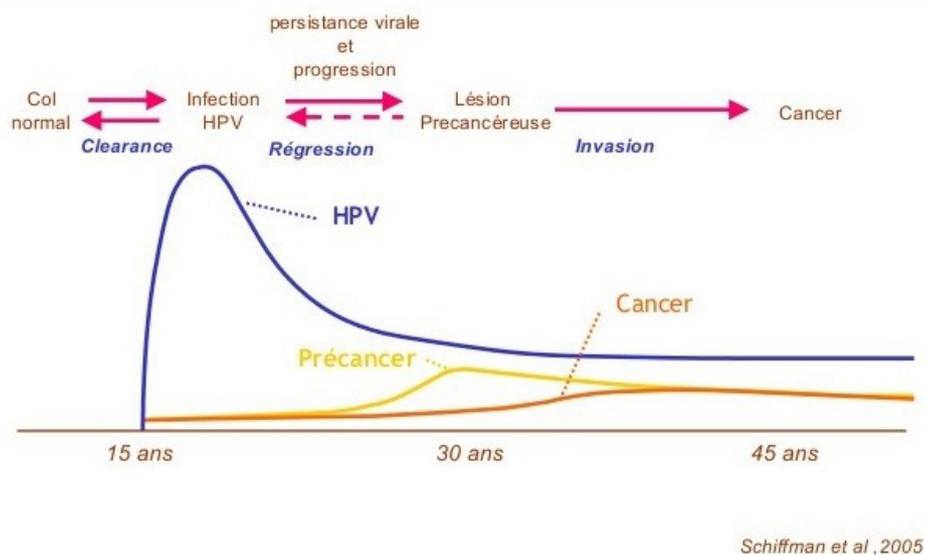


Fig.1 : Histoire naturelle du cancer du col utérin

3) MOYENS DE PREVENTION

Le cancer du col de l'utérus demeure actuellement un problème de santé publique majeur.

De par la vaccination anti-HPV et le dépistage, ce cancer est une maladie évitable du fait d'une réduction importante du risque individuel dans les conditions de mise en œuvre optimales et complémentaires de ces deux moyens de prévention.

a. Prévention primaire : la vaccination

L'infection persistante de la muqueuse cervicale par un HPV constitue une condition nécessaire au développement du cancer du col de l'utérus et des lésions précancéreuses.

Une vaccination prophylactique qui induit la production d'anticorps neutralisants dirigés contre la capsid virale des types d'HPV oncogènes responsables de la majorité des cancers du col, a été développée.

Mise en œuvre dans des conditions optimales, cette vaccination prévient l'infection à papillomavirus et ses conséquences avec une efficacité proche de 100 % et constitue ainsi une mesure de prévention primaire du cancer du col de l'utérus et des lésions précancéreuses.

La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans. La vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV. Dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus.

La vaccination peut être effectuée indifféremment avec l'un ou l'autre des deux vaccins existants :

1) *Cervarix*®, lequel est un vaccin bivalent (HPV 16,18)

- Entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois
- Entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois

2) *Gardasil*®, lequel est un vaccin quadrivalent (HPV 6,11,16,18)

- Entre 11 et 13 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois
- Entre 14 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois

Ils sont tous les deux remboursés à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale.

Le HCSP a recommandé dernièrement que les jeunes filles et jeunes femmes non antérieurement vaccinées reçoivent le *Gardasil 9*®.

Ce vaccin a obtenu, le 10 juin 2015, l'autorisation européenne de mise sur le marché chez les filles selon un schéma à 3 doses à partir de l'âge de 9 ans, puis le 4 avril 2016, selon un schéma à 2 doses chez celles âgées de 9 à 14 ans.

Il est indiqué pour l'immunisation active des personnes à partir de l'âge de 9 ans contre les maladies liées aux papillomavirus humains (HPV) : lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus, verrues génitales.

Le vaccin *Gardasil 9*® contient cinq génotypes d'HPV à hauts risques additionnels par rapport au vaccin *Gardasil*®. [7] En effet, Le *Gardasil*® contient les types 6,11,16,18 ; le *Gardasil 9*® contient les types 6,11,16,18 + 31,33,45,52,58.

Cette recommandation est désormais applicable ; ce vaccin est disponible depuis fin août 2018 et remboursé à 65% par la sécurité sociale.

L'HAS alerte toutefois, à ce jour, d'un taux de couverture vaccinale très faible ; il est l'un des plus bas en Europe avec moins de 20% de la population cible vaccinée. Le plan Cancer 2014-2019 fixe pourtant un objectif de 60%. Il en résulte que la prévention primaire, par la vaccination, des infections à HPV est insuffisante [17].

b. Prévention secondaire : le dépistage

L'HAS rappelle, via l'avis de la Commission de la Transparence n°4029 et n°5090, que la vaccination intervient en complément du dépistage et ne peut en aucun cas s'y substituer. Le dépistage demeure indispensable pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non. Le dépistage du cancer du col est considéré comme le dépistage de cancer dont le rapport coût/efficacité est le meilleur dans le monde.

Le test de dépistage de référence repose sur un examen cytologique, le frottis cervico-utérin (FCU), dans le but de dépister les lésions précancéreuses, les traiter et éviter ainsi le passage vers le cancer invasif. Ce FCU peut être réalisé lors d'un simple examen gynécologique au cours d'une consultation avec le médecin traitant, le gynécologue ou la sage-femme, ou auprès d'un laboratoire d'analyses médicales. La procédure décrite en 1943 par PAPANICOLAOU consiste à prélever des cellules du col de l'utérus [8].

Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame, dans le cas d'un frottis dit conventionnel ou mis en suspension dans un flacon contenant un liquide de conservation dans le cas d'un frottis en phase liquide (aussi appelé frottis en couche mince).

Il est admis que le nombre de FCU non interprétables est réduit avec le FCU en milieu liquide [9].

Néanmoins, il n'a pas été démontré de supériorité d'une méthode sur l'autre [10]. Le coût de la technique conventionnelle est inférieur au coût de la technique en phase liquide [11]. Le FCU en milieu liquide a l'avantage de permettre d'effectuer un test HPV sur le même prélèvement.

Ces prélèvements sont ensuite interprétés et analysés sous microscope dans un laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie, qui détermine le type et le degré de gravité de l'anomalie cytologique éventuelle. L'interprétation cytologique du FCU doit utiliser le système de Bethesda 2001 [Annexe 5] et un compte rendu de FCU doit comporter trois parties [12] :

- La première partie témoigne du caractère interprétable du FCU
- La seconde partie rapporte les éventuelles anomalies des cellules malpighiennes et/ou glandulaires
- La troisième partie peut apporter des recommandations et des précisions

L'histoire naturelle du cancer du col le rend particulièrement accessible au dépistage. En effet, le délai d'évolution des lésions pré-cancéreuses vers une lésion invasive est long et permet d'envisager la répétition des examens de dépistage à des intervalles espacés et réguliers pour découvrir et traiter efficacement ces lésions afin de prévenir le cancer.

4) LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN EN FRANCE

Le cancer du col de l'utérus est un bon candidat au dépistage d'après les dix critères nécessaires à la mise en place d'un programme de dépistage définis par Wilson et Jungner en 1968 [13].

En France, l'HAS recommande de réaliser un FCU tous les 3 ans chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle [12].

Ce dépistage est majoritairement « individuel », c'est-à-dire réalisé à l'initiative du médecin ou de la patiente, sauf dans les 13 départements où des programmes de dépistage organisé ont été mis en place entre 2010 et 2012 ((Martinique, Isère, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne).

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus est défini par le pourcentage de femmes âgées de 25 à 65 ans ayant eu au moins un frottis sur une période de trois ans. Il existe un lien statistique entre la non-participation au dépistage et un risque important de développer un cancer invasif du col de l'utérus : le risque est multiplié par 3 à 10 chez les femmes non dépistées [18]. Le taux de femmes dépistées n'étant pas satisfaisant, les pouvoirs publics tiennent à accentuer les efforts dans le domaine de la prévention.

Effectivement, en France, l'objectif 48 de la loi du 9 août 2004 était de « poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 65 ans » [14]. Cet objectif n'est pas atteint actuellement.

Il a diminué de 53,5 % à 50,8% entre 2007 et 2014 selon les données de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires [15]. Parallèlement, dans les 13 départements pilotes du dépistage organisé entre 2010 et 2014, le taux de couverture du dépistage a augmenté de 12 points pour atteindre 62% [16].

De plus, le Plan Cancer 2014-2019 a entre autre pour objectif de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en généralisant le dépistage organisé à l'échelle nationale [17]. L'objectif 26 du Plan Cancer visait à « renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque ».

Il s'appuiera sur un renforcement du rôle du médecin traitant dans le dépistage, de son initiation jusqu'à sa réalisation et son suivi et sur un ajustement des objectifs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Par ailleurs, il existe de grandes inégalités de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus. Certaines femmes ne participent pas ou peu au dépistage, d'autres sont dépistées trop fréquemment.

5) LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

Actuellement, en France, 87,8 % des FCU sont effectués par les gynécologues et 8,4% par les médecins généralistes [19]. Un récent écrit de thèse retrouve 6,36% de FCU réalisés par le médecin généraliste [20].

La tendance semble à la stagnation de l'effectif des gynécologues du fait des cessations d'activité, très partiellement compensées par les nouveaux venus à la spécialité [21]. Cela induit que les FCU de dépistage devront être progressivement réalisés par d'autres professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

De par leur spécialité, ces derniers jouent un rôle déterminant dans le suivi de la patientèle féminine, notamment sur le plan gynécologique. L'importance du MG dans le parcours de soins de la patiente est capital. Son champ de compétence s'étend de la prévention d'une maladie jusqu'à son dépistage.

Par ailleurs, au regard de la raréfaction des gynécologues français, les MG deviennent de plus en plus impliqués dans le parcours de soin des femmes. Le rôle clé du MG est alors de favoriser la réalisation régulière et l'accès au dépistage par un plus grand nombre de femmes.

Par rapport au dépistage par FCU, plusieurs champs d'action s'offrent aux MG, notamment :

- Dans l'interrogation systématique des patientes concernant la date de leur dernier FCU
- Dans le rappel à toutes les femmes de 25 à 65 ans, et notamment en précisant que le dépistage ne s'arrête pas à la ménopause
- En proposant un FCU au moment de la déclaration de grossesse si ce dernier remonte à plus de trois ans

- En réalisant eux-mêmes les FCU
- En adressant leurs patientes (gynécologue, autre médecin généraliste, sage-femme, centre de santé, centre de planification familiale)
- En prescrivant sur une ordonnance ce test de dépistage et en adressant leur patiente à un laboratoire d'analyses médicales habilité à le réaliser

Le rôle du MG se situe également et nécessairement en amont, en prévention primaire, par l'intermédiaire d'un moyen complémentaire qu'est la vaccination.

6) LES RECOMMANDATIONS INCA DE DECEMBRE 2016

En 2002, des recommandations sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale ont été élaborées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [22].

Depuis, de nouveaux systèmes de détection des HPV ont été développés et sont dorénavant disponibles (tests de détection, de génotypage et tests d'hybridation en milieu liquide), et le double immunomarquage p16/Ki67 a été testé dans quelques études. Ces tests pourraient permettre de trier, parmi les femmes avec une cytologie anormale, celles présentant un risque d'évolution vers une lésion cancéreuse et qui nécessitent des examens plus poussés, de celles ne nécessitant qu'un suivi. Enfin, les données publiées depuis 2002 permettent également d'avoir un meilleur recul sur les différentes stratégies de surveillance, une meilleure connaissance de l'efficacité des différentes approches diagnostiques ou thérapeutiques disponibles et une meilleure évaluation de la morbidité, notamment obstétricale, des différents traitements. Les questions posées devant la découverte d'anomalies à la cytologie sont celles de la stratégie diagnostique et thérapeutique afin d'éviter l'évolution vers une lésion cancéreuse.

L'Institut national du cancer (INCa), par ses missions d'information des professionnels, met à disposition des ceux-ci des recommandations actualisées sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale en précisant les indications d'utilisation des différentes options thérapeutiques, pour éviter les conisations en excès et minimiser le sur traitement (Action 1.3. du Plan cancer 2014-2019) [17].

Ainsi, les nouvelles recommandations éditées par l'INCa en décembre 2016 ont pour but la simplification de la prise en charge initiale des patientes.

Les indications de la colposcopie d'emblée ont notamment été optimisées afin de limiter le risque de traitements inutiles et la morbidité qui en découle. De même, la conduite à tenir quant à la prise en charge des FCU ASC-US et AGC a été clarifiée : cette dernière ne repose plus que sur la pratique du test HPV et la colposcopie ne sera plus indiquée que chez les patientes HPV positives.

En revanche, toujours dans un souci de simplification, d'optimisation des gestes thérapeutiques et de diminution de la morbidité des patients, la réalisation d'une colposcopie d'emblée est recommandée après une cytologie LSIL, HSIL ou ASC-H.

Par ailleurs, la possibilité d'utiliser le double immunomarquage p16/Ki67 est mise en avant pour le triage des ASCUS avant 30 ans et le triage des LSIL. Il ne s'agit pas là d'une recommandation (des études de validation de ce test devant ces deux anomalies cytologiques sont nécessaires) mais d'une option.

Les points-clés énoncés ci-dessus ne concernant pas les femmes enceintes : en effet, les recommandations devant une cytologie anormale chez la femme enceinte sont bien différentes. Celles-ci n'ont pas été abordées dans l'étude ; toutefois, elles doivent être connues par les MG, notamment ceux suivant leur patiente sur le plan gynécologique.

Les recommandations actuelles, y compris en cas de grossesse, sont résumées sous forme d'arbre décisionnel [Annexe 1].

7) OBJECTIF

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en charge des frottis cervico-utérins anormaux en médecine générale en comparaison aux recommandations INCa de décembre 2016.

Cette étude permettra de percevoir comment les recommandations de décembre 2016 par l'INCa ont été reçues par les MG, comment elles sont appliquées et en quoi elles ont modifié leur pratique.

II. MATERIEL ET METHODES

1) TYPE D'ETUDE

Pour répondre à l'objectif, il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive et transversale réalisée à partir d'un questionnaire [Annexe 2]. Le questionnaire est divisé en 3 parties et comporte 25 questions.

- La première partie du questionnaire s'intéresse au profil socio démographique, à la formation et à la pratique la plus fréquente du médecin généraliste vis à vis de ce test de dépistage
- La deuxième partie concerne la proposition de prise en charge des médecins généralistes devant des résultats de frottis cervico-utérins anormaux (ASC-US, LSIL, ASC-H, AGC, HSIL). Ainsi que leur pratique courante quant à la réalisation d'un test HPV et la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67
- La troisième partie du questionnaire est une partie dédiée aux recommandations de l'INCa de décembre 2016. Celle-ci permet d'identifier comment les recommandations actuelles ont été reçues par les MG et en quoi elles ont modifié ou non leur pratique.

A la fin du questionnaire, un espace était réservé aux répondants pour leur permettre de laisser des commentaires libres.

Des passerelles ont été créées pour permettre au répondant d'accéder directement à la section le concernant (« si vous prescrivez le frottis sur ordonnance » ou « si vous réalisez vous-même les FCU »). De même, le questionnaire est stoppé, au cours de la troisième partie, si le répondant n'était pas au courant des recommandations de l'INCa ou s'il n'avait pas eu le temps d'aller les consulter.

Le répondant pouvait inscrire son adresse e-mail à la fin du questionnaire afin de pouvoir recevoir ultérieurement les résultats de l'étude ainsi que les recommandations de l'INCa.

2) POPULATION ETUDIEE

a. Critères d'inclusion

La population cible était les médecins généralistes exerçant dans le département des Bouches-du-Rhône (13). Une liste de médecins généralistes randomisés était effectuée d'une part via l'annuaire AMELI, d'autre part via l'annuaire des élus URPS ML PACA. Les médecins généralistes étaient sollicités dans l'ordre de la randomisation, lors d'un appel téléphonique permettant de recueillir, s'ils le désiraient, leurs adresses e-mails afin de pouvoir leur envoyer le questionnaire. Les médecins généralistes remplaçants thésés et effectuant des remplacements réguliers dans les Bouches-du-Rhône ont été inclus.

b. Critères d'exclusion

Étaient exclus les médecins généralistes spécialisés dans un domaine et ne pratiquant plus une médecine générale « traditionnelle » (nutritionniste, homéopathe, angiologue...). Étaient exclus les médecins généralistes ou remplaçants thésés exerçant dans un autre département. Étaient exclus les médecins remplaçants non thésés, ou internes avec licence de remplacement.

3) RECUEIL DES DONNEES

Un questionnaire a donc été élaboré afin de répondre au mieux à l'objectif de l'étude [Annexe 2]. Le questionnaire a été construit via le logiciel de création d'enquête en ligne Google Forms. Celui-ci était accompagné d'une introduction explicative [Annexe 3]. L'anonymat des réponses a été assuré par l'absence d'enregistrement de l'adresse e-mail ou IP.

Une évaluation « test » a été réalisée au préalable auprès de cinq médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

Un premier envoi a été réalisé entre mars et avril 2018 puis plusieurs relances successives dans le mois de juin 2018. Les questionnaires reçus jusqu'au 31 juillet 2018 ont été pris en compte.

4) METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE

Les données obtenues ont été saisies dans un tableur informatique Excel, lequel a permis l'analyse des résultats. Les données ont été également analysées à l'aide de l'outil en ligne BiostaTGV.

Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et la proportion. Pour ces variables, quand l'effectif était supérieur à 5, le test du Chi² était utilisé, quand l'effectif était inférieur à 5 nous avons recours au test exact de Fisher.

Une valeur de p inférieure à 0,05 a été définie comme seuil de significativité statistique.

5) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée en utilisant les mots-clés : cancer, frottis cervico-utérin, col utérin, dépistage, médecine générale, médecins généralistes, recommandations INCa, démographie médicale.

Plusieurs combinaisons des mots-clés ont ensuite été proposées à des bases de données comme Medline (via PubMed), en utilisant le MeSH bilingue français-anglais, le SUDoc, et au moteur de recherche Google.

III. RESULTATS

1) Taux de participation

Sur les 357 questionnaires envoyés, 341 sont parvenus aux destinataires car des adresses e-mail étaient erronées ou inactives.

Le taux de participation était de 35,2%, avec une réception de 120 réponses sur les 341 questionnaires envoyés. Sur les 120 questionnaires récupérés, 2 questionnaires ont été exclus car inexploitable ; soit un total de 118 réponses exploitables.

2) Caractéristiques sociodémographiques des MG interrogés

a. Sexe

39,8% (n=47) des MG répondant au questionnaire étaient des hommes et 60,2% (n=71) étaient des femmes.

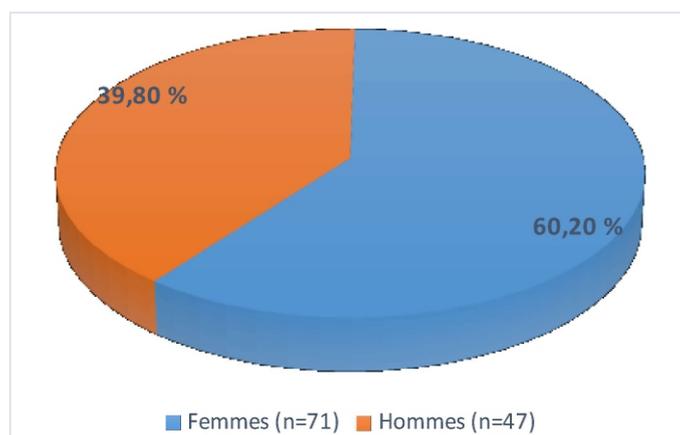


Fig.2 : Répartition des MG en fonction du sexe

b. Age

L'âge moyen des MG interrogés était de 43,5 ans. Parmi eux :

- 38,1% (n=45) avaient entre 25 et 35 ans
- 22% (n=26) avaient entre 36 et 45 ans
- 12,7% (n=15) avaient entre 46 et 55 ans
- 21,2% (n=25) avaient entre 56 et 65 ans
- 5,9% (n=7) avaient plus de 65 ans

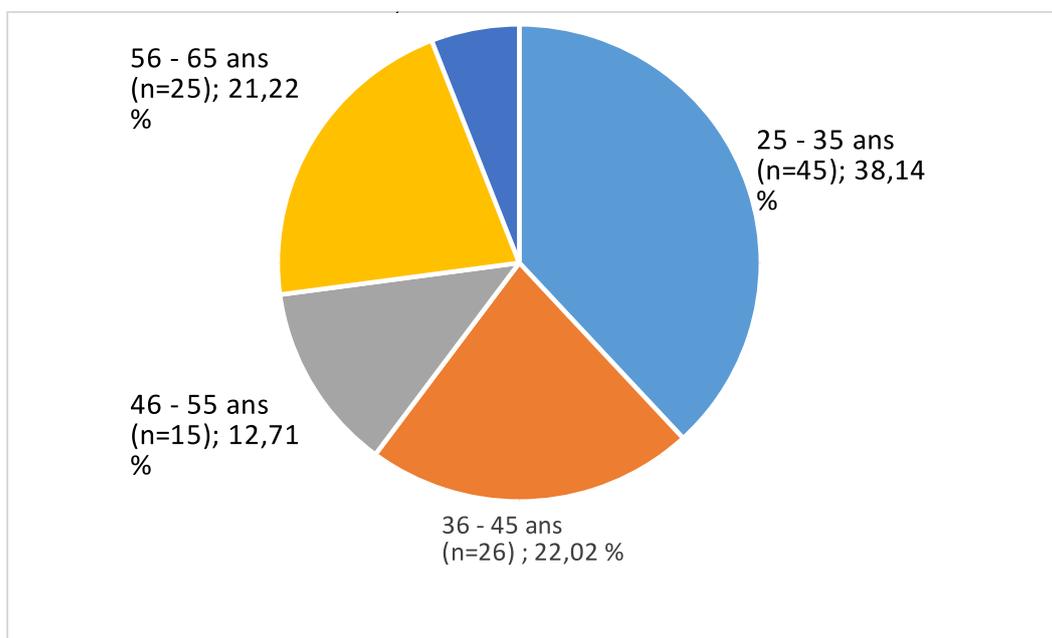


Fig 3 : Répartition des MG en fonction de l'âge

c. Caractéristiques d'exercice

Sur la totalité des médecins répondants (soit 118), l'activité libérale était nettement majoritaire à 72,9%. Seulement 11% exerçaient à titre « salarié » et 3,4% à titre « mixte ».

Les MG installés représentaient 83% de la population étudiée (n=98), les MG remplaçants thésés représentaient, eux, 17% (n=20).

Parmi les MG installés, 84,6% (n=83) avaient un mode d'exercice « libéral », 3,1% (n=4) étaient uniquement « salarié » et 12,3% (n=12) déclaraient un exercice « mixte ».

Sur cette population installée, 37,9% exerçaient « en cabinet de groupe » et 6% « seul », soit un taux de réponse de 43,9%. 56,1% n'ont pas précisé leur type d'exercice.

d. Formation en gynécologie

Parmi les MG interrogés, 38,1% (n=45) déclaraient avoir suivi une formation spécifique en gynécologie au cours de leur cursus.

Ainsi, 61,9% (n=73) déclaraient n'avoir suivi aucune formation spécifique.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des MG installés et remplaçants

	<u>MG installés</u>	<u>Remplaçants</u>	<u>Total</u>
Effectif	98 (83,0%)	20 (17%)	118 (100%)
Femmes	55 (46,6%)	16 (13,6%)	71 (60,2%)
Hommes	43 (36,4%)	4 (3,4%)	47 (39,8%)
<u>Type d'exercice</u>			
Libéral	83 (70,3%)	5 (4,3%)	88 (74,6%)
Salarié	3 (2,5%)	0 (0%)	3 (2,5%)
Mixte	12 (10,2%)	2 (1,7%)	14 (11,9%)
non renseigné	X	13 (11,0%)	13 (11,0%)
<u>Mode d'exercice</u>			
En cabinet de groupe	45 (38,1%)	3 (2,5%)	48 (40,6%)
En cabinet seul	7 (6,0%)	0 (0%)	7 (6,0%)
non renseigné	46 (39,0%)	17 (14,4%)	63 (53,4%)
<u>Formation en gynécologie</u>			
OUI	34 (28,7%)	11 (9,4%)	45 (38,1%)
NON	64 (54,3%)	9 (7,6%)	73 (61,9%)
<u>Connaissances suffisantes ?</u>			
OUI	44 (37,3%)	8 (6,8%)	52 (44,1%)
NON	54 (45,7%)	12 (10,2%)	66 (55,9%)

3) Pratique des MG concernant le test de dépistage

Parmi les MG interrogés :

- 35,6% (n=42) adressaient leur patiente au spécialiste pour la réalisation du FCU
- 16,1% (n=19) prescrivait le FCU sur ordonnance et adressaient la patiente à un laboratoire d'analyses
- 48,3% (n=57) réalisaient eux-mêmes les FCU

a. Prescription du FCU sur ordonnance

Lorsque le test de dépistage du cancer du col de l'utérus était prescrit sur ordonnance (N = 19 réponses) :

- 5,3% (n=1) déclaraient en prescrire plusieurs par semaine en moyenne
- 36,8% (n=7) déclaraient en prescrire 1 par semaine en moyenne
- 21,1% (n=4) déclaraient en prescrire 1 à 3 par mois
- 36,8% (n=7) déclaraient en prescrire quelques-uns par an

Quant à leur pratique actuelle autour du dépistage du cancer du col dans cet échantillon de MG répondants :

- 63,2% ne prescrivait des FCU qu'aux femmes ayant entre 25 et 65 ans
- 15,8% prescrivait des FCU aux femmes ayant moins de 25 ans
- 42,1% continuaient à prescrire des FCU aux femmes après 65 ans
- 68,4% prescrivait des FCU tous les 3 ans
- Aucun ne prescrivait des FCU tous les ans ou +

b. Réalisation du FCU par le MG

Lorsque le test de dépistage du cancer du col de l'utérus était réalisé par le MG lui-même (N = 57 réponses) :

- 26,3% (n=15) déclaraient en réaliser plusieurs par semaine en moyenne
- 12,3% (n=7) déclaraient en réaliser 1 par semaine en moyenne
- 38,6% (n=22) déclaraient en réaliser 1 à 3 par mois
- 22,8% (n=13) déclaraient en réaliser quelques-uns par an

Quant à leur pratique actuelle autour du dépistage du cancer du col dans cet échantillon de MG :

- 80,7% ne réalisaient des FCU qu'aux femmes ayant entre 25 et 65 ans
- 5,3% réalisaient des FCU aux femmes ayant moins de 25 ans
- 22,8% continuaient à réaliser des FCU aux femmes après 65 ans
- 75,4% réalisaient des FCU tous les 3 ans
- 8,8% réalisaient des FCU tous les ans ou +

Quant à leur technique utilisée :

- 5,3% (n=3) ne réalisaient que des frottis conventionnels sur lame
- 77,2% (n=44) ne réalisaient que des frottis en phase liquide
- Aucun ne réalisait des frottis en phase liquide que dans certains cas
- 17,5% (n=10) n'avaient fait aucun choix et suivaient la technique utilisée par le laboratoire avec lequel ils travaillaient

Tableau 2 : Résumé des pratiques des MG autour du dépistage du cancer du col de l'utérus

	Réalisateurs	Prescripteurs
Effectif	57 (48,3%)	19 (16,1%)
<i>Combien ?</i>		
plusieurs par semaine	15 (26,3%)	1 (5,3%)
un par semaine	7 (12,3%)	7 (36,8%)
un à trois par mois	22 (38,6%)	4 (21,1%)
quelques-uns par an	13 (22,8%)	7 (36,8%)
<i>A qui ?</i>		
25-65 ans	80,70%	63,20%
< 25 ans	5,30%	15,80%
> 65 ans	22,80%	42,10%
<i>Fréquence ?</i>		
Tous les 3 ans	75,40%	68,40%
Tous les ans ou +	8,80%	0%
<i>Technique utilisée ?</i>		
Uniquement en phase liquide	44 (77,2%)	X
Uniquement frottis conventionnels	3 (5,3%)	X
Phase liquide dans certains cas	0 (0%)	X
Aucun choix	10 (17,5%)	X

4) Prise en charge devant un résultat de FCU anormal

a. Devant un FCU ASC-US :

i. *Femme de 25 ans*

- 38,1% (n=45) proposaient un contrôle par FCU à 6 mois avec réalisation d'une colposcopie si le frottis était à nouveau anormal
- 35,6% (n=42) proposaient un test HPV
- 2,5% (n=3) proposaient la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67
- 6,8% (n=8) proposaient le recours à une colposcopie d'emblée
- 16,9% (n=20) ne savaient pas

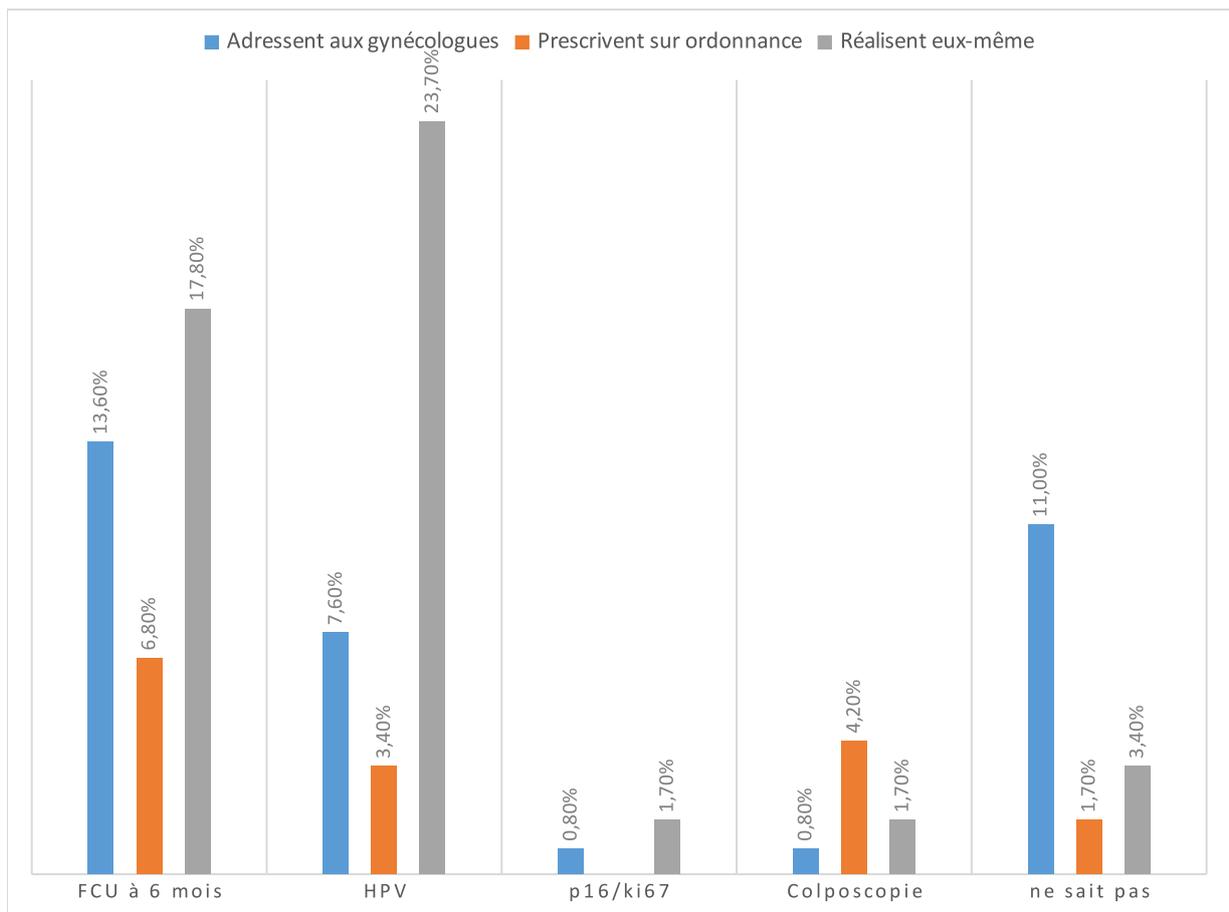


Fig. 4 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU ASC-US chez la femme de 25 ans selon leur pratique

ii. Femme de 38 ans

- 22% (n=26) proposaient un contrôle par FCU à 6 mois avec réalisation d'une colposcopie si le frottis était à nouveau anormal
- 33,9% (n=40) proposaient un test HPV
- 0,1% (n=1) proposaient la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67
- 24,6% (n=29) proposaient le recours à une colposcopie d'emblée
- 18,6% (n=22) ne savaient pas

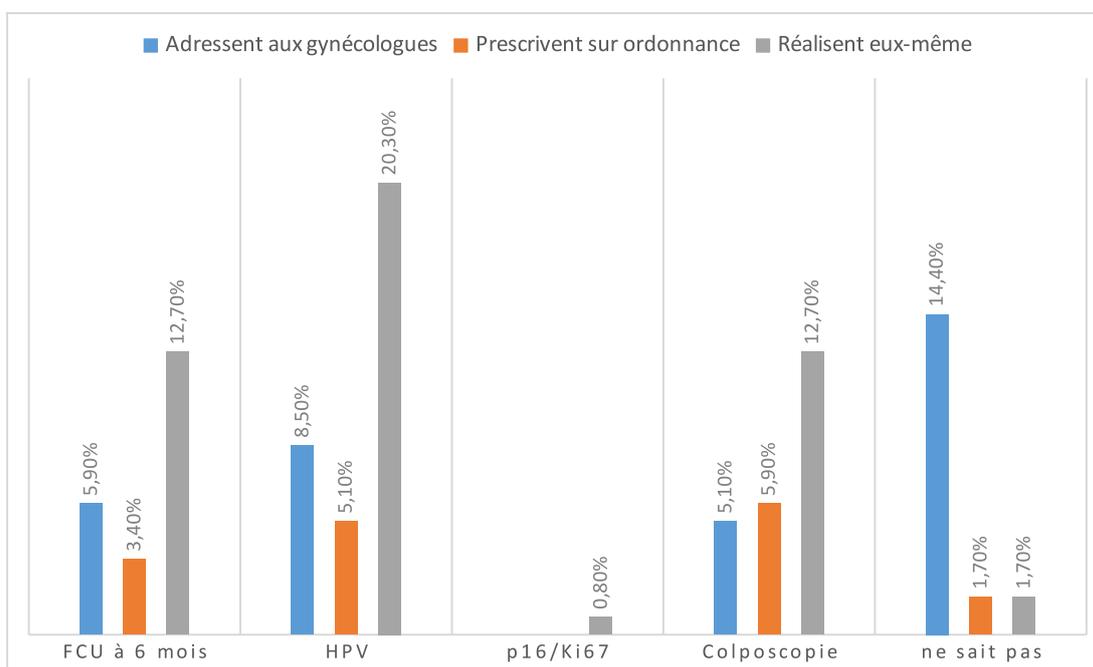


Fig.5 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU ASC-US chez la femme de 38 ans selon leur pratique

b. Devant un FCU LSIL :

- 16,1% (n=19) proposaient un contrôle par FCU à 6 mois avec réalisation d'une colposcopie si le frottis était à nouveau anormal
- 5,1% (n=6) proposaient un test HPV
- 2,5% (n=3) proposaient la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67
- 62,7% (n=74) proposaient le recours à une colposcopie d'emblée
- 13,6% (n=16) ne savaient pas

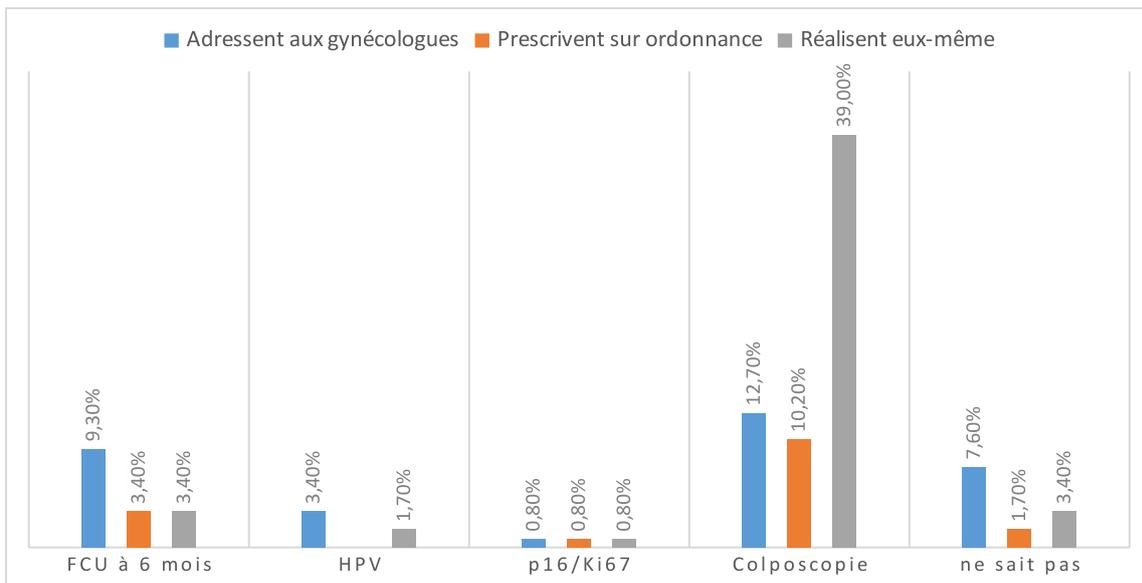


Fig.6 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU LSIL selon leur pratique

c. Devant un FCU ASC-H :

- 6,8% (n=8) proposaient un contrôle par FCU à 6 mois avec réalisation d'une colposcopie si le frottis était à nouveau anormal
- 3,4% (n=4) proposaient un test HPV
- 0,8% (n=1) proposaient la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67
- 73,7% (n=87) proposaient le recours à une colposcopie d'emblée
- 15,8% (n=18) ne savaient pas

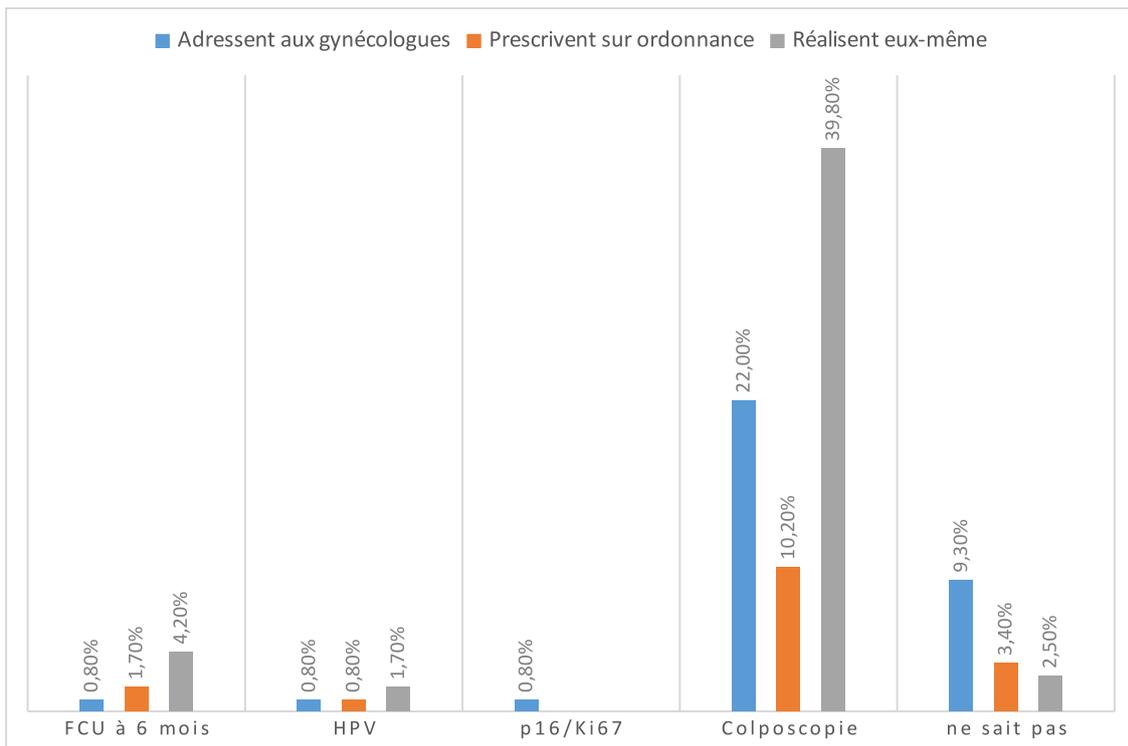


Fig.7 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU ASC-H selon leur pratique

d. Devant un FCU AGC :

- 5,9% (n=7) proposaient un contrôle par FCU à 6 mois avec réalisation d'une colposcopie si le frottis était à nouveau anormal
- 5,9% (n=7) proposaient un test HPV
- 0,8% (n=1) proposaient la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67
- 22,9% (n=27) proposaient le recours à une colposcopie d'emblée
- 32,2% (n=38) proposaient le recours à un spécialiste pour exploration endo-utérine
- 32,2% (n=38) ne savaient pas

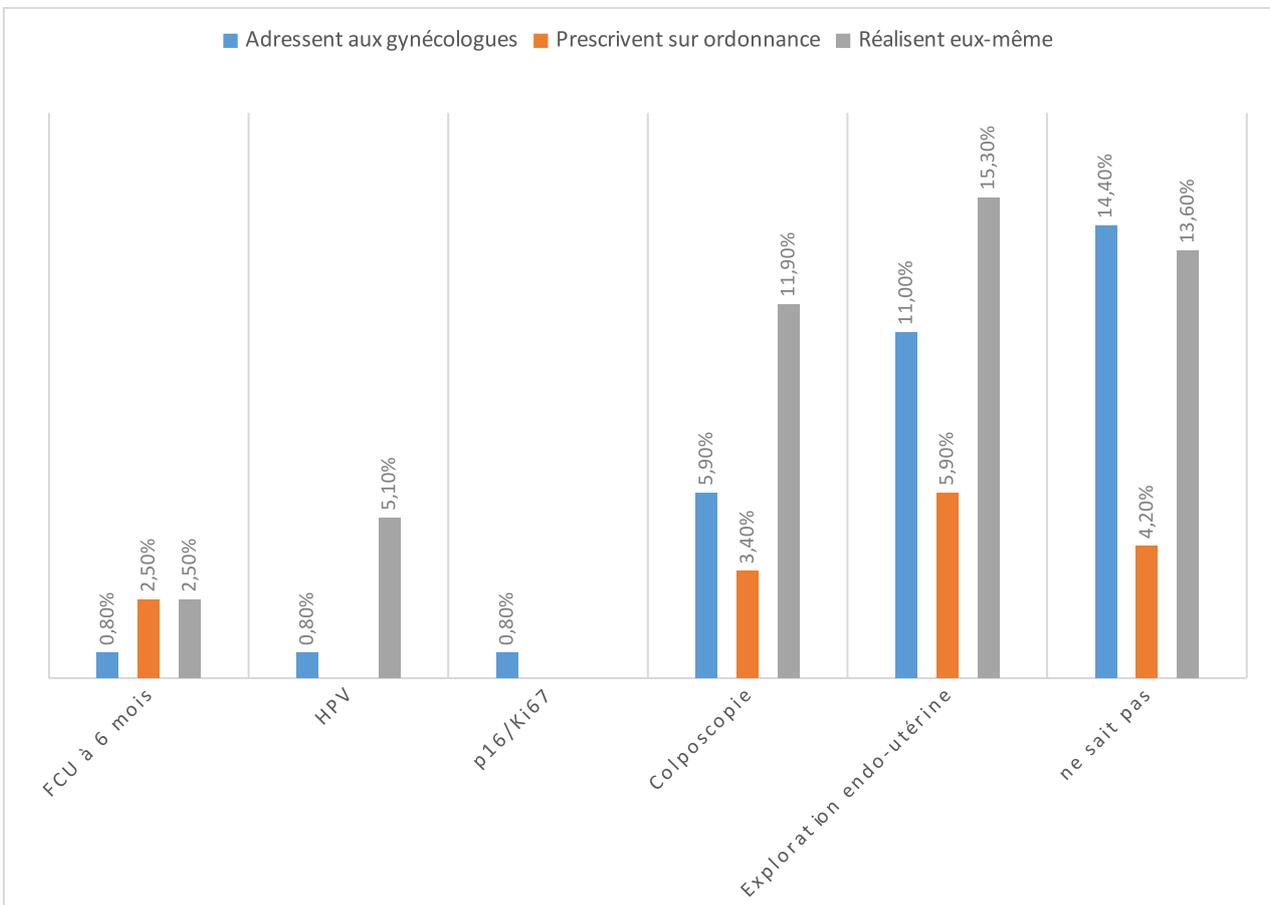


Fig. 8 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU AGC chez la femme de 35 ans selon leur pratique

e. Devant un FCU HSIL :

- Aucun ne proposait un contrôle par FCU à 6 mois avec réalisation d'une colposcopie si le frottis était à nouveau anormal
- Aucun ne proposait un test HPV
- 0,8% (n=1) proposaient la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67
- 84,7% (n=100) proposaient le recours à une colposcopie d'emblée
- 14,4% (n=17) ne savaient pas

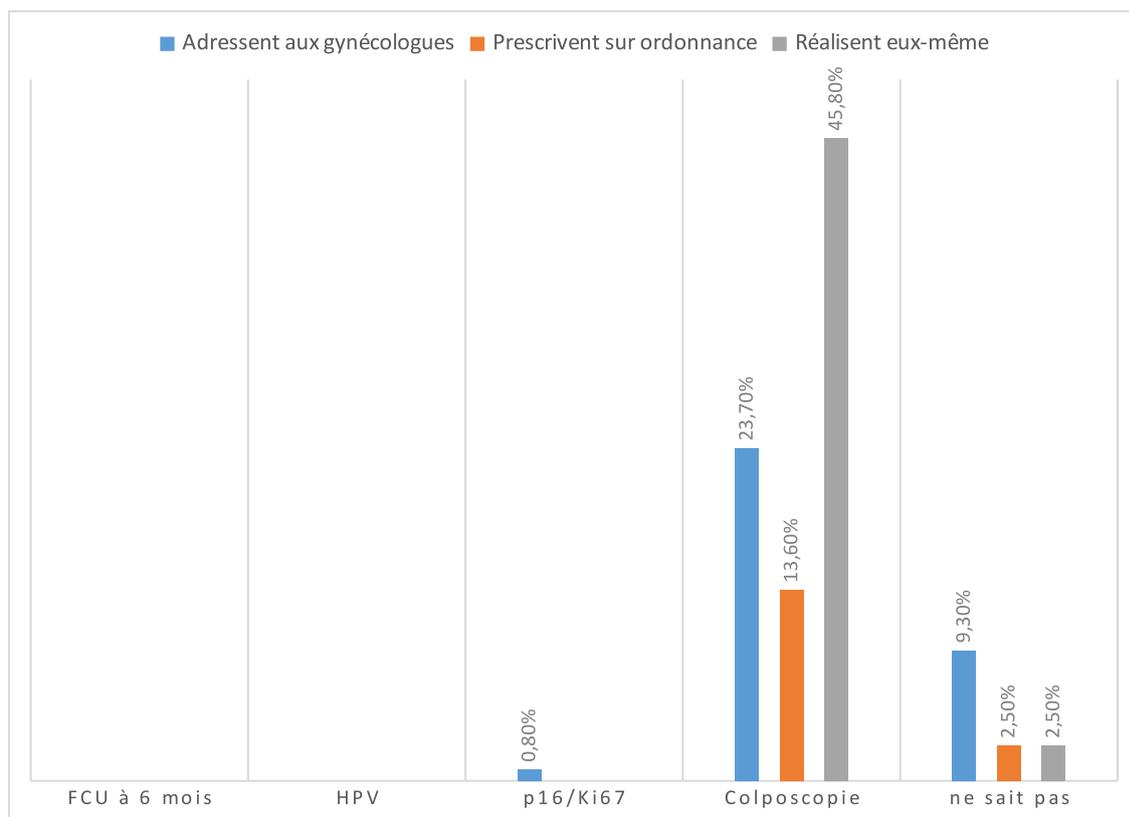


Fig.9 : Diagramme illustrant la prise en charge des MG devant un FCU HSIL selon leur pratique

5) Réalisation d'un test HPV

Concernant cet item, la question portait sur la réalisation d'un test HPV dans la pratique courante des MG répondants :

- 42,4% des MG ne demandaient jamais la réalisation de ce test
- 42,4% la demandaient après un FCU ASC-US quel que soit l'âge de la patiente
- 12,7% la demandaient après un FCU ASC-US uniquement chez la femme de + de 30 ans
- 9,3% la demandaient après un FCU ASC-H
- 6,8% la demandaient après un FCU LSIL
- 7,6% la demandaient après un FCU AGC
- 3,4% la demandaient après un FCU HSIL
- 1,7% demandaient ce test pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à la place du frottis

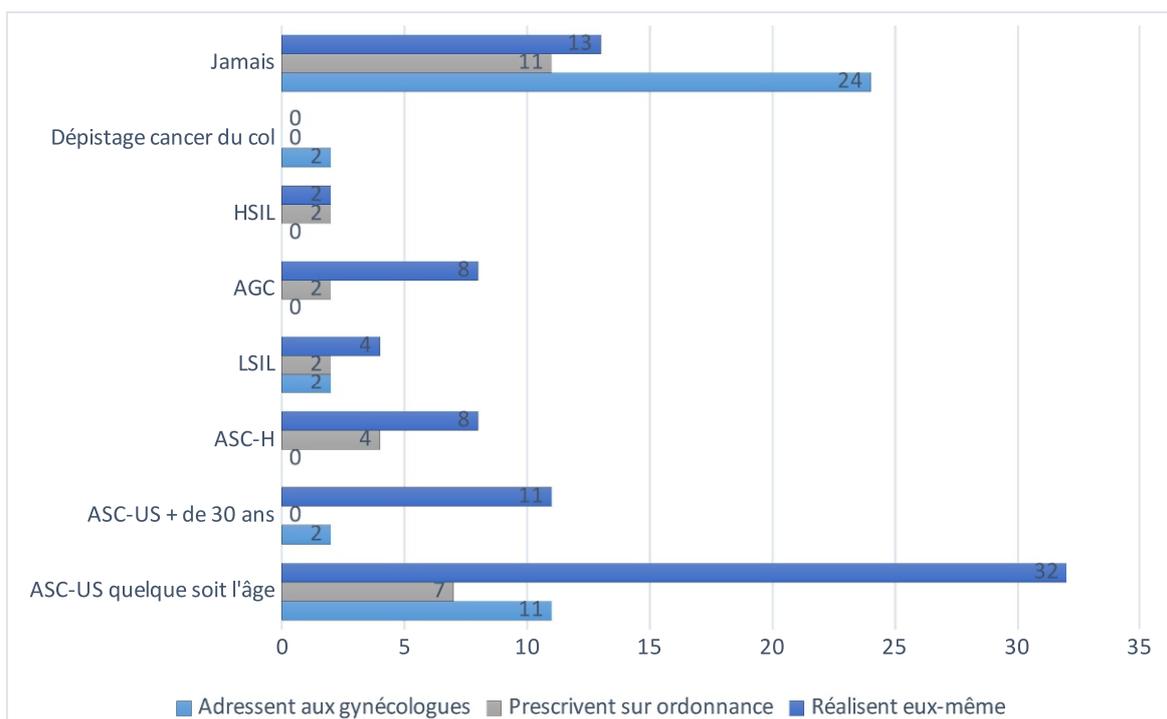


Fig.10 : Diagramme illustrant la réalisation du test HPV par les MG selon leur pratique

6) Réalisation d'un double immunomarquage

Concernant cet item, la question portait sur la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67 dans la pratique courante des MG répondants :

- 93,2% des MG ne demandaient jamais la réalisation de ce test
- 1,7% la demandaient après un FCU ASC-US quel que soit l'âge de la patiente
- 2,5% la demandaient après un FCU ASC-US uniquement chez la femme de moins de 30 ans
- 0,8% la demandaient après un FCU ASC-H
- 0,8% la demandaient après un FCU LSIL
- 0,8% la demandaient après un FCU AGC
- 0,8% la demandaient après un FCU HSIL
- Aucun ne demandait ce test pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à la place du frottis

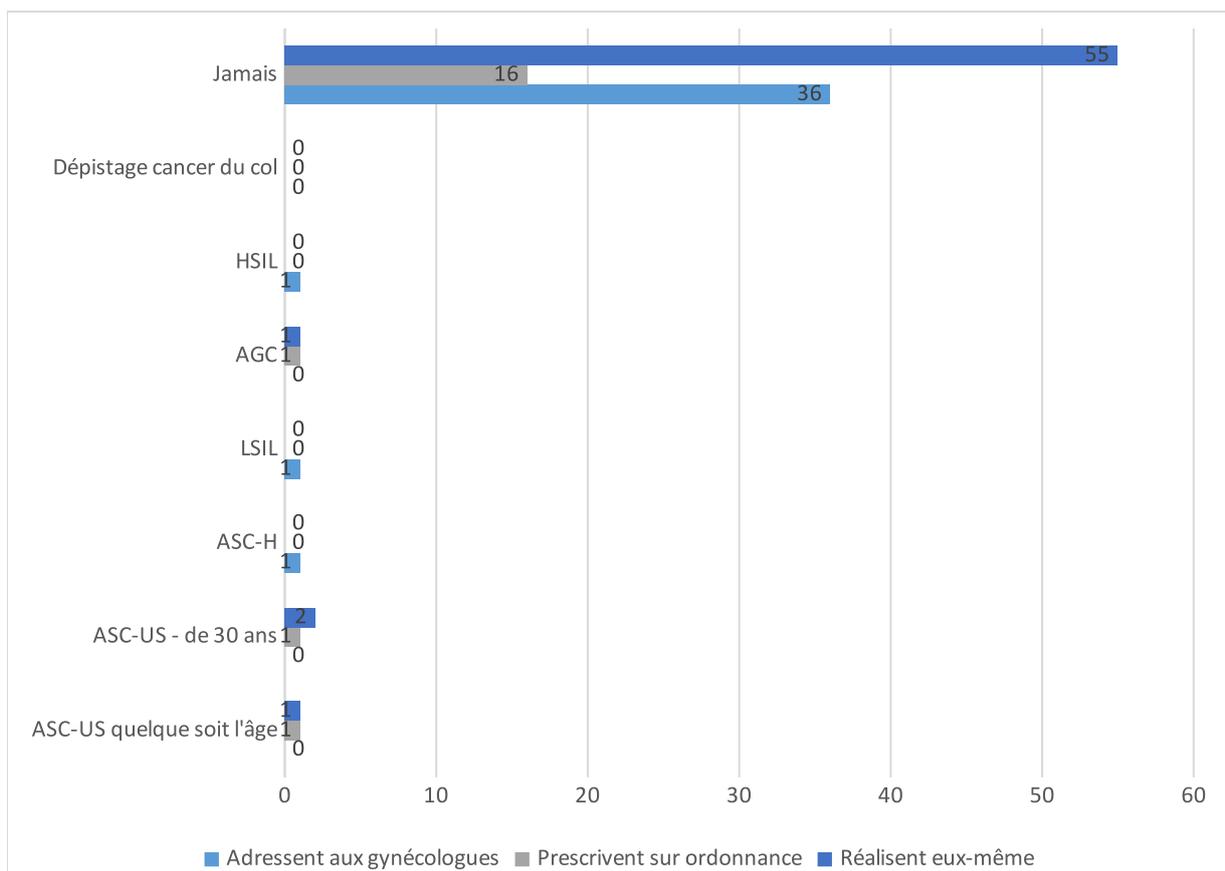


Fig.11 : Diagramme illustrant la réalisation du double immuno-marquage p16/ki67 par les MG selon leur pratique

7) A propos des recommandations INCa de décembre 2016

a. Connaissances autour de leur publication

Concernant les recommandations de l'INCa de décembre 2016 :

- 55,1% (n=65) des MG répondants n'étaient pas au courant de ces nouvelles recommandations publiées
- 22,9% (n=27) étaient au courant mais n'avaient pas eu le temps de les consulter
- 6,8% (n=8) étaient au courant, les connaissaient mais ne les appliquaient pas encore
- 15,3% (n=18) étaient au courant, les connaissaient et les appliquaient

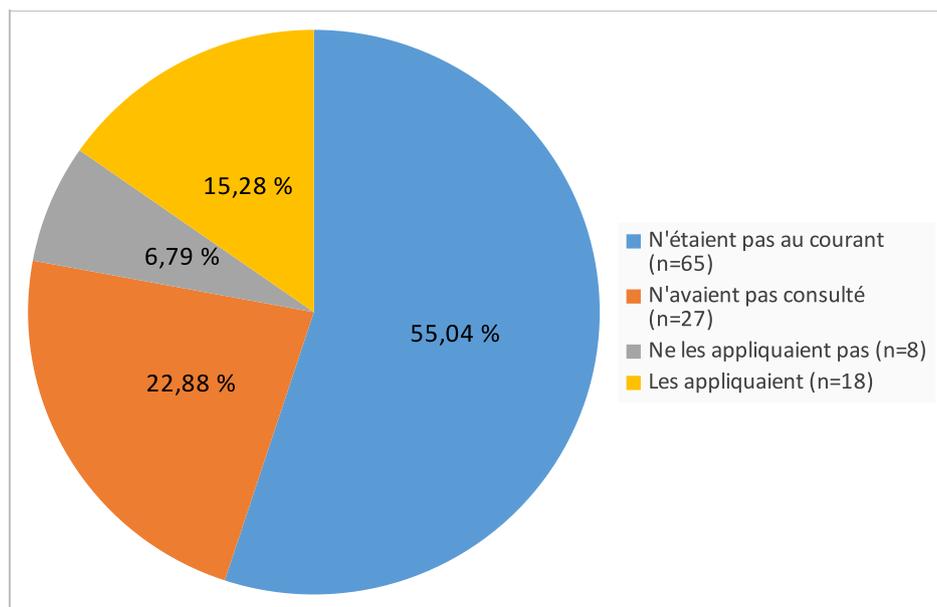


Fig.12 : Répartition de l'échantillon selon leur connaissance vis à vis de la publication des recommandations INCa

Des résultats en sous-groupes ont été réalisés.

D'une part, sur les 42 médecins ne réalisant pas de FCU et adressant la patiente au spécialiste :

- La majorité, soit 73,8% (n= 31) n'était pas au courant de ces recommandations
- 21,4% (n=9) étaient au courant mais n'avaient pas eu le temps de les consulter
- 4,8% (n=2) étaient au courant, les connaissaient mais ne les appliquaient pas encore
- Aucun ne les appliquait

D'autre part, sur les 57 médecins réalisant eux-mêmes les FCU :

- 38,6% (n= 22) n'étaient pas au courant de ces recommandations
- 22,8% (n=13) étaient au courant mais n'avaient pas eu le temps de les consulter
- 8,8% (n=5) étaient au courant, les connaissaient mais ne les appliquaient pas encore
- 29,8% (n=17) étaient au courant, les connaissaient et les appliquaient

Enfin, sur les 19 médecins prescrivant les FCU sur ordonnance :

- 63,1% (n= 12) n'étaient pas au courant de ces recommandations
- 26,3% (n=5) étaient au courant mais n'avaient pas eu le temps de les consulter
- 5,3% (n=1) étaient au courant, les connaissaient mais ne les appliquaient pas encore
- 5,3% (n=1) étaient au courant, les connaissaient et les appliquaient

b. Moyens de découverte de ces recommandations

Cet item n'était proposé qu'aux MG qui avaient consulté les recommandations de l'INCa, qu'elles soient appliquées ou non dans leur pratique courante ; soit 26 réponses.

L'étude s'intéressait alors aux moyens de découverte de ces recommandations :

- 7,7% (n=2) des MG les avaient consultés sur le site de l'INCa
- 26,9% (n=7) lors de la participation à un DPC dédié
- 34,6% (n=9) lors de la participation à un congrès national
- 3,8% (n=1) à la lecture d'une newsletter
- 26,9% (n=7) par un autre moyen, sans précision

c. Évaluation de ces recommandations

L'étude s'intéressait finalement au sentiment des MG quant aux recommandations de l'INCa sur leur pratique courante :

- 73,1% (n=19) des MG déclaraient que ces recommandations simplifiaient la prise en charge
- 11,5% (n=3) des MG déclaraient que ces recommandations compliquaient la prise en charge
- 15,4% (n=4) des MG déclaraient qu'elles n'avaient rien apporté de plus

Ainsi, de manière générale :

- 7,7% (n=2) des MG déclaraient qu'elles n'avaient aucune influence sur leur pratique
- 42,3% (n=11) des MG déclaraient qu'elles avaient un impact très limité sur leur pratique
- 50% (n=13) des MG déclaraient qu'elles avaient un impact réel
- Aucun des MG ne déclarait que ces recommandations avaient totalement changé leur pratique

8) Commentaires libres

De cette rubrique, apparaissaient plusieurs points à relever :

- Certains MG, qui ne réalisaient que quelques frottis par an, trouvaient les questions trop spécialisées vis à vis de leur pratique.
- Les recommandations leur paraissaient complexes mais la version interactive disponible sur le web facilitait la compréhension.
- Un nombre relativement conséquent de MG déclaraient que cette étude leur avait permis de consulter les recommandations de l'INCa, et certains avaient demandé à recevoir les différents arbres décisionnels par mail.
- Quelques MG déclaraient que le double immunomarquage p16/Ki67 n'était pas proposé en systématique par les laboratoires d'analyses et n'était pas encore assez « développé ».
- Quelques MG trouvaient utiles les suggestions proposées par les anatomopathologistes dans le compte-rendu d'un résultat de FCU.
- Un MG avait informé de l'existence d'une journée de formation indemnisable dédiée uniquement au FCU et proposée par l'URPS PACA pour tous les médecins généralistes.
- Certains avaient également précisé le type de formation complémentaire en gynécologie : DIU de gynécologie obstétrique, journée de formation...

A la fin du questionnaire, 50 adresses e-mails ont été recueillies. Il s'agissait des médecins généralistes souhaitant recevoir les résultats de ce travail ; soit 42,4% des répondants.

IV. DISCUSSION

1) Analyse des résultats

a. ASC-US

La lésion ASC-US est la plus fréquente des lésions anormales rencontrées avec près de 5% de la totalité des FCU. Dans la grande majorité des cas, soit près de 85%, le col utérin ne présente aucune anomalie. Seul 5 à 10 % présenteront réellement des lésions intra-épithéliales histologiques de haut grade (LIEHG) [22]. Elle correspond exceptionnellement à un cancer invasif [23].

i. *Chez la femme avant 30 ans*

En excluant les praticiens ne sachant répondre, dans la majorité des cas, il ressort que 35,6% des répondeurs proposeraient un test HPV et 38.1% un frottis de contrôle à 6 mois devant une lésion ASC-US chez la femme de 25 ans. Seulement 2,5% proposeraient la réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67.

Lors d'une analyse en sous-groupes, si l'on tient compte uniquement des praticiens réalisant eux-mêmes les FCU, respectivement 49,1% et 36,8% proposeraient un test HPV ou un frottis de contrôle à 6 mois et seulement 3,5% la réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67.

Initialement, les recommandations de l'HAS proposaient 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.

Dorénavant, les recommandations de l'INCa de décembre 2016 mentionnent que la colposcopie et la cytologie répétée ne sont plus recommandées en première intention. La conduite à tenir est alors celle de la réalisation d'un test HPV (test réflexe en milieu liquide). Le double immunomarquage p16/Ki67 réflexe se situe également en première intention et au même titre que le test HPV.

On remarque aussi qu'un faible pourcentage (6,8%) des praticiens adresseraient leur patiente vers un gynécologue pour la réalisation d'une colposcopie d'emblée.

Contrairement aux autres études similaires plus anciennes, il semblerait alors que cette lésion, malgré sa position indéterminée dans la classification Bethesda, ne soit plus considérée comme une lésion grave et inquiétante. En effet, une étude réalisée en 2015 sur la pratique des médecins généralistes devant un résultat anormal ASC-US avait montré que, pour la grande majorité des praticiens, 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 [26].

Ainsi, la clarification des recommandations quant à la prise en charge de cette lésion a permis sans doute d'uniformiser la conduite à tenir devant sa mise en évidence du fait que peu de praticiens adressent directement leur patiente vers un gynécologue.

Cependant, un nombre significatif de praticiens proposeraient une cytologie répétée à 6 mois chez la femme jeune. Ceci s'explique probablement par une habitude des pratiques ou une méconnaissance de la démarche à effectuer pour la réalisation d'un test HPV, et d'autant plus pour celle de l'immunomarquage p16/Ki67, auprès du laboratoire d'analyses médicales.

ii. *Chez la femme après 30 ans*

En excluant les praticiens ne sachant répondre, dans la majorité des cas, 33,9% des répondeurs proposeraient un test HPV devant une lésion ASC-US chez la femme de 38 ans. Par ailleurs, respectivement 24,6% et 22% proposeraient alors la réalisation d'une colposcopie d'emblée ou un frottis de contrôle à 6 mois.

Seulement 0,8%, soit 1 MG proposerait la réalisation d'un double immunomarquage p16/ki67.

Initialement, les recommandations de l'HAS proposaient 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.

Dorénavant, les recommandations de l'INCa de décembre 2016 mentionnent que la colposcopie et la cytologie répétée ne sont plus recommandées en première intention.

La conduite à tenir est alors celle de la réalisation d'un test HPV uniquement ; la réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67 n'étant pas recommandée dans ce cas précis.

Ainsi, même si une majorité de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône semblent connaître la prise en charge des lésions ASC-US, nombre d'entre eux adressent leur patiente âgée de plus de 30 ans vers un gynécologue.

Nous pouvons alors nous demander pourquoi la demande d'un avis spécialisé pour une lésion qui pourrait aussi être prise en charge en ville. Cela sous-entend l'existence possible d'une lésion plus grave qui inquiète les médecins lorsqu'elle est découverte chez la femme de plus de 30 ans.

Cette étude a permis d'identifier, de manière statistiquement significative ($p < 0.05$) que le test HPV (quel que soit l'âge) était majoritairement réalisé par les MG pratiquant l'acte de dépistage de manière régulière, c'est-à-dire au moins 1 à 3 fois par mois, et d'autant plus chez ceux l'effectuant plusieurs fois par semaine.

Pourtant, il faut informer les MG sur le fait que le test HPV est un test simple et d'orientation. En effet, un test négatif permettra de rassurer à la fois les médecins et leurs patientes et un retour à un suivi normal ; un test positif indiquera une prise en charge spécialisée et donc une orientation par le biais du médecin généraliste.

b. LSIL

Il s'agit de la deuxième lésion la plus fréquemment rencontrée des frottis anormaux [23]. C'est une lésion de bas grade qui est associée à une probabilité de l'ordre de 50% d'avoir une lésion intraépithéliale cervicale. La probabilité de lésion intraépithéliale de haut grade avoisine les 30% [24]. Cependant, leur taux de régression spontanée s'élève entre 50 et 60 % des cas. Seulement 1% de ces lésions LSIL évolueraient vers un cancer invasif [12].

En excluant les praticiens ne sachant répondre, la grande majorité, soit 62,7% de la totalité des médecins répondants (précisément 82,5% de ceux réalisant eux-mêmes les FCU et 63,2% le prescrivant sur ordonnance) proposeraient un recours à la colposcopie d'emblée.

Selon les recommandations de l'INCa de 2016, la colposcopie avec biopsie(s) en cas d'anomalie, de même que la réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67 sont à effectuer en première intention ; la réalisation d'un test HPV n'ayant pas sa place dans ce contexte.

Ainsi, il semblerait que la prise en charge lors de la découverte d'un résultat LSIL soit bien connue par les médecins généralistes interrogés.

c. ASC-H

La lésion ASC-H représente un taux très faible des FCU anormaux mais correspond à un risque de lésion intraépithéliale de haut grade pouvant atteindre près de 40% [24]. La conduite à tenir et la prise en charge restent donc essentielles.

Près de trois quart des médecins généralistes interrogés, soit exactement 73,7% des praticiens adresseraient leur patiente au spécialiste pour la réalisation d'une colposcopie d'emblée. Bien que 15,8% des médecins répondants ne proposent aucune prise en charge spécifique, elle est la lésion devant laquelle les médecins proposeraient le moins souvent un test HPV (23,4%) et très peu d'entre eux (6,8%) demanderaient un frottis de contrôle à 6 mois.

Ces résultats traduisent ainsi la connaissance des médecins interrogés face à la prise en charge de cette anomalie et probablement leur sentiment d'inquiétude devant un résultat ASC-H.

d. AGC

La fréquence de ces anomalies reste très rare. Un résultat anormal type AGC peut mettre en évidence une lésion cervicale sous-jacente dans 25% des cas, une lésion glandulaire cervicale dans près de 10% des cas ou encore une lésion intra-épithéliale de haut grade dans 15 à 20% des cas [25]. La lésion la plus fréquemment identifiée en cas de frottis AGC ne sera pas une lésion glandulaire mais une lésion intra-épithéliale de haut grade.

La conduite à tenir face à une telle lésion cytologique semble mal codifiée dans l'esprit des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

On constate en effet que près d'un tiers d'entre eux (32,2%) ne savent que proposer devant cette anomalie et près d'un tiers également (32,2%) auraient proposé une exploration endo-utérine. Seulement 5,9% des MG proposeraient un test HPV.

Effectivement, les recommandations INCa de 2016 préconisent la réalisation d'un test HPV en première intention et l'extension à une exploration endo-utérine chez les patientes âgées de plus de 45 ans.

Ces résultats restent à relativiser étant donné que près d'un quart (22,9%) demanderaient l'avis d'un spécialiste avec colposcopie d'emblée devant un FCU AGC. Il s'agissait alors des précédentes recommandations visant à alerter les praticiens devant cette anomalie cytologique.

Ces résultats traduisent la méconnaissance des médecins généralistes quant à l'utilité du test HPV sur frottis initial en milieu liquide pouvant surseoir à la colposcopie si ce dernier est négatif, chez la femme de moins de 45 ans. Pour la femme âgée de plus de 45 ans, la prise en charge relève uniquement du spécialiste avec l'indication d'une exploration endo-utérine.

Il se pourrait également, du fait d'une fréquence rare de cette anomalie, que la plupart des praticiens interrogés n'ait jamais été amenée à prendre une décision face à un résultat anormal type AGC.

e. HSIL

HSIL est la lésion cytologique traduisant dans 70 % des cas une lésion intra-épithéliale de haut grade [23, 24]. Le risque de cancer du col de l'utérus dans ce cas précis est estimé à 10% [24].

Dans cette étude, 84,7% des médecins généralistes interrogés proposeraient la réalisation d'une colposcopie d'emblée devant une anomalie type HSIL. En excluant les 14,4 % des praticiens ne sachant pas répondre, aucun ne proposait la réalisation d'un test HPV ni le frottis de contrôle à 6 mois et un chiffre non significatif de 0,8% demandait la réalisation de l'immunomarquage p16/Ki67.

Il semblerait ainsi que ces résultats mettent en exergue un sentiment de réelle inquiétude de la part des médecins et la connaissance d'une prise en charge codifiée devant cette lésion de haut grade.

2) Analyse en sous-groupes

Il convient, dans cette partie, d'identifier plusieurs groupes : les groupes nommés « réalisateurs », « prescripteurs » et « adresseurs » correspondant ainsi respectivement aux MG réalisant eux-mêmes les FCU, à ceux les prescrivant sur ordonnance et enfin aux praticiens adressant leur patiente directement au spécialiste.

a. Concernant la population étudiée

Avec 49 MG de sexe féminin et 8 MG de sexe masculin (86 % vs 14%), une surreprésentation de la population féminine est identifiée dans le groupe « réalisateurs ». Au contraire, nous observons une population plus masculine dans le groupe « prescripteur » comprenant 16 MG hommes et seulement 3 MG femmes. Et il n'existe aucune différence statistiquement significative au niveau du sexe dans le groupe « adresseurs ».

Cela est probablement dû à une pratique plus importante des femmes dans le champ de la gynécologie. En effet, la répartition en fonction du sexe dans les groupes « prescripteurs » et « réalisateurs » en témoigne. L'intérêt du dépistage du cancer du col de l'utérus est bel et bien du ressort de tous les MG, hommes ou femmes, mais la pratique de l'acte de dépistage en lui-même semble plutôt une pratique féminine.

Le questionnaire de thèse ne comportait aucune question pouvant expliquer cela mais plusieurs études et thèses ont été réalisées en France sur la détermination de freins à la réalisation de dépistage par frottis cervico-utérin. En ressortait, de manière indéniable, la difficulté et le vécu désagréable de l'examen gynécologique par les praticiens hommes face à leur patiente.

Dans la littérature, le genre féminin du médecin est un facteur prédictif de la pratique de FCU [30]. D'après l'INCa, le profil type du médecin généraliste pratiquant des FCU est une femme (67%), de moins de 45 ans (57%), travaillant en milieu rural (67%), en cabinet de groupe (57%) et ayant une patientèle importante (59%) [26].

Avec la féminisation de la profession médicale, [31] la part de FCU réalisée en médecine générale pourrait augmenter.

Par ailleurs, il existe une différence statistiquement significative de la répartition en fonction de l'âge dans les trois groupes. Cette étude a permis d'identifier que la gynécologie est pratiquée par une population de MG « jeune ». En effet, dans le groupe « réalisateurs », 63,2 % ont moins de 45 ans contre 36,8 % qui ont plus de 45 ans ($p < 0,05$) ; il s'agit exactement du contraire dans le groupe « prescripteurs » avec 36,8 % de moins de 45 ans et 63,2 % de plus de 45 ans ($p < 0,05$). Là encore, ces résultats laissent supposer que les médecins « jeunes » ont une activité gynécologique plus importante. Il faut toutefois préciser qu'un biais de sélection réside dans l'étude du fait que des MG remplaçants y ont participé et sont, en général, dans la tranche des 25-35 ans.

Il n'existe pas, dans la littérature, d'explications claires mais cela peut être dû :

- d'une part à un intérêt grandissant de la spécialité pour les MG ayant terminé leur étude ?
- d'autre part à une motivation plus importante dans le fait de participer à des questionnaires de thèse ?
- ou encore à une amélioration quant à la formation initiale des MG en gynécologie ?

b. Concernant la formation complémentaire en gynécologie et les connaissances autour d'un résultat anormal

Aucune proposition, ni aucune précision n'était demandée dans le questionnaire concernant le type de formation complémentaire. Il faut donc entendre les réponses comme la perception d'une formation complémentaire quelle qu'elle soit par le MG (certains MG en avaient précisé le type dans les commentaires).

De façon relativement attendue, il apparaît qu'un plus grand pourcentage de MG déclarant une formation complémentaire appartient au groupe « réalisateurs » (54,4%), viennent ensuite les « prescripteurs » (26,3%) et les « adresseurs » (21,4%) ($p < 0,05$).

Il en est de même concernant leur ressenti vis à vis d'un résultat anormal. Les MG ayant suivi une formation complémentaire (45 MG au total), quelle que soit leur pratique gynécologique, sont plus nombreux à déclarer avoir les connaissances suffisantes dans l'interprétation d'un résultat de FCU (64,4 % versus 35,6%). Cette différence statistiquement significative est retrouvée chez les « réalisateurs » comparée aux deux autres groupes.

De façon paradoxale, un petit nombre non significatif ($n=6$) de praticiens qui déclarent avoir à la fois suivi une formation complémentaire, et avoir les connaissances suffisantes dans l'interprétation d'un résultat de frottis, ne réalisent pas eux-mêmes les FCU.

c. Concernant la connaissance et l'application des recommandations de l'INCa

Bien qu'il existe, de façon attendue, une différence statistiquement significative entre les MG réalisant eux-mêmes les FCU et ceux adressant leur patiente quant au fait de déclarer être « au courant » de l'existence de recommandations émises par l'INCa devant une cytologie anormale, il n'en est pas de même au sein du groupe même des « réalisateurs ».

En effet, près de 40 % de ces MG déclarent ne pas être informés de ces recommandations. Et seulement 17 MG, soit 29,8 % les appliquent dans leur pratique quotidienne.

Dans le groupe des MG prescrivant le FCU sur ordonnance, les résultats vont dans le même sens dans la mesure où 63,2 % répondent ne pas être au courant, et seulement 1 MG les applique.

3) Les faiblesses de l'étude

a. Représentativité de la population d'étude

Le taux participation à l'étude était de 35,2%, représentant un faible pourcentage de la population cible. Ce faible taux de réponse rend l'échantillon non représentatif de la population des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

D'après les données du CNOM de 2018, [15] à l'échelle nationale les médecins généralistes sont 52,5% d'hommes et 47,5% de femmes, ce qui équivaut à un sex-ratio de 1,1.

Dans le département des Bouches-du-Rhône on compte parmi les médecins généralistes 51,1% d'hommes et 48,9% de femmes soit un sex-ratio de 1 [15]. Notre population d'étude comporte 39,8% de médecins hommes et 60,2% de femmes, soit un sex-ratio de 1,5.

L'âge moyen des médecins généralistes français est de 57,1 ans (54 ans pour les hommes et de 49 ans pour les femmes) [15]. Dans le département du 13, l'âge moyen est de 57,5 ans. Dans cette étude, l'âge moyen est de 43.5 ans.

Le pourcentage de médecins remplaçants thésés réguliers en France est estimé à 4,2% à l'échelle Nationale et à 3,7% dans les Bouches-du-Rhône. Dans cette étude, les MG remplaçants représentaient 17%.

b. Les biais de sélection

Ces biais sont liés à la sélection des sujets à étudier, ils peuvent conduire à ce que les sujets observés ne constituent pas un échantillon représentatif de la population cible de l'étude.

Le premier biais retrouvé dans cette étude est le *biais de recrutement*, lui-même directement lié au mode de diffusion du questionnaire. En effet, un accès à internet et une adresse de messagerie étaient nécessaires pour pouvoir répondre à ce questionnaire. D'ailleurs, initialement les médecins généralistes étaient contactés (directement ou par l'intermédiaire de leur secrétariat) par téléphone ; certains déclaraient ne pas être munis d'outil informatique professionnel pour recevoir le questionnaire.

Le second biais est le *biais de volontariat*. Les praticiens ayant répondu au questionnaire sont susceptibles d'être plus impliqués dans le suivi gynécologique, soit par la pratique du FCU soit par un intérêt à la spécialité elle-même. Dès la lecture de l'introduction du questionnaire, existe-t-il un intérêt pour l'activité gynécologique, les encourageant à participer davantage à cette étude ?

c. Les biais d'information

Étant donné que l'étude portait majoritairement sur les pratiques des médecins généralistes questionnés, il se pourrait que certaines déclarations puissent être faussées par peur du jugement. Il s'agit alors du *biais de prévarication*. Cependant, l'anonymat des réponses tendaient à éviter ce biais dans ce travail.

Le *biais de mémorisation* apparaît dans cette étude lorsqu'il s'agissait de donner le nombre des frottis réalisés en moyenne. Cette question a pu conduire à une sur ou sous-estimation du nombre de FCU réellement effectués.

4) Les forces de l'étude

a. Le taux de participation

Le taux de réponse s'élevant à plus d'un tiers, exactement 35,2%, semble satisfaisant même s'il ne correspond qu'à un faible pourcentage de la totalité des médecins généralistes et remplaçants thésés réguliers du département des Bouches-du-Rhône. Une analyse statistique a pu être appliquée convenablement.

b. L'élaboration du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire court, pouvant être rempli en 5 à 10 minutes par le médecin généraliste interrogé. Ce questionnaire ne comprenait que des questions courtes, fermées (hormis les commentaires libres en fin de questionnaire) à choix multiples. Ceci a probablement facilité son remplissage.

L'envoi du questionnaire via internet a été un choix permettant au praticien de le compléter à un moment opportun.

c. Données de la littérature

Durant la période de recherche bibliographique, peu d'études réalisées sur les pratiques des médecins généralistes ont été trouvées sur ce sujet précis.

En effet, une étude quantitative a été réalisée en Picardie en novembre 2015, laquelle permettait d'évaluer la prise en charge d'un résultat de FCU anormal par les médecins généralistes picards [26]. Il s'agissait alors d'une étude menée avant les dernières recommandations émises par l'INCa. Une autre étude, réalisée en février 2018, concernant la stratégie et la motivation des MG de l'Eure quant au dépistage du cancer du col de l'utérus n'explorait cependant pas la prise en charge devant un résultat de FCU anormal [27].

En revanche, beaucoup d'études ont été retrouvées concernant la mise en évidence des principaux freins à la réalisation des FCU en médecine générale.

Cette étude est donc novatrice dans ce domaine. L'abord quantitatif de ce sujet a paru judicieux du fait des possibilités limitées de réponses à la prise en charge d'un frottis anormal.

Par ailleurs, bien que la part des MG exerçant des frottis de dépistage semble difficile à estimer de manière exacte, l'Enquête Barométrique des médecins généralistes réalisée en 2010 et l'INCa déclarent que les médecins généralistes sont 51% à réaliser les FCU eux-mêmes [28]. Ce chiffre est relativement proche de celui constaté dans notre étude puisqu'ils sont 48,3% des MG interrogés à pratiquer les FCU.

Cependant, plusieurs études avaient retrouvé des chiffres supérieurs à ceux de notre étude : une enquête récente concernant le dépistage du cancer du col auprès des MG de l'EURE en février 2018 retrouvait un taux de 89,3% [27], une deuxième étude sur le suivi gynécologique par les médecins généralistes normands dirigée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie début 2017 révélait un taux de 88,3% [29], une troisième réalisée cette fois-ci en Bretagne témoignait d'un taux de 80% [30].

Cette différence peut s'expliquer, d'une part, probablement à l'élaboration du questionnaire incitant également les MG ne réalisant pas les FCU à participer également à l'étude. D'autre part, le département concerné par cette étude (les Bouches-du-Rhône) ne figure pas parmi les départements les plus concernés par la pénurie de gynécologues, contrairement aux régions ciblées dans les études décrites précédemment.

En outre, dans la littérature et selon les données épidémiologiques, le profil type du médecin qui réalise lui-même le frottis de ses patientes est une femme (67 %), de moins de 45 ans (57 %), travaillant en cabinet de groupe (57 %) [28]. Notre étude est en adéquation avec ces données révélant que ce sont les femmes de moins de 45 ans exerçant en cabinet de groupe qui réalisent le plus de frottis.

5) Perspectives

a. Démographie médicale des Bouches-du-Rhône

Au sein de la région PACA, le département des Bouches-du-Rhône est le département de la région possédant le plus grand nombre de médecins généralistes. Au 1^{er} janvier 2018, figuraient 3126 médecins généralistes en activité régulière soit une forte densité estimée à 154,5 médecins/100 000 habitants [15, 33].

A l'heure actuelle, et d'autant plus dans les prochaines années à venir, le médecin généraliste a une place centrale dans le système de soins, place qui se doit d'être légitime dans le suivi gynécologique des patients, notamment en matière de dépistage et de prévention.

Effectivement, plusieurs points clés semblent s'orienter en ce sens. D'une part, la démographie médicale gynécologique est en déclin avec une diminution nette du nombre de gynécologues médicaux prévue dans les prochaines années, étant donné la pyramide des âges [33] et une diminution des postes ouverts aux internes lors de l'épreuve classante nationale [34].

D'autre part, le CNGOF évoque ne pas pouvoir satisfaire l'ensemble des patientes sur des sujets tels que les problèmes de contraception, les traitements hormonaux de la ménopause et notamment les examens systématiques de dépistage [35] dont celui du cancer du col de l'utérus (FCU).

Le médecin généraliste a ainsi tout à fait sa place dans la prise en charge du dépistage du cancer du col utérin. De cette manière, il peut en résulter une augmentation de la pratique gynécologique plus approfondie et de la fréquence de réalisation des frottis par les MG.

Parallèlement, en se focalisant sur la démographie médicale, et particulièrement sur le mode d'exercice en médecine, une autre perspective est à souligner.

En effet, au vu des résultats de cette étude et des données épidémiologiques, l'exercice en cabinet de groupe est privilégié. Ainsi, les médecins généralistes cherchent de plus en plus une installation en cabinet de groupe et les centres de santé se développent de manière considérable sur l'ensemble du territoire.

Ceci suggère alors une augmentation du travail en équipe pluridisciplinaire, motivant le développement des pratiques gynécologiques des MG : se sentiraient-ils plus rassurés et conseillés devant un résultat de FCU anormal s'ils peuvent se concerter avec un spécialiste au sein même de leur structure ?

La réponse semblerait probablement favorable puisque des études ont montré que les MG s'adressent directement (contact téléphonique, contact physique...) avec un de leur confrère gynécologue [26, 27].

b. Dépistage organisé

Lors d'un dépistage individuel, la population est recrutée lors d'un recours aux soins, c'est-à-dire lors d'une consultation médicale, d'une hospitalisation, d'une visite en médecine du travail...

Quant au dépistage organisé en général, il est proposé systématiquement à l'ensemble de la population sur la base du volontariat. Cependant, il s'inscrit dans une politique de dépistage précise, avec des tranches d'âge, des fréquences et des procédures.

Le dépistage organisé confère, comme l'indiquent les études européennes et mondiales, une meilleure couverture de la population féminine quant au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Se pose ici la question de l'existence ou non d'un lien favorable entre dépistage organisé et connaissances et applications des dernières recommandations.

Dans le monde, les pays ayant mis en place le dépistage organisé sont : le Canada, la Finlande, le Royaume-Uni, l'Islande ; l'Irlande et les Pays-Bas.

En France, l'Isère, le Haut-Rhin, le Doubs et la Martinique sont les cinq départements qui expérimentent depuis les années 1990 un dispositif ce type de dépistage, avec son propre mode d'organisation chacun. 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 étaient en faveur d'une augmentation globale de la couverture de dépistage mais 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 [12].

En 2010, une organisation au dépistage selon un cahier des charges commun et national établi en 2005 [39] 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 [17].

Du côté des patientes, il semblerait que ces dernières soient favorables à la mise en place d'un dépistage organisé dans la mesure où cela faciliterait leur observance et permettrait, en parallèle, une meilleure formation pratique et théorique des médecins [40].

Le 3ème plan cancer instauré en 2014 par le gouvernement 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 [17].

Le ministère de la Santé a annoncé (arrêté du 04/05/2018 paru au Journal Officiel du 06/05/2018 ; article L.1411-6 du code de la santé publique) la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [41]. L'ensemble des femmes bénéficiera désormais d'un remboursement à 100% par l'Assurance Maladie.

Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les examens de dépistage seront constitués par un examen cytopathologique de dépistage de prélèvement du col de l'utérus, y compris en phase liquide. Ce dépistage organisé ciblera les femmes qui n'auront pas eu de traces de remboursement d'examens par l'Assurance Maladie dans les trois dernières années entre 25 et 65 ans conformément aux recommandations de l'INCa.

Un cahier des charges précise les conditions d'organisation de ce dépistage.

Le dépistage concerne toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans inclus, ayant ou ayant eu des rapports sexuels. Le programme s'attache ainsi particulièrement à faire entrer les femmes n'ayant pas eu de frottis cervico-utérins (FCU) depuis 3 ans. Les femmes enceintes sont également concernées ; c'est parfois la seule période où elles peuvent bénéficier facilement d'un frottis.

Les femmes ayant eu un frottis anormal dans leurs antécédents, les femmes suspectes de cancer à l'examen clinique, les femmes sans antécédent de rapport sexuel et les femmes ayant subi une hystérectomie totale pour raison autre que cervicale sont exclues de ce programme.

Ces différents points évoqués suggèrent que 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.

L'un des intérêts majeurs du dépistage organisé est l'assurance qualité qui est un objectif important. L'assurance qualité se situe à tous les niveaux : la qualité du prélèvement, la qualité de l'interprétation, la qualité du suivi.

c. Formation médicale continue

i. *Évaluation des pratiques professionnelles*

Parmi les missions attribuées aux médecins généralistes selon l'article L4130-1 de la loi du 21 juillet 2009 [36], y figure celle de « contribuer aux actions de prévention et de dépistage ».

Les techniques médicales et les connaissances dans le milieu médical ne cessant de progresser au fil du temps, les professionnels de santé doivent donc continuellement mettre à jour leurs connaissances et s'adapter aux modifications des recommandations, notamment celles de la Haute Autorité de Santé.

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 [37].

Le décret n°2005-346 du 15 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques 47 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 » [38].

La mise en place de groupes d'échanges 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.

ii. *Coordination des soins*

Afin de permettre une coordination des soins entre les deux spécialités, celle de médecine générale et celle de gynécologie, des formations communes pourraient être une des solutions. Certaines villes des Bouches-du-Rhône proposent ainsi des « rencontres » orientées sur des problématiques précises quant au vaste sujet qu'est la gynécologie, réunissant à la fois (sur la base du volontariat) des médecins généralistes et des gynécologues exerçant principalement en établissements hospitaliers. Cependant, la mise en place de ces formations groupées est difficile quant à la charge de travail qui incombe aux médecins des deux spécialités.

iii. *Journée dédiée au FCU*

L'URPS ML PACA propose une journée de formation uniquement dédiée au FCU. Il s'agit d'une formation conçue avec les URPS Sages-femmes et Biologistes et le Collège de Gynécologie Médicale Marseille Provence sous contrôle d'un conseil scientifique (Pr Xavier Carcopino, le Collège de Gynécologie Médicale Marseille Provence et l'URPS Médecins Libéraux PACA).

Celle-ci propose une mise à jour des connaissances concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus.

En effet, cette journée s'adresse aux médecins généralistes réalisant déjà des FCU dans leur pratique et souhaitant se mettre à jour des recommandations de l'INCa dans le but d'informer leurs patients sur la signification des résultats et les examens complémentaires à effectuer tout en évitant des explorations inutiles.

Elle s'adresse également aux médecins généralistes souhaitant réaliser eux-mêmes les FCU ou encore se renseigner simplement sur cet acte de prévention.

Cette journée est indemnisable à hauteur de 345 euros directement par l'URPS de la région concernée. Les premières journées de formation, animées par un médecin généraliste et un gynécologue, ont eu lieu à partir du début de l'été 2018. Pour exemple, une journée a eu lieu le 7 juillet 2018 à Marseille (pour le département du 13) ; des formations seront proposées dans l'ensemble des départements de la région d'ici la fin d'année 2018. Il faut également souligner que cette dernière est directement visualisable sur l'accueil du site internet www.urps-ml-paca.org [42].

Cette journée paraît être incontestablement une avancée dans le domaine de la formation en gynécologie d'autant que l'URPS ML PACA évoque sa mise en place suite à une expérience enrichissante concernant les précédentes formations au dépistage des cancers menés entre 2014 et 2016 auxquelles les MG y avaient largement participé.

Pourrait-on espérer ainsi un changement des pratiques à court terme, se basant sur les dernières recommandations de l'INCa, quant à la lecture d'un résultat anormal par le MG ?

D'éventuelles études futures, posant une problématique similaire à cette thèse, pourraient être intéressantes entre deux et cinq ans.

iiii Une formation plus poussée

La « jeune » génération médicale issue des dernières épreuves classantes nationales dit se sentir plus à l'aise avec la spécialité gynécologique [34].

D'une part, les stages en gynécologie-obstétrique ou gynécologie médicale sont intégrées à la formation de l'interne en médecine générale et sont une étape obligatoire pour valider leur DES de Médecine Générale.

La réforme du troisième cycle des études médicales, éditée par l'ISNAR-IMG en avril 2017, et tirée du décret du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation, énonce des points importants quant à la maquette de Médecine Générale. L'ancienne maquette, destinée aux internes en cours de cursus avant 2017, proposait au cours des 6 semestres d'internat, un stage couplé pédiatrie/gynécologie. Malgré cela, tous les internes ne pouvaient accéder à ce stage couplé et certains effectuaient même un stage de pédiatrie pendant 6 mois consécutifs sans pouvoir accéder à un service de gynécologie en hospitalier ou en ambulatoire.

La réforme a donc permis de voir apparaître une nouvelle maquette rendant obligatoire à la fois un stage en « Santé de la Femme » et un autre en « Santé de l'enfant » sur deux semestres bien distincts pendant la phase dite « phase d'approfondissement » [Annexe 4].

Bien que l'ISNAR-IMG affirme que les stages en « Santé de la femme » interviendront de préférence en ambulatoire, l'exercice hospitalier des internes est majoritaire versus la pratique en ambulatoire. Il serait intéressant d'augmenter les possibilités de stages en ambulatoire dans la mesure où ceux-ci se rapprochent le plus de la quasi globalité de la future pratique des médecins en devenir.

D'autre part, de nombreuses formations complémentaires en gynécologie, incluant à la fois des activités théoriques et pratiques sont proposées et disponibles dès l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale.

Il s'agit notamment du DIU « Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour le médecin généraliste » dont l'objectif principal est de compléter et adapter leur formation initiale effectuée au cours des études médicales et ainsi donner une réelle compétence dans le domaine de la prévention et du dépistage dans ce domaine.

d. Aide de l'anatomo-cyto-pathologiste

La lecture des FCU s'effectue par les anatomopathologistes. Les résultats doivent être absolument exprimés selon la classification Bethesda 2001 [Annexe 5].

La terminologie du système Bethesda a pour objectif la standardisation de la pratique et de l'interprétation du FCU de dépistage. Les différentes définitions permettent une meilleure harmonisation et une meilleure reproductibilité de la pratique et de l'interprétation des frottis. Ce système constitue actuellement la méthode de référence.

Les notes et recommandations que les praticiens peuvent lire à la fin du compte-rendu d'anatomopathologie sont optionnelles : elles se doivent d'être concises et formulées en terme de suggestions en s'appuyant sur des références.

L'étude réalisée par Marjorie LEDOUX sur la prise en charge d'un frottis cervico-utérin anormal par les médecins généralistes picards en novembre 2015, a montré que 65,56% des médecins répondants déclaraient ne pas recevoir de conduite à tenir dans les comptes-rendus anatomopathologiques et 70,48% d'entre eux disaient que cette démarche pourrait leur être utile pour la suite de leur prise en charge [27].

Les commentaires laissés à la fin du questionnaire de cette étude semblent dans la même optique, étant donné que les MG trouvaient les suggestions énoncées par l'anatomopathologiste sur le compte-rendu propices à une meilleure prise en charge ultérieure.

D'ailleurs, le plan cancer 2014-2019, par l'intermédiaire du cahier des charges de 2005, cité précédemment, avait pour intention de faciliter la prise en charge des frottis anormaux par les médecins généralistes en demandant à ce que l'interprétation d'un frottis soit accompagnée des recommandations à jour.

V. CONCLUSION

Cette présente étude nous confirme que la pratique de la gynécologie fait partie intégrante de l'activité de médecine générale, en matière de prévention et de dépistage, notamment concernant le cancer du col de l'utérus.

Cependant, cette dernière met en évidence le fait que les connaissances des médecins généralistes sur les dernières recommandations publiées par l'INCa en décembre 2016 ne sont pas optimales puisqu'une proportion non négligeable, même ceux réalisant les FCU, déclarent ne pas être au courant de celles-ci ; impactant ainsi sur la prise en charge devant un résultat anormal.

Notamment, par exemple, avec la répétition d'un FCU de contrôle à 6 mois devant un résultat ASC-US par certains MG, devenue non recommandée et inutile en première intention.

De cette étude, nous pouvons également souligner que la réalisation du test HPV devant un résultat de FCU ASC-US quel que soit l'âge de la patiente reste médiocre pour l'ensemble de la population étudiée mais est relativement bien maîtrisé par les MG réalisant eux-mêmes les FCU, de manière régulière (au moins un à trois par mois), et ayant connaissance des recommandations INCa. La prise en charge en colposcopie d'emblée devant une cytologie anormale type LSIL, ASC-H ou HSIL est, quant à elle, bien connue par l'ensemble des MG. Parallèlement, la prise en charge des frottis AGC est mal assimilée par la population étudiée ainsi que la possibilité de réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67 (en option en cas de FCU ASC-US <30 ans ou LSIL) n'est quasiment jamais appliquée.

Par ailleurs, en ressort le fait que les recommandations INCa de décembre 2016 ont permis, pour les médecins généralistes les ayant découvertes principalement par le biais d'un congrès national, d'une journée de formation dédiée ou encore d'un DPC, une simplification de la prise en charge des frottis anormaux et ainsi un impact, plus ou moins réel, sur leur pratique.

A travers les objectifs du programme national de dépistage organisé inclus dans le plan Cancer 2014-2019 et au vu des courbes de démographie médicale, les médecins généralistes sont amenés au fil des années, avec leurs confrères gynécologues et les sages-femmes, à en réaliser et en interpréter davantage. La pénurie annoncée des gynécologues médicaux et la féminisation de la profession semblent être deux facteurs prédisposant à accroître la place du MG en termes de suivi gynécologique et de soins primaires.

Un envoi systématique, par le laboratoire d'analyses, au médecin généraliste des résultats de chaque FCU, même s'il n'en est pas le prescripteur, pourrait permettre une meilleure implication des MG et une motivation à se former. En effet, le MG occupe une place centrale dans la prévention et le dépistage de leur patientèle et doit se positionner en tant de coordinateur de soins.

L'anatomopathologiste joue un rôle majeur, en plus de celui d'interpréter les résultats de FCU selon la classification Bethesda, dans la prise en charge des frottis anormaux : leur suggestions ou notes quant à la conduite à tenir apparaissant sur les comptes-rendus sont une véritable aide pour les MG. Celles-ci ne sont qu'optionnelles mais paraissent nécessaires pour une meilleure prise en charge.

Finalement, la formation des MG, par l'intermédiaire à la fois de la formation universitaire, de la formation médicale continue ou encore de l'EPP, a bien évolué au cours de ces dernières années mais peut être améliorée car demeure essentielle à l'encadrement autour du dépistage du cancer du col de l'utérus en France.

VI. Références bibliographiques

- [1] Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 15 déc 2010;127(12):2893-917.
- [2] Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. :80. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.
- [3] Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff A-S, Remontet L, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique*. Avr 2014;62(2):95-108.
- [4] IARC. IARC handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening. Lyon : IARC Press, 2005.
- [5] Prétet J-L, Jacquard A-C, Carcopino X, Charlot J-F, Bouhour D, Kantelip B, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDITH study. *Int J Cancer*. 15 janv 2008;122(2):428-32.
- [6] Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff AS. Cervico-uterine pathology: screening and surveillance of precancerous and cancerous lesions. *Bull* .
- [7] HCSP, « Place du vaccin Gardasil 9 dans la prévention des infections papillomavirus humains ». Rapport, Février 2017.
- [8] Traut HF, Papanicolaou GN. Cancer of the Uterus: The Vaginal Smear in Its Diagnosis. *Cal West Med*. Août 1943;59(2):121-2.
- [9] Institut National du Cancer, état des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. 2007.

[10] Siebers AG, Klinkhamer PJJM, Grefte JMM, Massuger LFAG, Vedder JEM, Beijers-Broos A, et al. Comparison of liquid-based cytology with conventional cytology for detection of cervical cancer precursors: a randomized controlled trial. JAMA. 28 oct 2009;302(16):1757-64.

[11] Méréa E, Le Galès C, Cochand-Priollet B, Cartier I, de Crémoux P, Vacher-Lavenu MC, et al. Cost of screening for cancerous and precancerous lesions of the cervix. Diagn Cytopathol. oct 2002;27(4):251-7.

[12] HAS. Haute Autorité de Santé, état des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010.

[13] Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. Bol Oficina Sanit Panam. Oct 1968;65(4):281-393.

[14] Code de santé publique. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.

[15] L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

[16] Beltzer N, Hamers FF, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ; (2-3):26-31.

[17] Plan Cancer 2014-2019 – Institut National du cancer (INCa). Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>.

- [18] Gök M, Heideman DAM, van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JWM, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ*. 11 mars 2010;340:c1040.
- [19] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Observatoire régional de santé (Provence-Alpes-Côte d'Azur). Baromètre cancer 2005. Saint-Denis: Éd. INPES; 2006.
- [20] Fromont E. Prévalence des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
- [21] Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale. BVA - Sondages : Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique.
- [22] Haute Autorité de Santé - Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002 (recommandations ANAES 2002).
- [23] Gondry J, Muszynski C, Chevreau J. What to do after an abnormal abnormal Pap smear test result? *La Revue du praticien*. 1 juin 2014;64:786-8.
- [24] Martin-Hirsch P, Rash B, Martin A, Standaert B. Management of women with abnormal cervical cytology: treatment patterns and associated costs in England and Wales. *BJOG*. Avr 2007;114(4):408-15.
- [25] Shoji T, Takatori E, Takeuchi S, Yoshizaki A, Uesugi N, Sugai T, et al. Clinical significance of atypical glandular cells in the Bethesda system 2001 : a comparison with the histopathological diagnosis of surgically resected specimens. *Cancer Invest*. Mai 2014; 32(4):105-9.
- [26] Ledoux M. Evaluation de la prise en charge d'un frottis cervico-utérin anormal par les médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie Jules Verne; 2015.

[27] Couturier A. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale : stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2018.

[28] Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers : résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA, septembre 2010.

[29] URML Normandie. Suivi gynécologique par les médecins généralistes: un rôle à défendre pour le médecin généraliste ?

[30] Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne, Summary. Santé Publique. 2005;17(1):109-19.

[31] Ahmad F, Stewart DE, Cameron JI, Hyman I. Rural physicians' perspectives on cervical and breast cancer screening: a gender-based analysis. J Womens Health Gend Based Med. Mars 2001;10(2):201-8.

[32] Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. 2009;48. Ministère des Solidarités et de la Santé.

[33] Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>

[34] Nombre de Postes et Rangs pour l'examen national classant (ENC) 2018 [Internet]. Remede.org. Disponible sur: <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>

[35] CNGO. Gynécologie et Santé de la Femme. L'offre de soins 2. Les acteurs. Le gynécologue [Internet].

[36] Code de la santé publique. Article L4130 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

[37] Code de la santé publique. Article L4133-1 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.

[38] Code de la santé publique. Article D4133-0-1 du Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. 2005-346 avr 14, 2005.

[39] Direction générale de la santé – Groupe technique national sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. DGS. Paris, 2006.

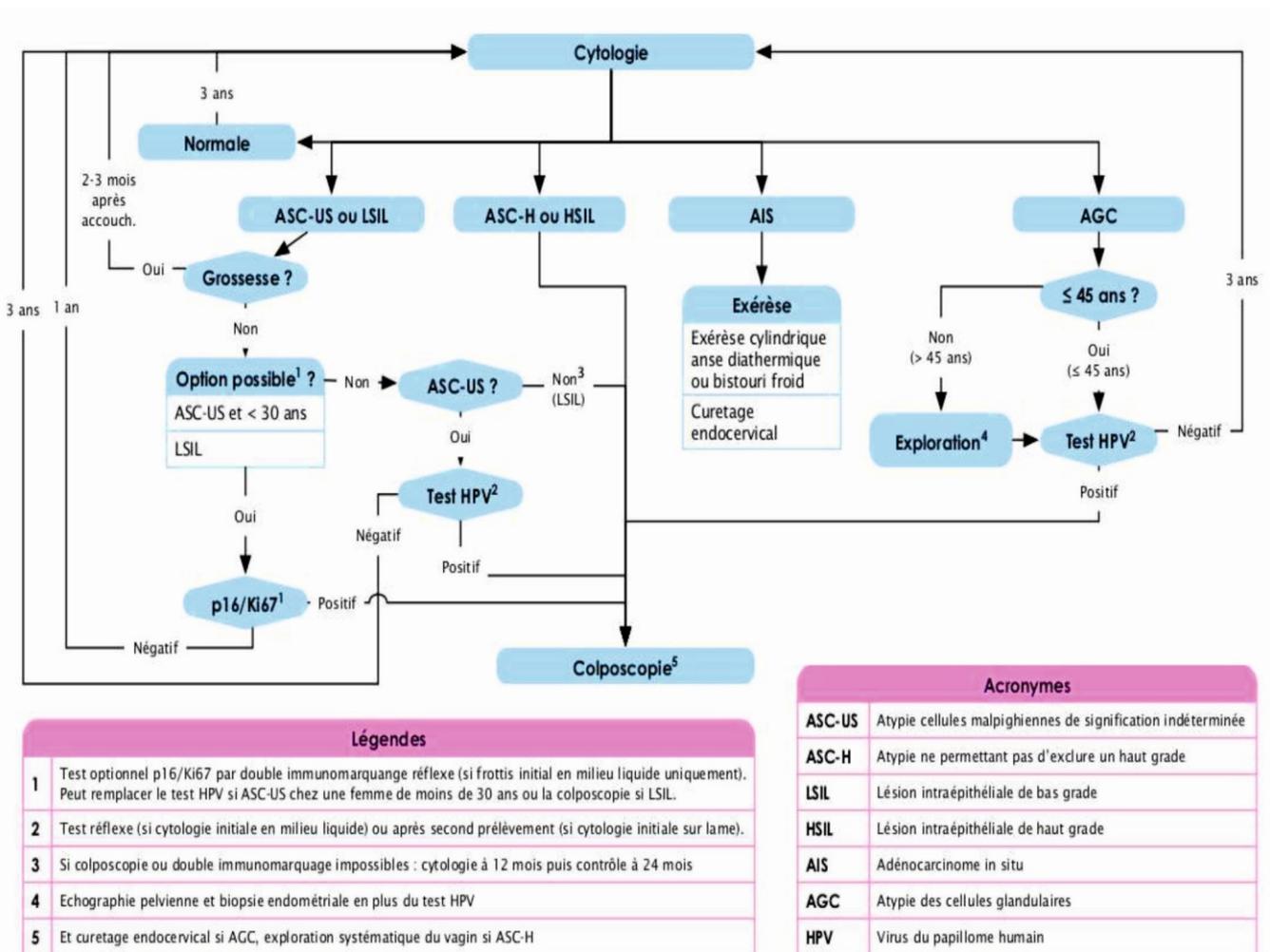
[40] Caballero M-A. Impact du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin sur les pratiques des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.

[41] Code de la santé publique - Article L1411-6. Code de la santé publique. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

[42] Accueil - URPS Médecins Libéraux PACA [Internet]. Disponible sur : <http://www.urps-ml-paca.org/>

VII. ANNEXES

Annexe 1 (Arbre décisionnel devant un résultat de FCU anormal)



T. Linet et le collectif Formagyn d'après INCa 2016 - Version 2017.3

Annexe 2 (questionnaire)

Pratique des médecins généralistes devant un résultat de frottis cervico-utérin anormal

PARTIE 1 : A propos de vous...

1. Etes-vous ? *(une seule réponse possible)*

- Un homme
- Une femme

2. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ? *(une seule réponse possible)*

- 25-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- > 65 ans

3. Vous exercez à titre ?

- Libéral
- Salarié
- Mixte
- En cabinet de groupe
- En cabinet seul

4. Avez-vous suivi une formation spécifique en gynécologie au cours de votre cursus ? *(une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

5. Concernant le frottis cervico-utérin, quelle est votre pratique la plus fréquente ?
(une seule réponse possible)

- Vous ne le réalisez pas et adressez la patiente au gynécologue
- Vous prescrivez le FCU sur ordonnance et adressez la patiente à un laboratoire d'analyses
- Vous réalisez vous-même les FCU

6. Pensez-vous avoir les connaissances suffisantes dans l'interprétation d'un résultat de FCU (quelque soit le résultat, et quelque soit votre pratique concernant cet acte) ?

(une seule réponse possible)

- Oui
- Non

PARTIE 2 : A propos du résultat d'un FCU...

7. Quelle prise en charge proposeriez-vous à une femme de 25 ans ayant un frottis ASC-US ? *(une seule réponse possible)*

- FCU à 6 mois et réalisation d'une colposcopie si le frottis est à nouveau anormal
- Test HPV
- Double immunomarquage p16/ki67
- Recours au spécialiste avec colposcopie d'emblée
- Vous ne savez pas

8. Quelle prise en charge proposeriez-vous à une femme de 38 ans ayant un frottis ASC-US ? *(une seule réponse possible)*

- FCU à 6 mois et réalisation d'une colposcopie si le frottis est à nouveau anormal
- Test HPV
- Double immunomarquage p16/ki67
- Recours au spécialiste avec colposcopie d'emblée
- Vous ne savez pas

9. Quelle prise en charge proposeriez-vous à une femme de 35 ans ayant un frottis LSIL (Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade) ? *(une seule réponse possible)*

- FCU à 6 mois et réalisation d'une colposcopie si le frottis est à nouveau anormal
- Test HPV
- Double immunomarquage p16/ki67
- Recours au spécialiste avec colposcopie d'emblée
- Vous ne savez pas

10. Quelle prise en charge proposeriez-vous à une femme ayant un frottis ASC-H (Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade) ? *(une seule réponse possible)*

- FCU à 6 mois et réalisation d'une colposcopie si le frottis est à nouveau anormal
- Test HPV
- Double immunomarquage p16/ki67
- Recours au spécialiste avec colposcopie d'emblée
- Vous ne savez pas

11. Quelle prise en charge proposeriez-vous à une femme de 35 ans ayant un frottis AGC (Atypie des Cellules Glandulaires) ? *(une seule réponse possible)*

- FCU à 6 mois et réalisation d'une colposcopie si le frottis est à nouveau anormal
- Test HPV
- Double immunomarquage p16/ki67
- Recours au spécialiste avec colposcopie d'emblée
- Recours au spécialiste avec exploration endo-utérine
- Vous ne savez pas

12. Quelle prise en charge proposeriez-vous à une femme de ayant un frottis HSIL (Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade) ? *(une seule réponse possible)*

- FCU à 6 mois et réalisation d'une colposcopie si le frottis est à nouveau anormal
- Test HPV
- Double immunomarquage p16/ki67
- Recours au spécialiste avec colposcopie d'emblée
- Vous ne savez pas

13. Actuellement, dans votre pratique courante, vous demandez la réalisation d'un test HPV : *(plusieurs réponses possibles)*

- Après un frottis ASC-US et ce quelque soit l'âge de la patiente
- Après un frottis ASC-US uniquement chez la femme de plus de 30 ans
- Après un frottis ASC-H

- Après un frottis LSIL
- Après un frottis AGC
- Après un frottis HSIL
- Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à la place du frottis
- Vous ne demandez jamais la réalisation d'un test HPV

14. Actuellement, dans votre pratique courante, vous demandez la réalisation d'un test HPV : *(plusieurs réponses possibles)*

- Après un frottis ASC-US et ce quelque soit l'âge de la patiente
- Après un frottis ASC-US uniquement chez la femme de moins de 30 ans
- Après un frottis ASC-H
- Après un frottis LSIL
- Après un frottis AGC
- Après un frottis HSIL
- Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à la place du frottis
- Vous ne demandez jamais la réalisation d'un test HPV

PARTIE 3 : A propos des recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa) de décembre 2016...

15. Vous concernant : *(une seule réponse possible)*

- vous n'étiez pas au courant que des nouvelles recommandations concernant la prise en charge du FCU anormal ont été publiées
- Vous êtes au courant que des nouvelles recommandations concernant la prise en charge du FCU anormal ont été publiées mais vous n'avez pas encore eu le temps de les consulter
- Vous êtes au courant que des nouvelles recommandations concernant la prise en charge du FCU anormal ont été publiées et vous les connaissez mais ne les appliquez pas encore
- Vous êtes au courant que des nouvelles recommandations concernant la prise en charge du FCU anormal ont été publiées et vous les appliquez

16. Par quel moyen avez-vous découvert ces nouvelles recommandations INCa : *(une seule réponse possible)*

- Vous êtes allés les consulter directement sur le site
- Lors de la participation à un DPC dédié
- Lors de la participation à un congrès national
- A la lecture d'une newsletter
- Autre

17. Globalement, vous diriez de ces recommandations : *(une seule réponse possible)*

- qu'elles ont simplifié la prise en charge
- qu'elles ont compliqué la prise en charge
- qu'elles n'ont rien apporté de plus

18. De manière générale, quel est votre sentiment par rapport à la publication des nouvelles recommandations pour la prise en charge d'un FCU anormal par l'INCa ?

(une seule réponse possible)

- Ces recommandations n'ont eu aucune influence sur votre pratique
- Ces recommandations n'ont eu qu'un impact très limité sur votre pratique
- Ces recommandations ont eu un impact réel
- Ces recommandations ont totalement changé votre pratique

PARTIE INTERMEDIAIRE : Si vous prescrivez le FCU sur ordonnance...

19. Combien en prescrivez-vous en moyenne ? *(une seule réponse possible)*

- Plusieurs par semaine
- Un par semaine
- Un à trois par mois
- Quelques uns par an

20. Quelle est votre pratique actuelle dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Vous ne prescrivez des frottis qu'aux femmes ayant entre 25 et 65 ans
- Vous prescrivez des frottis aux femmes ayant moins de 25 ans
- Vous continuez à faire des frottis après 65 ans
- Vous prescrivez des frottis tous les 3 ans
- Vous prescrivez des frottis tous les ans ou +

PARTIE INTERMEDIAIRE : Si vous réalisez vous-même les FCU...

21. Combien en prescrivez-vous en moyenne ? *(une seule réponse possible)*

- Plusieurs par semaine
- Un par semaine
- Un à trois par mois
- Quelques uns par an

22. Quelle est votre pratique actuelle dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Vous ne prescrivez des frottis qu'aux femmes ayant entre 25 et 65 ans
- Vous prescrivez des frottis aux femmes ayant moins de 25 ans
- Vous continuez à faire des frottis après 65 ans
- Vous prescrivez des frottis tous les 3 ans
- Vous prescrivez des frottis tous les ans ou +

23. Quelle technique utilisez-vous ? *(une seule réponse possible)*

- Vous ne réalisez que des frottis conventionnels (sur lame)
- Vous ne réalisez que des frottis en phase liquide
- Vous ne réalisez des frottis en phase liquide que dans certains cas
- Vous n'avez fait aucun choix et suivez la technique d'analyse utilisé par le laboratoire avec lequel vous travaillez

24. Commentaire libres :

25. Inscrivez votre adresse si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude / les recommandations de l'INCa :

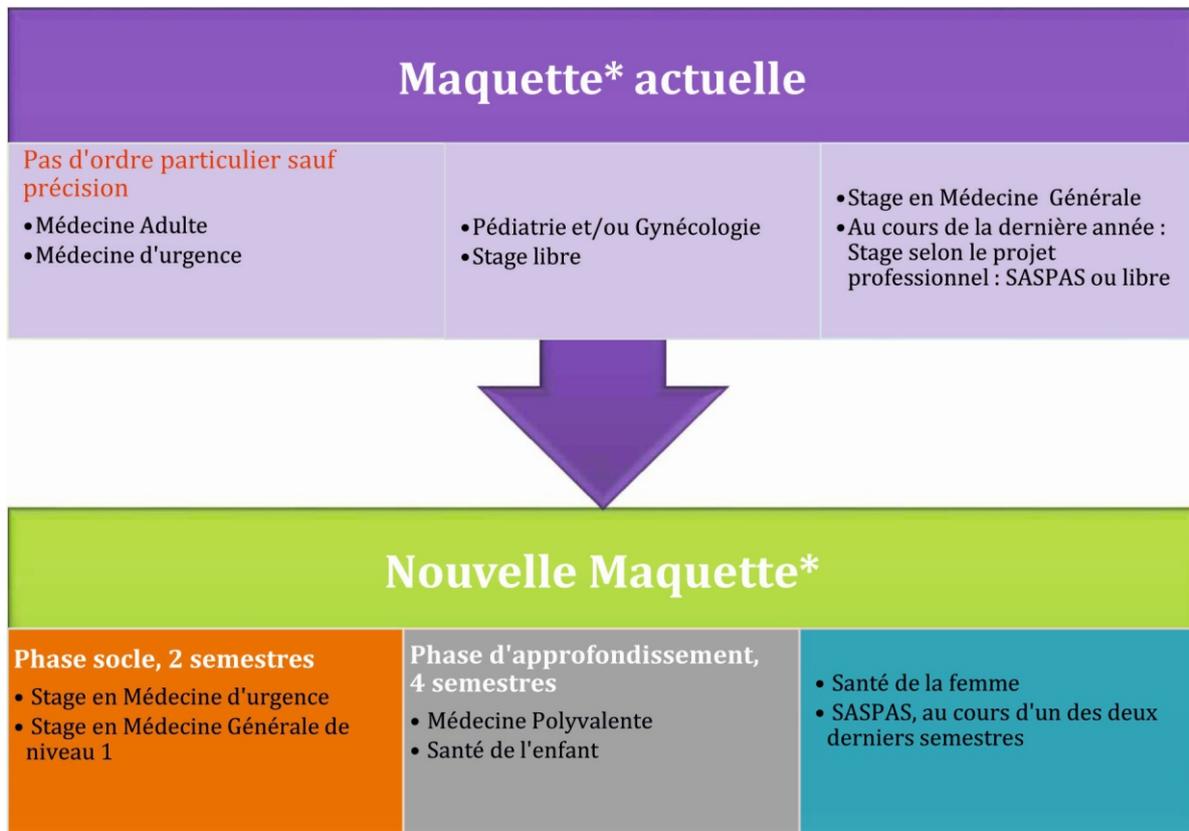
Annexe 3 (introduction explicative)

« Interne en dernière année de Médecine Générale, je réalise actuellement ma thèse sous la direction du Dr Hélène PICLET, sur la pratique des médecins généralistes installés et remplaçants thésés des Bouches-du-Rhône, devant un résultat de frottis cervico-utérin (FCU) anormal. Il s'agit d'une étude quantitative. Ce questionnaire a pour but d'évaluer comment les nouvelles recommandations de décembre 2016 par l'INCa sur la prise en charge des FCU ont été reçues par les médecins généralistes, en quoi elles ont modifié leur pratique et comment elles sont appliquées.

Le succès de ce travail repose sur un taux de participation maximale, vos réponses restent anonymes.

Je vous remercie par avance de prendre quelques minutes pour compléter le questionnaire ci-joint. »

Annexe 4 (maquette illustrant la réforme du troisième cycle des études médicales)



Annexe 5 (Classification Bethesda 2001)

Synthèse du système Bethesda 2001		
<p>Qualité du prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaisant pour l'évaluation des anomalies épithéliales. • Non satisfaisant pour évaluation 	<p>Autres (liste non limitative)</p> <p>Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus (préciser l'absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité)</p>	<p>faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome malpighien
<p>Interprétation des résultats</p> <p>Absence de lésion intra-épithéliale ou de malignité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préciser la présence de micro-organismes : <ul style="list-style-type: none"> – <i>Trichomonas vaginalis</i> – éléments mycéliens, par exemple évoquant le <i>Candida</i> – anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne – bactéries de type <i>Actinomyces</i> – modifications cellulaires évoquant un <i>Herpes simplex</i> • Préciser la présence d'autres modifications non néoplasiques : <ul style="list-style-type: none"> – modifications réactionnelles : inflammation, irradiation ou présence d'un dispositif intra-utérin – présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie – atrophie 	<p>Anomalies des cellules malpighiennes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atypies des cellules épithéliales (ASC) <ul style="list-style-type: none"> – 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 <ul style="list-style-type: none"> – le cas échéant, présence d'éléments 	<p>Anomalies des cellules glandulaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atypies des cellules glandulaires (AGC) : <ul style="list-style-type: none"> – endocervicales (sans autre indication [SAI] ou commenter) – endométriales (SAI ou commenter) ou – sans autre indication • Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : <ul style="list-style-type: none"> – endocervicales ou – sans autre indication • Adénocarcinome endocervical in situ (AIS) • Adénocarcinome : endocervical, endométrial, extra-utérin <p>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.</p>

VIII. ABREVIATIONS

- AGC** : Atypical glandular cells (Atypies des cellules glandulaires)
- AIS** : Endocervical adenocarcinoma in situ (Adénocarcinome endocervical in situ)
- ASC-H** : Atypical squamous cells that cannot exclude HSIL (Cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'éliminer une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)
- ASC-US** : Atypical squamous cells of undetermined significance (Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée)
- CNGOF** : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
- DES** : Diplôme des Etudes Supérieures
- DPC** : Développement Professionnel Continu
- EPP** : Évaluation des Pratiques Professionnelles
- FCU** : Frottis cervico-utérin
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique
- HPV** : Papillomavirus Humain
- HSIL** : High-grade squamous intraepithelial lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)
- INCa** : Institut National du Cancer
- InVs** : Institut de Veille Sanitaire
- IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- LSIL** : Low-grade squamous intraepithelial lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade)
- SUDoc** : Système Universitaire de Documentation
- URPS-ML** : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Pratique des médecins généralistes devant un frottis cervico-utérin anormal : Etat des lieux et évaluation de l'utilisation des recommandations INCa de décembre 2016 auprès des médecins généralistes des Bouches du Rhône.

RESUME

Introduction : En France, le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique majeur avec 3000 nouveaux cas et près de 1100 décès par an. Les médecins généralistes tiennent un rôle central dans la prévention et le dépistage des cancers du col utérin et des lésions précancéreuses, notamment par la réalisation et l'interprétation du frottis cervico-utérin (FCU), examen de dépistage de référence. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge des FCU anormaux en médecine générale en comparaison aux dernières recommandations publiées par l'INCa en décembre 2016.

Matériel et Méthode : Cette étude quantitative observationnelle, descriptive et transversale a été élaborée à partir d'un questionnaire envoyé à 341 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

Résultats : 118 questionnaires exploitables ont été recueillis entre mars et juillet 2018. Concernant leur pratique, 48.3% réalisaient eux-mêmes les FCU, 16.1% le prescrivaient sur ordonnance et 35.6% adressaient leur patiente vers un gynécologue. L'étude révèle que ce sont les femmes de moins de 45 ans exerçant en cabinet de groupe qui réalisent le plus de frottis. 35.6% proposaient la réalisation du test HPV devant un frottis ASC-US chez la femme < 30 ans et 33.9% chez la femme > 30 ans ; respectivement 62.7%, 73.7% et 84.7% proposaient une colposcopie d'emblée devant une cytologie anormale type LSIL, ASC-H ou HSIL. La conduite à tenir devant des frottis AGC est mal connue par la population étudiée et la réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67 n'est quasiment jamais appliquée. 55,1% des répondants n'étaient pas au courant des dernières recommandations publiées. Sur les 22.1% les ayant découvert par différents moyens, majoritairement lors d'un congrès national ou DPC dédié, 73,1% des MG déclaraient que ces recommandations simplifiaient la prise en charge.

Conclusion : La connaissance des médecins généralistes sur les dernières recommandations publiées par l'INCa en décembre 2016 n'est pas optimale. Les courbes de démographie médicale vont amener les médecins généralistes à en réaliser et donc en interpréter davantage. Les réformes universitaires et la formation médicale continue, à travers l'évaluation des pratiques professionnelles, ont évolué récemment et restent à améliorer car elles demeurent la clé d'une prise en charge optimale et de qualité autour du dépistage du cancer du col utérin en médecine générale. Avec pour objectif une assurance qualité indispensable, la mise en place du dépistage organisé présente un intérêt majeur.

Mots clés : médecine générale, dépistage, cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérin, recommandations, INCa 2016.