



HAL
open science

Réalisation du frottis cervico-utérin de rattrapage pendant la grossesse : profil des patientes concernées et informations reçues à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus : étude observationnelle multicentrique dans le département des Alpes-Maritimes

Marjorie Moussier

► **To cite this version:**

Marjorie Moussier. Réalisation du frottis cervico-utérin de rattrapage pendant la grossesse : profil des patientes concernées et informations reçues à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus : étude observationnelle multicentrique dans le département des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271416

HAL Id: dumas-02271416

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271416v1>

Submitted on 26 Aug 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.

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

**Réalisation du frottis cervico-utérin de rattrapage pendant la grossesse :
Profil des patientes concernées et informations reçues
à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus.**

Étude observationnelle multicentrique dans le département des Alpes-Maritimes.

Marjorie Moussier

Née le 4 décembre 1995

A Annemasse (Haute-Savoie)

Mémoire présenté et soutenu le 17 juin 2019

Sous la direction de : Madame Alexandra MUSSO

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

**Réalisation du frottis cervico-utérin de rattrapage pendant la grossesse :
Profil des patientes concernées et informations reçues
à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus.**

Étude observationnelle multicentrique dans le département des Alpes-Maritimes.

Marjorie Moussier

Née le 4 décembre 1995

A Annemasse (Haute-Savoie)

Mémoire présenté et soutenu le 17 juin 2019

Sous la direction de : Madame Alexandra MUSSO

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2019

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Madame Alexandra MUSSO, pour son investissement dans ce sujet qui me tenait tant à cœur, son temps et ses conseils qui m'auront permis d'arriver au bout de ce travail.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique qui nous a accompagnés tout au long de ces études et particulièrement à Madame MACCAGNAN qui m'a soutenue dans le choix de ce sujet.

A Elora, camarade de promotion, mais aussi une aide précieuse dans l'élaboration de cette étude.

A ma mère et ma sœur, pour leur soutien et leur accompagnement tout au long de mes études. Merci maman d'avoir toujours été là et de m'avoir permis de me construire.

A mes amies et camarades de promotion, plus particulièrement à Angélique, Elise, Laura, Mélanie sans oublier Chloé et Laetitia. Merci à vous d'avoir été présentes dans la bonne humeur durant ces années, ainsi que pour votre soutien au quotidien.

A mes colocataires et amis,

Tiphaine, merci d'avoir été là et de m'avoir supportée durant ces 9 années d'amitiés et bien d'autres encore !

Lisa, merci d'avoir été « mon compagnon » de galère, de joie, de rire durant ces études et bien après je l'espère. Tu es le plus beau cadeau que ces études m'auront apporté.

Théo, merci de ta bonne humeur, de m'avoir divertie et changée les idées quand j'en avais besoin.

Une pensée pour Anne-Héloïse et Zélie qui restent dans mon cœur malgré la distance qui nous sépare.

Et enfin, merci à Luc, pour son amour, son soutien, sa patience. Merci de m'avoir accompagnée dans les bons et les moins bons moments. J'ai hâte de te retrouver après ce diplôme.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	13
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	16
2.1 Description de l'étude	16
2.2 Hypothèses	16
2.3 Objectifs	16
2.4 Population	17
2.5 Grille de recueil de données	17
2.5.1 Caractéristiques générales.....	17
2.5.2 Suivi gynécologique	18
2.5.3 Informations apportées aux patientes	18
2.5.4 Suivi obstétrical	18
2.6 Analyse statistique	19
3. RÉSULTATS.....	20
3.1 Caractéristiques générales et informations reçues de la population	21
3.1.1 Age et morphotype	21
3.1.2 Caractéristiques socio-démographiques	22
3.1.3 Antécédents gynécologiques.....	24
3.1.4 Suivi gynécologique	26
3.1.5 Réalisation des FCU lors du suivi gynécologique.....	27
3.1.6 Rôle du FCU de dépistage	28
3.1.7 Age de commencement du dépistage par FCU.....	29
3.1.8 Fréquence de réalisation du FCU.....	30
3.1.9 Fin de réalisation des FCU	31
3.1.10 Informations reçues au sujet du HPV	32
3.2 Suivi obstétrical et FCU réalisés pendant ce suivi	34
3.3 Caractéristiques générales de la population « rattrapable »	36
3.3.1 Age, morphotype et caractéristiques démographiques.....	37
3.3.2 Caractéristiques socio-démographiques	38

3.3.3	Suivi gynécologique	39
3.3.4	Suivi obstétrical	39
3.3.5	Informations reçues concernant le FCU et l'HPV	40
4.	DISCUSSION	41
4.1	Analyse de l'étude	41
4.1.1	Point fort de l'étude	41
4.1.2	Point faible de l'étude	42
4.1.3	Biais et limite de l'étude	42
4.2	Interprétation des résultats	43
4.2.1	Caractéristiques générales de la population de l'étude	43
4.2.1.1	Age, nationalité et origine	43
4.2.1.2	Facteurs socio-économiques.....	43
4.2.1.3	Antécédents et suivi gynécologique	44
4.2.1.4	Informations reçues à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus	45
4.2.1.5	Informations reçues concernant le HPV	47
4.2.1.6	Connaissances envers le vaccin anti-HPV	48
4.2.2	Suivi obstétrical et FCU réalisé	49
4.2.3	Population éligible aux dépistages lors du suivi obstétrical	50
4.2.3.1	Caractéristiques générales.....	50
4.2.3.2	Réalisation de FCU de rattrapage	51
4.3	Validation des hypothèses	52
4.4	Perspectives d'améliorations	53
4.4.1	Dans le milieu hospitalier.....	54
4.4.2	Ajuster les pratiques	54
4.4.3	Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	55
4.4.4	La diversification des professionnels de santé	56
4.4.5	Le test HPV	57
4.4.6	L'élargissement de la vaccination.....	58
	CONCLUSION	59
	Bibliographie.....	I
	ANNEXES	IV

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGC : Atypie des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie

AME : Aide Médicale d'Etat

ASC-H : Cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'éliminer une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade

ASC-US : Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée

CCU : Cancer du col de l'utérus

CMU : Couverture médicale universelle

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HSIL : Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade

IMC : Indice de masse corporelle

IST : Infection sexuellement transmissible

INCa : Institut National du Cancer

LSIL : Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade

PMI : Protection Maternelle et Infantile

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures :

Figure 1 : Classification des HPV selon leur potentiel oncogène	8
Figure 2 : Synthèse des facteurs associés à une non-participation au dépistage du CCU et sous-population identifiées comme non participantes [25]	10
Figure 3 : Diagramme de flux de la population de l'étude.....	20
Figure 4 : Histogramme empilé représentant les raisons pour lesquelles les patientes n'ont jamais effectué de FCU	25
Figure 5 : Diagramme de flux de la population considérée comme éligible au dépistage du cancer du col de l'utérus	36

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Age et morphotype de la population de l'étude.....	21
Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographique de la population de l'étude	22
Tableau 3 : Antécédents gynécologiques de la population de l'étude	24
Tableau 4 : Description du suivi gynécologique de la population de l'étude ayant un suivi	26
Tableau 5 : Réalisation de FCU lors du suivi gynécologique pour les patientes ayant un suivi gynécologique	27
Tableau 6 : Rôle du FCU de dépistage selon la population totale.....	28
Tableau 7 : Age de commencement du suivi par FCU de dépistage selon la population de l'étude....	29
Tableau 8 : Fréquence de réalisation du FCU selon la population de l'étude	30
Tableau 9 : Arrêt du dépistage par FCU selon la population de l'étude	31
Tableau 10 : Diverses informations concernant le HPV	32
Tableau 11 : Suivi obstétrical de la population de l'étude et FCU réalisé lors de la grossesse	34
Tableau 12 : Age, morphotype et caractéristiques démographiques de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical.	37
Tableau 13 : Caractéristiques socio-démographiques de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical.....	38
Tableau 14 : Antécédents gynécologiques de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical.....	39
Tableau 15 : Suivi obstétrical de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical	39
Tableau 16 : Informations reçues de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical	40

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le troisième cancer le plus répandu chez les femmes avec 570 000 nouveaux cas estimés en 2018 au niveau mondial. Parmi ces cas, 85% sont retrouvés dans les pays en voie de développement où il représente près de 13% de tous les cancers féminins. Le nombre de décès lié à ce cancer est estimé à 311 000 dans le monde, soit environ 7% des décès à la suite d'un cancer chez les femmes [1].

En France, environ 3 000 nouveaux cas et 1 100 décès par an sont dénombrés, ce qui fait du cancer du col de l'utérus la 12^e cause de cancer et la 10^e cause de mortalité par cancer chez la femme [2].

Ce cancer est attribuable dans près de 99% des cas à une infection chronique par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) [3]. La transmission des HPV se fait par contact avec la peau et les muqueuses, le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Ce sont des virus particulièrement contagieux, 80% des hommes et des femmes sexuellement actifs entrent en contact avec un HPV une ou plusieurs fois au cours de leur vie selon les estimations [4]. Ce qui en fait l'infection sexuellement transmissible la plus répandue au monde, particulièrement au début de l'activité sexuelle [5] [6] [7].

Les HPV appartiennent à une famille de virus comptant plus de cent variantes [8]. Certains HPV n'entraînent aucune maladie ni symptôme. D'autres génèrent des symptômes bénins, comme des verrues sur la peau ou des condylomes (verrues génitales). Une quinzaine de ces virus comportent davantage de risques nommés HPV oncogènes ou à haut risque. Ils peuvent entraîner des lésions précancéreuses, qui peuvent évoluer en cancer dont le plus fréquent est le cancer du col de l'utérus [9].

L'infection est en général asymptomatique et transitoire, un système immunitaire compétent permet le plus souvent de se débarrasser du virus en 1 ou 2 ans. C'est ce qu'on appelle la clairance virale. Les lésions bénignes, comme les condylomes, ou les lésions dites de bas grade régressent spontanément le plus souvent. Dans un faible pourcentage de cas, environ 10%, impliquant les infections à HPV à haut risque, l'infection peut persister et se chroniciser. C'est à ce moment-là que des

lésions dites précancéreuses peuvent apparaître et si elles ne sont pas dépistées ou traitées, elles pourront évoluer et développer un cancer invasif. L'évolution de cette maladie peut prendre entre 10 et 20 ans, plus ou moins rapidement selon les cofacteurs associés (autres infections sexuellement transmissibles –IST, déficience immunitaire, tabac...) [10].

Il existe deux types de prévention en France contre le cancer du col de l'utérus. La prévention primaire peut se faire grâce à la vaccination pour prévenir l'infection contre certains types d'HPV [11].

En France, trois vaccins sont disponibles (Gardasil®, Cervarix®, Gardasil 9®) pour prévenir les infections par les HPV 16 et 18, dits oncogènes, responsables de 70% des cancers invasifs du col de l'utérus et de 50% des lésions précancéreuses de haut grade.

Les vaccins type Gardasil® protègent aussi contre les infections dues aux génotypes 6 et 11, responsables de condylomes génitaux [12].

Gardasil 9® permet de prévenir l'infection aux HPV responsables de 90% des cancers du col de l'utérus et de 80% des lésions précancéreuses de haut grade [13].

- Cible du vaccin GARDASIL : 6, 11, 16, 18
- Cible du vaccin CERVARIX : 16, 18
- Cible du vaccin GARDASIL 9 : 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

Haut risque	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
Haut risque probable	25, 53, 66, 68, 73, 82
Bas risque	6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 89

Figure 1 : Classification des HPV selon leur potentiel oncogène

Cette vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles à partir de 11 ans jusqu'à 14 ans et un rattrapage est possible jusqu'à 19 ans révolus [14] [15] [16].

La vaccination est d'autant plus efficace si les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV. La vaccination est dite complète si le schéma vaccinal est respecté c'est-à-dire avec l'injection de 3 doses.

Depuis avril 2014, un schéma en 2 doses est possible pour les filles les plus jeunes (entre 11 et 14 ans) [17] [18].

Une diminution régulière de la couverture vaccinale est observée [19].

En 2010, respectivement, 23% des jeunes filles de 15 ans avaient reçu une dose et 27% d'entre elles avaient reçu un schéma vaccinal complet à 16 ans.

En 2012, 20% d'entre elles ont reçu une dose à 15 ans et un schéma complet à 16 ans.

Fin 2015, seulement 20% des jeunes filles avaient reçu au moins 1 dose vaccinale à 15 ans. Bien loin des objectifs de 60% de couverture fixés par les autorités de santé, notamment par le plan cancer 2014-2019 [20] [21] [22].

Cette prévention primaire insuffisante, ainsi que l'évolution lente de l'infection, font de cette maladie une candidate idéale à la prévention secondaire : le dépistage.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande cet examen chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, qu'elles soient ou non vaccinées, selon un rythme triennal, après deux FCU normaux à un an d'intervalle [23].

Selon Santé Publique France (Annexe 1), sur la période 2015-2017, le taux de participation au dépistage est d'environ 60%. Le minimum était de 14,4% à Mayotte et le maximum de 64,4% en Auvergne-Rhône-Alpes.

En 2010, la HAS faisait pourtant le constat que 51,6% des femmes sont en situation de sous-dépistage (pas ou trop peu souvent dépistées) et que 40,6% des femmes sont en situation de sur-dépistage (trop fréquemment) avec notamment de fortes inégalités territoriales [24].

Effectivement il existe toujours des inégalités et des freins par rapport à ce dépistage comme le montre une étude médico-économique réalisée par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2015. Cette étude a caractérisé les principaux groupes de femmes non participantes au dépistage du CCU mais aussi celles qui sont identifiées comme moins participantes [25].

Facteurs principaux associés à une non-participation	Sous-populations identifiées comme moins participantes
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etre âgée de 50 - 65 ans ➤ Être/vivre seule ➤ Etre en situation socioéconomique délicate (faible revenu, absence de couverture sociale / santé) ➤ Avoir des habitudes de vie à risque : sexualité, tabac, alcool et absence d'activité physique ➤ Etre migrante ou d'origine migrante ➤ Etat de santé (co-morbidités) ➤ Etre en situation de handicap et/ou vivre en hébergement ➤ Non recours au système de santé/soins 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femmes de plus de 50 ans ➤ Femmes en situation sociale défavorable <ul style="list-style-type: none"> • CMU-C • IRIS défavorisé • Migrantes (y c en situation irrégulière) ➤ Femmes en situation de santé défavorable <ul style="list-style-type: none"> • Co morbidités (Cancer / autres pathologies) • Handicap / mobilité ➤ Cas particuliers <ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes • Femmes homosexuelles • Femmes VIH/Hépatite • Addictions • Gens du voyage • Roms • Détenues

Figure 2 : Synthèse des facteurs associés à une non-participation au dépistage du CCU et sous-population identifiées comme non participantes [25]

De plus, la HAS a identifié plusieurs catégories de freins au dépistage [24]. Il existe notamment des freins liés à la patiente :

- L'oblitération du risque : certaines femmes ne se sentent pas concernées
- Le caractère intrusif de l'examen gynécologique (parfois majoré si le professionnel de santé est un homme)
- La méconnaissance du cancer du col de l'utérus : la femme ignore les risques de ce cancer et les avantages du dépistage

Et enfin comme dit plus haut, il existe aussi des freins liés à l'accès au dépistage dus :

- A la démographie médicale : certains départements français ne disposent pas d'une couverture médicale suffisante
- Aux difficultés socio-économiques en lien avec l'avance de frais et les dépassements d'honoraire de certains professionnels de santé
- A l'accessibilité géographique des structures de santé notamment en milieu rural
- A l'accessibilité au dépistage dans le temps : le délai d'attente pour une consultation gynécologique peut être long pour certains praticiens.

Le dépistage du CCU s'inscrit depuis 2018, dans le cadre d'un programme national organisé. L'objectif de ce dépistage organisé est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30% en 10 ans. Le but recherché est de favoriser l'augmentation de la couverture globale de ce dépistage en atteignant un taux de 80% chez les femmes de 25 à 65 ans. Et ce, en luttant contre les inégalités d'accès à la prévention (populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé) et de limiter le sur-dépistage dont les investigations inutiles peuvent être potentiellement délétères [26].

En effet, si une anomalie à type de dysplasie est découverte lors d'un FCU, elle doit être confirmée par un examen diagnostique histologique, une biopsie, grâce à une mise en évidence des lésions lors d'une colposcopie préalable [27].

Si le FCU peut être réalisé par une sage-femme, les colposcopies ainsi que les biopsies doivent être pratiquées par des gynécologues.

En cas de dysplasie cervicale dépistée par FCU puis confirmée par la biopsie ou en cas de biopsie impossible, la conisation va être indiquée. La conisation n'est pas un geste anodin, d'autant plus chez une femme jeune en âge de procréer.

En plus d'un risque hémorragique, à distance, une sténose du col peut survenir dans des cas rares. Mais c'est surtout lors d'une grossesse ultérieure qu'elle aura le plus d'impact, avec une augmentation du risque de complications obstétricales liées à la prématurité (fausse couche spontanée, menace d'accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré) [28] [29].

Il s'avère que le diagnostic des états précancéreux en France est le plus souvent réalisé vers 30 –35 ans [30]. C'est également dans cette tranche d'âge que l'incidence des lésions précancéreuses du col est la plus élevée (Annexe 2).

De la même façon cette tranche d'âge comporte un nombre important de grossesse [31]. En 2015, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne. Les femmes sont aussi plus âgées qu'auparavant à la naissance de leur deuxième ou troisième enfant, qu'elles ont en moyenne à 31 ans et 32,6 ans. Au total, tous rangs de naissance confondus, les femmes accouchent en moyenne à 30,4 ans [32]. La grossesse devrait donc être une situation où il faut profiter de l'opportunité pour réaliser un dépistage cytologique.

L'INCa soutient aussi cette idée dans son étude de 2015 : « Dans ses recommandations de 2007 intitulées « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », la HAS précise les examens à proposer systématiquement ou éventuellement au cours de la première consultation (avant 10 semaines d'aménorrhée) et, parmi ceux-ci, la réalisation d'un examen clinique général et gynécologique comprenant un frottis cervical si la précédente date de plus de 2 à 3 ans.

De fait, il pourrait être considéré que le suivi gynécologique lié à la grossesse pourrait permettre d'atteindre un taux cible de 100 % de dépistage du CCU chez les femmes enceintes, qui constituent un groupe potentiellement facile à atteindre » [25].

Selon la recommandation pour la pratique clinique sur la cytologie cervicale de l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) [33], inchangée depuis 2002, les indications pour faire un FCU en cours de grossesse sont les suivantes :

- Si le délai entre la consultation et la date du dernier frottis est égal à 24 mois ou plus
- Si la patiente n'a pas un suivi cytologique régulier ou si la notion de frottis antérieur est inconnue
- Selon les recommandations actuelles concernant ce dépistage, entre 25 et 65 ans, il faudra réaliser FCU à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle).

De plus, selon l'arrêté du 03 février 2010 relatif à la proposition de la réalisation d'un FCU lors du 1er examen prénatal, il est dit notamment que cet examen s'adresse à toutes les femmes et spécialement aux femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse [34].

Le frottis cervico-utérin peut être réalisé à tout moment de la grossesse selon les recommandations pour la pratique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF) portant sur le dépistage du col de l'utérus de 2007 [35]. Surtout pour les patientes non observantes au niveau de leur suivi gynécologique hors de la grossesse.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le dépistage du cancer du col fait l'objet de plusieurs études en France. Certaines d'entre elles ont été réalisées notamment par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'institut National Du Cancer (INCa). Les résultats les plus récents sont ceux du Baromètre cancer 2010 [36].

Dans cette étude, 1 514 femmes âgées de 25 à 65 ans, population cible du dépistage du cancer du col utérin, ont été interrogées :

94,9% ont déclaré avoir pratiqué un FCU au cours de leur vie et pour 81,4% d'entre elles, cet examen datait de moins de trois ans. Les femmes ayant pratiqué ce dépistage ont aussi été interrogées sur la fréquence de réalisation de leur FCU : les résultats montrent un suivi annuel dans 36% des cas ; un suivi bisannuel dans 41% des cas ; quant au suivi recommandé trisannuel il ne représente que 8%.

Dans l'étude barométrique INCa/BVA éditée par l'INCa en septembre 2009 sur les connaissances et pratiques déclarées quant au dépistage des cancers, la majorité des femmes interrogées déclare que le FCU doit être réalisé une fois par an (51%), ou une fois tous les deux ans (31%) [37].

Il paraît intéressant presque 9 ans après ces publications de voir si ces tendances ont changé pour se rapprocher des préconisations de la HAS.

Les résultats concernant le dépistage du cancer du col, selon l'enquête barométrique de 2010, évoquent une couverture à trois ans (des femmes de 25 à 65 ans) pour le frottis très supérieure à celle estimée d'après les données de l'Assurance maladie. Celle-ci, publiée par la HAS en 2010, est issue de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), s'élevant à 56,6 % pour les années 2006-2008. De nombreux biais ont été mis en évidence.

Cette étude montre aussi que la connaissance du FCU comme examen de dépistage du cancer du col utérin est associée au suivi. En effet, 66% des femmes n'ayant pas de suivi récent déclarent ne pas connaître le geste du frottis. Deux études de 2014 et de 2017, concernant la connaissance des femmes sur les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus, ont été réalisées par des étudiantes sages-femmes de

l'école de Grenoble et de Clermont-Ferrand dans le cadre de leur mémoire de fin d'étude [38] [39].

Pour la première étude de 2014 : 218 femmes consultant à la médecine du travail du Centre Hospitalier de Grenoble ont été interrogées.

En 2017, les 214 patientes éligibles, venaient en consultation Obstétrique ou en Gynécologie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Estaing. Les résultats de ces deux études montrent que pour la majorité des patientes, le FCU permet de dépister une infection et des lésions précancéreuses du col de l'utérus (83,2% vs 81,3%) ; il doit être effectué dès les premiers rapports sexuels (75% vs 47,2%), tous les deux ans (46,5% vs 43,5%) et n'a pas de limite d'âge en ce qui concerne la fin du dépistage (76,9% vs 57,9%). Les résultats de ces deux études sont similaires mais dans des proportions différentes.

Une fois encore, ces résultats sont très éloignés des recommandations de la HAS.

Et pour compléter les études menées, un profil des patientes a été établi : 87,6% vs 86,4% d'entre elles déclarent avoir un suivi gynécologique avec une fréquence retrouvée majoritairement à une fois par an (59% vs 61,6%). Les patientes avaient connaissance que dans 9,7% des cas en 2014 et dans 21,6% des cas en 2017, le FCU devait être réalisé de façon triennale. Résultat en hausse par rapport au Baromètre 2010, mais toujours insuffisant.

Une brève partie de ces deux études portait également sur les connaissances des femmes concernant la vaccination anti-HPV. 88% vs 76,6% des femmes interrogées connaissaient l'utilisation de ce vaccin dans la prévention contre le cancer du col de l'utérus.

Dans l'étude de 2017, parmi les femmes interrogées ayant déjà pratiqué le FCU, 18% de ces FCU ont été réalisés dans un contexte obstétrical.

Il paraît donc intéressant de se renseigner sur la pratique du FCU pendant la grossesse. Cependant les études concernant ce sujet ne sont pas nombreuses.

Les différentes enquêtes de périnatalité mettent en lumière un court paragraphe à ce sujet. Les résultats les plus récents montrent que 28,5% de FCU étaient réalisés durant la grossesse en 2010 contre 23,1 % en 2016. Cet examen est donc de moins en moins réalisé. Cependant, il est impossible de savoir si ces FCU sont réalisés en suivant les recommandations de la HAS.

Selon l'enquête de périnatalité de 2016, 23,1 % des femmes en métropole ont bénéficié d'un FCU durant leur grossesse. Parmi celles n'en ayant pas eu, dans 47,6% des cas, le dernier FCU effectué, datait de plus de 3 ans avant la grossesse, autant de femmes qui auraient pu bénéficier d'un FCU de rattrapage [40].

A ce jour, à notre connaissance, une seule étude dont le but était d'évaluer l'observance du FCU lors du suivi de grossesse a été publiée en 2014 [41].

Cette dernière réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sages-femmes de l'école de Marseille, montre que sur 300 femmes interrogées dans deux maternités hospitalo-universitaires, 25% ont été soumises au FCU à l'occasion de leur suivi de grossesse. Parmi ces patientes, 52% n'était pas à jour de leur prévention ou n'avaient jamais été soumises au FCU. Il est aussi notifié que 71% des femmes âgées de 25 ans et plus, jamais dépistées ou présentant un FCU datant de 3 ans ou plus, n'ont pas bénéficié d'un FCU de rattrapage pendant leur suivi obstétrical.

Cependant, l'évaluation des connaissances liées aux modalités du dépistage du cancer du col de l'utérus ne sont pas décrites dans cette étude.

Il serait alors intéressant, aux prémices de la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, **d'évaluer si la grossesse est une période mise à profit pour réaliser des FCU de rattrapage dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Mais aussi quels sont les facteurs ayant un impact sur la réalisation et le suivi des FCU de dépistage ? Qu'elles sont ces femmes qui échappent au dépistage ? Les femmes ont-elles reçues des informations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus ? Ces informations sont-elles exactes et compréhensibles ?**

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude de cohorte observationnelle multicentrique conduite au sein de trois centres des Alpes-Maritimes : le Centre Hospitalier d'Antibes-Juans les pins (Type 2a), le Centre Hospitalier Universitaire de Nice (l'Archet II – Type 3) et le Centre Hospitalier de Cannes (Type 2a).

L'échantillon a été déterminé sur une période de 4 mois soit entre le mois d'octobre 2018 et janvier 2019 de façon aléatoire. Il a été composé de trois cent quarante-six patientes sans limite d'âge.

Les données ont été récoltées par l'intermédiaire d'un questionnaire hétéro-administré remplis lors d'entretiens individuels avec les patientes. Les informations ont été complétées par une étude sur dossier obstétrical avec l'autorisation préalable des différents centres.

2.2 Hypothèses

Hypothèse principale : La période de la grossesse n'est pas suffisamment mise à profit pour réaliser un FCU de rattrapage dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Hypothèses secondaires :

- Des facteurs socio-démographiques, ainsi que le suivi gynécologique de routine ont un impact sur la réalisation et le suivi des FCU de dépistage.
- Les femmes ne reçoivent pas suffisamment d'informations concernant le dépistage du cancer du col et ses modalités.
- Les informations apportées par les professionnels sont exactes.
- Les praticiens réalisant des FCU lors du suivi obstétrical ne suivent pas suffisamment les recommandations de la HAS.

2.3 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si la grossesse est une période mise à profit pour réaliser des FCU de dépistage dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Plusieurs objectifs secondaires peuvent être énumérés :

- Déterminer les facteurs ayant un impact sur la réalisation et le suivi des FCU de dépistage pour caractériser les femmes qui échappent au dépistage
- Evaluer si les femmes sont informées du dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Déterminer si ces informations sont exactes et compréhensibles.
- Evaluer si les professionnels réalisent des FCU suivant les recommandations de la HAS lors du suivi obstétrical.

2.4 Population

- **Critère d'inclusion** : patientes en post-partum hospitalisées dans le service de suites de couches ayant accouché d'un enfant vivant.
- **Critère de non inclusion** : barrière par rapport à la langue française ; refus de participation ; enfant décédé.
- **Critère d'exclusion** : données du questionnaire non exploitables avec notamment « Ne sait plus si a déjà fait un FCU »

2.5 Grille de recueil de données

La grille de recueil de données choisie pour cette étude a été un questionnaire standardisé (Annexe 6) rempli majoritairement au cours d'un entretien individuel avec les patientes réalisé par l'investigateur de ce travail.

Les données ont ensuite été comparées et/ou complétées de façon anonyme à partir du dossier médical du suivi de grossesse.

Il était primordial que ce soit un questionnaire hétéro-administré. En effet, à plusieurs reprises il a fallu redéfinir le terme de frottis aux patientes, reformuler certaines questions, s'adapter à certains termes pour minimiser la barrière linguistique.

2.5.1 Caractéristiques générales

Dans un premier temps, les caractéristiques générales de la population ont été relevées : l'âge, la nationalité, l'origine ethnique, le statut matrimonial, les antécédents obstétricaux (gestité – parité), l'IMC, le lieu d'habitation, le diplôme le plus élevé obtenu, la catégorie socio-professionnelle et la couverture sociale.

2.5.2 Suivi gynécologique

Dans un deuxième temps, le suivi gynécologique de routine des femmes a été exploré : le praticien l'effectuant, la régularité de ce suivi ainsi que sa fréquence.

Par la suite, une partie du recueil de données était liée au FCU : si les patientes avaient déjà été dépistées ou non.

- Si ce n'était pas le cas, quelle en était la raison ?
- Si c'était déjà le cas, plusieurs questions étaient posées pour essayer d'établir un suivi par rapport à ce FCU, sa régularité ainsi que sa fréquence de réalisation. Tout comme le professionnel lié à cet examen.

2.5.3 Informations apportées aux patientes

Les informations reçues par les patientes ont été recueillies concernant les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus : Le rôle du FCU, quand commencer ce suivi, à quelle fréquence, quand arrêter ce suivi.

De plus, les connaissances envers le HPV ou papillomavirus, avec notamment son rôle pathogène, ainsi que le vaccin anti-HPV ont été établis tout comme sa couverture vaccinale.

2.5.4 Suivi obstétrical

Pour finir, la grossesse actuelle a été explorée selon : le terme de la réalisation de la première consultation obstétricale, le praticien qui l'a menée, si un FCU a été réalisé ou non (avec vérification sur dossier), à quel terme et par quel professionnel. Enfin, si les patientes avaient eu l'information et savaient quand fallait-il réaliser leur prochain FCU.

Le formulaire était surtout composé de questions fermées mais des questions ouvertes ont été posées notamment pour : l'âge, l'IMC, la gestité, la parité, les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus et les connaissances des femmes par rapport aux FCU et par rapport au rôle pathogène du HPV.

2.6 Analyse statistique

Par la suite les questionnaires ont été créés en parallèle sur Google Form© pour en extraire les données sur un tableur Excel© pour ensuite les analyser.

Les données ont été analysées statistiquement à l'aide des tests du chi-2 et de Fisher pour les variables qualitatives et du test d'Anova ou test de Student pour les variables continues à l'aide de site internet type Biostat GV © ou OpenEpi©.

Une valeur de $p \leq 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative et une valeur de $p \leq 0,001$ considérée comme très significatif.

3. RÉSULTATS

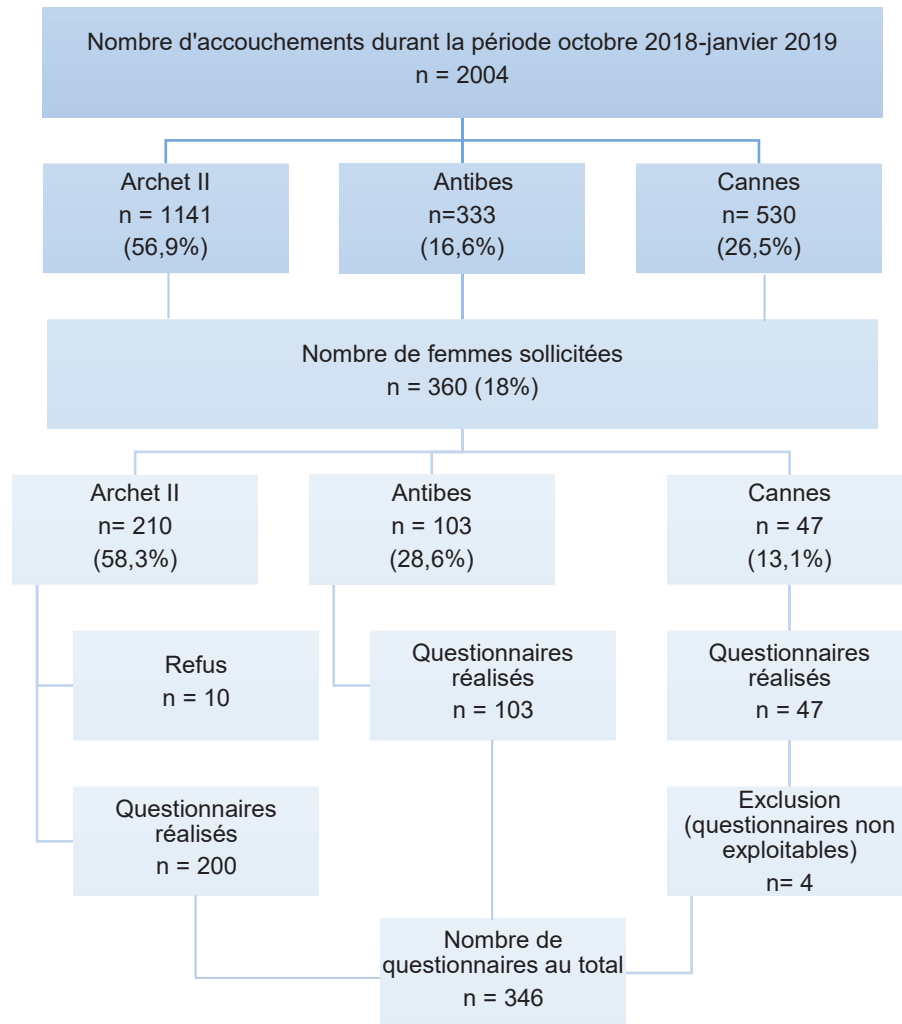


Figure 3 : Diagramme de flux de la population de l'étude

Ces 346 questionnaires représentent 17,32% des accouchées de la période et 96,1% des femmes sollicitées.

Les résultats seront présentés sous forme de tableaux sous la forme n(%) et d'histogrammes. Dans les autres cas, le mode d'expression sera précisé. Les probabilités non significatives seront notées NS, celles qui présentent une tendance entre 0,05 et 0,10 seront indiquées.

3.1 Caractéristiques générales et informations reçues de la population

La population totale de l'étude a été divisée en 3 groupes en fonction de la réalisation de leur FCU : 242 patientes qui avaient leur dernier FCU datant de moins de 3 ans avant leur grossesse (69,9%) ; 75 patientes qui n'avaient jamais réalisé de FCU avant leur grossesse (21,7%) ; 29 patientes qui avaient un FCU datant de plus de trois ans avant leur grossesse (8,4%).

3.1.1 Age et morphotype

	Total (n=346)		Pas de FCU (n = 75)		FCU >3 ans avant grossesse (n=29)		FCU >3 ans avant grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	346	(100)	75	(21,7)	29	(8,4)	242	(69,9)	
Ages (ans)									
Age Med [Min – Max]	31 [19-47]		27 [19-45]		29 [22-40]		32 [19-47]		
Age moyen +/- ET	30,7 +/- 5,2		28,7 +/- 7,8		31,9 +/- 9,4		32,2 +/- 6,2		<0,001
< 25 ans	45	(13)	27	(36)	3	(10,3)	15	(6,2)	<0,001
25 – 35 ans	245	(70,8)	41	(54,7)	23	(79,3)	181	(74,8)	<0,001
> 35 ans	56	(16,2)	7	(9,3)	3	(10,3)	46	(19)	0,07
IMC									
IMC Med [Min-Max]	22,9 [15,5 - 48,9]		22,7 [15,1 – 36]		24,7 [17,4 – 34]		22,8 [15,2 - 48,9]		
IMC moyen	23,6 +/- 4,5		23,4 +/- 4,2		26,6 +/- 7,8		24 +/- 5,6		0,029
< 18.5	29	(8,4)	6	(8)	2	(6,9)	21	(8,7)	
18.5 – 24.9	212	(61,3)	48	(64)	17	(58,6)	147	(60,7)	
25 – 29.9	72	(20,8)	14	(18,7)	6	(20,7)	52	(21,5)	NS
>30	33	(9,5)	7	(9,3)	4	(13,8)	22	(9,1)	

Tableau 1 : Age et morphotype de la population de l'étude

L'âge moyen des patientes au total était de 30,7 ans (Ecart type (ET) \pm 5,2) avec un âge médian de 31 ans ; un âge minimum de 19 ans et 47 ans pour le maxima. 301 patientes (87%) étaient âgées de 25 ans et plus.

Il y a une différence très significative ($p < 0,001$) dans la répartition de la population au sein des trois groupes préalablement cités au niveau de l'âge, avec notamment des patientes plus jeunes dans le groupe de celles qui n'ont jamais fait de FCU ($p < 0,001$).

L'IMC moyen était de 23,6 kg/m² (ET \pm 4,5) avec une médiane à 22,9 kg/m² pour un IMC minimum de 15,5 kg/m² et un maximum de 48,9 kg/m².

La population totale a un IMC considéré comme « normal », cependant l'IMC était significativement ($p \leq 0,05$) plus élevé en moyenne ($26,6 \text{ kg/m}^2 \text{ ET } \pm 7,8$) dans le groupe de celles qui n'étaient pas à jour de leur FCU de dépistage, les plaçant dans la classe « surpoids ».

3.1.2 Caractéristiques socio-démographiques

	Total (n=346)		Pas de FCU (n = 75)		FCU >3 ans avant grossesse (n=29)		FCU >3 ans avant grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	346	(100)	75	(21,7)	29	(8,4)	242	(69,9)	
Nationalité									
Française	243	(70,2)	29	(38,7)	23	(79,3)	191	(78,9)	<0,001
Européenne (Hors Fr)	35	(10,1)	10	(13,3)	2	(6,9)	23	(9,5)	NS
Afrique du Nord	45	(13)	22	(29,3)	2	(6,9)	21	(8,7)	<0,001
Afrique Sub-Saharienne	17	(4,9)	12	(16)	1	(3,4)	4	(1,7)	<0,001
Autres	6	(1,7)	2	(2,7)	1	(3,4)	3	(1,2)	NS
Origine									
Française	133	(38,4)	10	(13,3)	10	(34,5)	113	(46,7)	<0,001
Européenne (Hors Fr)	78	(22,5)	13	(17,3)	5	(17,2)	60	(24,8)	NS
Afrique du Nord	100	(28,9)	37	(49,3)	8	(27,6)	55	(22,7)	<0,001
Afrique Sub-Saharienne	27	(7,8)	13	(17,3)	5	(17,2)	9	(3,7)	<0,001
Autres	8	(2,3)	2	(2,4)	1	(3,4)	5	(2,1)	NS
Statut Matrimonial									
Seule	15	(4,3)	6	(8)	0	(0)	9	(3,7)	0,15
En couple	331	(95,7)	69	(92)	29	(100)	233	(96,3)	
Lieu d'habitation									
Urbain	333	(96,2)	75	(100)	26	(89,7)	232	(95,9)	< 0,05
Rural	13	(3,8)	0	(0)	3	(10,3)	10	(4,1)	
Diplôme le plus élevé obtenue									
< Bac ou équivalent	84	(24,3)	33	(44)	8	(27,6)	43	(17,8)	<0,001
Niveau bac	91	(26,3)	21	(28)	8	(27,6)	62	(25,6)	<0,001
> Bac	171	(49,4)	21	(28)	13	(44,8)	137	(56,6)	<0,001
Catégories socio-professionnelles									
Sans	131	(37,9)	47	(62,7)	10	(34,5)	74	(30,6)	<0,001
Etudiante	8	(2,3)	3	(4)	0	(0)	5	(0)	NS
Employé	158	(45,7)	22	(29,3)	18	(62,1)	118	(48,8)	0,002
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	14	(4)	2	(2,7)	0	(0)	12	(5)	NS
Cadres ou profession intellectuelle supérieure	20	(5,8)	1	(1,3)	1	(3,4)	18	(7,4)	<0,001
Profession intermédiaire	13	(3,8)	0	(0)	0	(0)	13	(5,4)	0,048
Ouvrier	2	(0,6)	0	(0)	0	(0)	2	(0,8)	NS
Couverture sociale									
Sécurité sociale + Mutuelle	280	(80,9)	41	(54,7)	27	(93,1)	212	(87,6)	<0,001
Sécurité sociale seule	15	(4,3)	7	(9,3)	0	(0)	8	(3,3)	0,07
Mutuelle seule	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	1	(0,4)	NS
CMU	38	(11)	17	(22,7)	1	(3,4)	20	(8,3)	<0,001
AME	11	(3,2)	9	(12)	1	(3,4)	1	(0,4)	<0,001
Aucune	1	(0,3)	1	(1,3)	0	(0)	0	(0)	NS

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographique de la population de l'étude

Les patientes de la population totale étaient majoritairement de nationalité française (70,8%) et d'origine française (38,4%).

Dans le groupe qui n'avait jamais réalisé de FCU, les patientes étaient très significativement ($p < 0,001$) plus souvent natives et originaires d'Afriques du nord. Alors que les patientes, non à jour de leur suivi (jamais réalisé et FCU datant de plus de trois ans), étaient plus souvent originaire d'Afrique Sub-Saharienne que les patientes à jour de leur suivi ($p < 0,001$).

331 patientes étaient en couple (en union libre, pacsée ou mariée), ce qui représente 95,7% de la population, il n'y a pas de différences notables dans les différents groupes.

La grande majorité de la population totale vivait en milieu urbain (96,2%), on peut noter que dans le groupe non à jour de leur suivi (dernier FCU datant de plus de trois ans) il y a une proportion révélatrice ($p < 0,05$) de patientes domiciliées en milieu rural.

Par rapport au diplôme le plus élevé obtenu et à la catégorie socio-professionnelle : de façon significative, les patientes ayant déjà effectué des FCU de dépistage (à jour ou non) ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat ($p < 0,001$) et de la même manière ces patientes sont plus souvent « employées » ($p < 0,05$).

A l'inverse celles qui n'ont jamais effectué de FCU ont plus souvent un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (44% - $p < 0,001$) et font aussi plus souvent parties de la catégorie des « sans emploi » (62,7% - $p < 0,001$).

99,7% des patientes avaient une couverture sociale.

En majorité les patientes bénéficiaient de la sécurité sociale associée à une mutuelle comme couverture (80,9%). Dans le groupe qui n'a jamais réalisé de FCU, les patientes profitaient plus souvent de la CMU (22,7% - $p < 0,05$) ainsi que de l'Aide Médicale d'Etat (AME) (12% - $p < 0,001$) selon les statistiques.

3.1.3 Antécédents gynécologiques

	Total (n=346)		Pas de FCU (n = 75)		FCU >3 ans avant grossesse (n=29)		FCU >3 ans avant grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gestité									
Gestité Med [MIN-MAX]	2	[1-9]	2	[1-8]	2	[1-9]	2	[1-8]	
Gestité moyenne	2,4	+/- 1,5	2,1	+/- 1,4	3	+/- 1,7	2,4	+/- 1,5	
1	117	(33,8)	32	(42,7)	6	(20,7)	79	(32,6)	0,08
2	110	(31,8)	26	(34,7)	13	(44,8)	71	(29,3)	0,051
>3	119	(34,4)	17	(22,7)	10	(34,5)	92	(38)	0,051
Parité									
Parité Med [MIN-MAX]	2	[1-8]	1	[1-8]	2	[1-5]	2	[1-7]	
Parité moyenne	1,9	+/- 1,1	1,7	+/- 1,2	2,2	+/- 1,1	1,9	+/- 1,1	
1	163	(47,1)	45	(60)	7	(24,1)	111	(45,9)	0,004
2	102	(29,5)	17	(22,7)	14	(48,3)	71	(29,3)	<0,05
>3	81	(23,4)	13	(17,3)	8	(27,6)	60	(24,8)	NS
Suivi gynécologique									
Sans suivi	73	(21,1)	46	(61,3)	7	(24,1)	20	(8,3)	<0,001
Suivi irrégulier	81	(23,4)	19	(25,3)	12	(41,4)	50	(20,7)	<0,001
Suivi régulier	192	(55,5)	10	(13,3)	10	(34,5)	172	(71,1)	<0,001

Tableau 3 : Antécédents gynécologiques de la population de l'étude

La gestité moyenne est de 2,4 (ET \pm 1,1), la médiane de 2 avec un minimum égal à 1 et un maximum égal à 9 dans la population totale de l'étude. Il n'y a pas de différence notable selon les différents groupes de la population.

Pour la parité, la moyenne est de 1,9 (ET \pm 1,1), la médiane de 2 avec un minimum à 1 et un maximum à 8. La majorité des patientes interrogées était des multigestes (3 ou plus) (34,4%) et des primipares (47,1%). Suivant les différents groupes, il y a des inégalités de parité. Fréquemment, les patientes qui ont un FCU datant de plus de 3 ans sont des deuxièmes paires (48,3% - $p < 0,05$) tandis que celles qui n'ont jamais fait de FCU sont des primipares (60% - $p < 0,05$).

273 patientes avaient un suivi gynécologique (78,9%), avec en majorité un suivi régulier pour 192 patientes (55,5%) et 81 patientes avaient un suivi irrégulier (23,4%). Il y a donc 73 patientes qui n'avaient pas de suivi gynécologique (21,1%).

Encore une fois, il existe des disparités selon les groupes étudiés :

- 61,3% des patientes du groupe qui n'ont jamais réalisé de FCU n'ont pas de suivi gynécologique, ces résultats diffèrent selon si les patientes sont à jour ou non de leur FCU de dépistage ($p < 0,001$).
- Pour le groupe dont le dernier FCU date de plus de 3 ans, la majorité des patientes avait un suivi irrégulier (41,4%). Ce résultat est significatif ($p < 0,05$).

- Le groupe dont le dernier FCU date de moins de 3 ans a en majorité un suivi régulier (71,1%), avec un résultat lui aussi significatif ($p < 0,001$).

Les raisons de la non réalisation d'un FCU ont été analysées pour les 75 patientes de cette population dans le diagramme suivant :

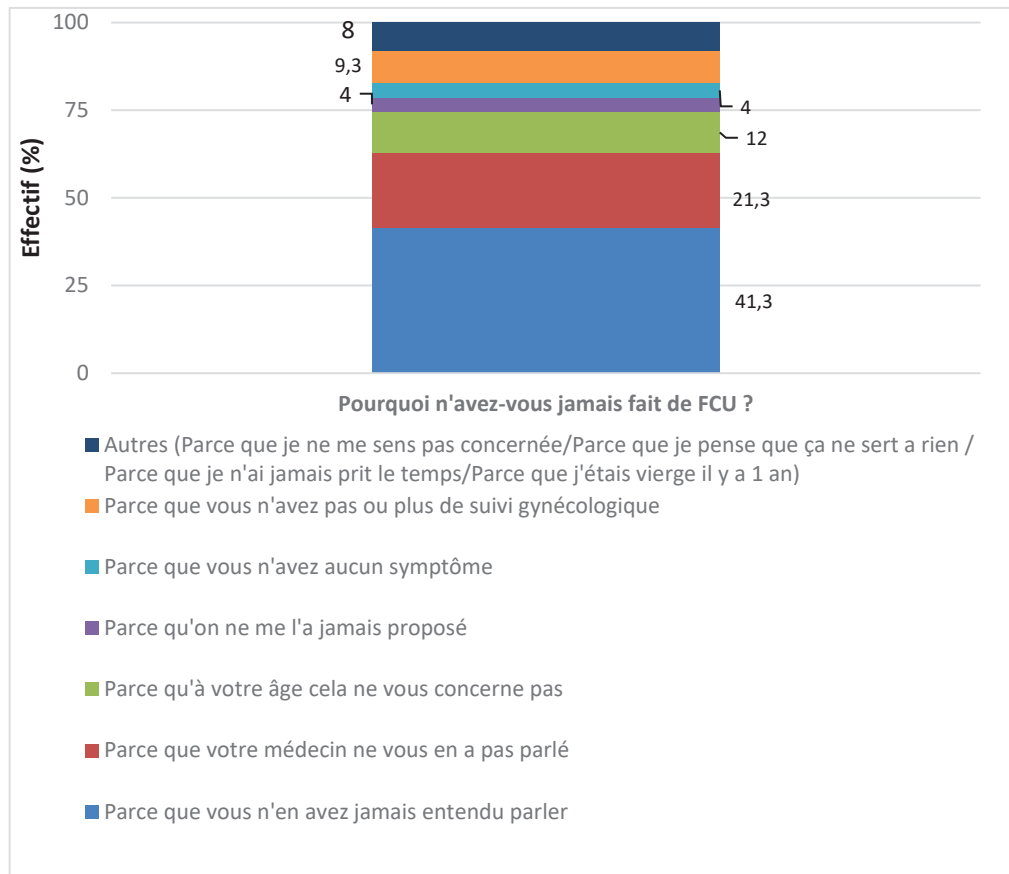


Figure 4 : Histogramme empilé représentant les raisons pour lesquelles les patientes n'ont jamais effectué de FCU

La raison principale de n'avoir jamais réalisé un FCU est que ces patientes n'en avaient jamais entendu parler (41,3%) ; suivi par le fait que leur médecin ne leur en avait pas parlé (21,3%). A noter que dans presque 10% des cas la raison était due à une absence de suivi gynécologique de routine de la part des patientes du ce groupe.

Dans les tableaux suivants 4 et 5 sont explorés le suivi gynécologique des 273 patientes de la population totale citées ci-dessus bénéficiant d'un suivi. Encore une fois divisé en trois groupes comme précédemment : un groupe qui n'a jamais effectué de FCU (10,6%) ; un groupe avec le dernier FCU datant de plus de 3 ans (8,1%) ; un groupe avec le dernier FCU datant de moins de 3 ans (81,3%).

3.1.4 Suivi gynécologique

	Total qui ont un suivi (n=273)		Jamais fait de FCU (n=29)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=22)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=222)		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	273	(100)	29	(10,6)	22	(8,1)	222	(81,3)		
Suivi gynécologique										
Suivi irrégulier	81	(29,7)	19	(65,5)	12	(54,5)	50	(22,5)		<0,001
Suivi régulier	192	(70,3)	10	(34,5)	10	(45,5)	172	(77,5)	<0,001	<0,001
▪ Plusieurs fois par an	29	(15,1)	6	(60)	2	(20)	21	(12,2)		0,002
▪ Tous les ans	139	(72,4)	3	(30)	5	(50)	131	(76,2)	<0,05	0,002
▪ Tous les 2 ans	24	(12,5)	1	(10)	3	(30)	20	(11,6)		NS
Effectué par										
Gynécologue	231	(84,6)	22	(75,9)	18	(81,8)	191	(86)		NS
Sage-femme	14	(5,1)	2	(6,9)	0	(0)	12	(5,4)		NS
Médecin généraliste	13	(4,8)	1	(3,4)	2	(9,1)	10	(4,5)		NS
Autres	15	(5,5)	4	(13,8)	2	(9,1)	9	(4,1)		0,049

Tableau 4 : Description du suivi gynécologique de la population de l'étude ayant un suivi

Le suivi gynécologique est effectué en grande majorité par un gynécologue dans 84,6% des cas avec une fréquence de suivi annuel (72,4%) pour celles qui avaient un suivi régulier.

Il y a des différences significatives ($p < 0,001$) selon les groupes au sujet du suivi gynécologique :

- Les patientes étant à jour de leur FCU de dépistage ont plus souvent un suivi régulier
- Les patientes non à jour de leur FCU de dépistage ou qui n'ont jamais fait de FCU ont plus souvent un suivi irrégulier.

Pour les patientes ayant un suivi régulier, les résultats démontrent un suivi pluriannuel pour les femmes n'ayant jamais fait de FCU ($p < 0,05$) ; annuel pour les femmes à jour de leur suivi ($p < 0,05$).

3.1.5 Réalisation des FCU lors du suivi gynécologique

	Total qui ont un suivi (n=273)		Jamais fait de FCU (n=29)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=22)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=222)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	273	(100)	29	(10,6)	22	(8,1)	222	(81,3)	
Fréquence de réalisation des FCU :									
Jamais fait	29	(10,6)	29	(100)	0	(0)	0	(0)	<0,001
Tous les 6 mois	4	(1,5)	0	(0)	0	(0)	4	(1,8)	NS
Tous les ans	89	(32,6)	0	(0)	3	(13,6)	86	(38,7)	0,02
Tous les 2 ans	35	(12,8)	0	(0)	1	(4,5)	34	(15,3)	NS
Tous les 3 ans	19	(7)	0	(0)	1	(4,5)	18	(8,1)	NS
Tous les 5 ans	1	(0,4)	0	(0)	0	(0)	1	(0,5)	0,007
Quand proposé lors d'une consultation	65	(23,8)	0	(0)	9	(40,9)	56	(25,2)	0,11
1ère réalisation (= pas de fréquence)	23	(8,4)	0	(0)	7	(31,8)	16	(7,2)	0,0016
Lors du suivi de grossesse(s) précédente(s)	8	(2,9)	0	(0)	1	(4,5)	7	(3,2)	NS
Dernier FCU réalisé par :									
Jamais fait	29	(10,6)	29	(0)	0	(0)	0	(0)	<0,001
Gynécologue libéral	174	(63,7)	0	(0)	15	(68,2)	159	(71,6)	NS
Gynécologue hospitalier	26	(9,5)	0	(0)	1	(4,5)	25	(11,3)	NS
Sage-femme libérale	13	(4,8)	0	(0)	0	(0)	13	(5,9)	NS
Sage-femme hospitalière	3	(1,1)	0	(0)	1	(4,5)	2	(0,9)	NS
Médecin généraliste	11	(4)	0	(0)	2	(9,1)	9	(4,1)	NS
Centre de Planning Familial	9	(3,3)	0	(0)	2	(9,1)	7	(3,2)	0,12
Laboratoire d'analyse médicale	5	(1,8)	0	(0)	0	(0)	5	(2,3)	NS
Centre d'examen de santé	3	(1,1)	0	(0)	1	(4,5)	2	(0,9)	NS

Tableau 5 : Réalisation de FCU lors du suivi gynécologique pour les patientes ayant un suivi gynécologique

Le FCU est réalisé globalement tous les ans (32,6%), quant à la fréquence triennale recommandée elle ne représente que 7% des cas.

Dans le groupe, dont le FCU date de plus de 3 ans avant la grossesse, majoritairement ces patientes ne réalisent leur frottis que lorsque ce dernier leur est proposé en consultation par le praticien (40,9%).

A noter que dans la population totale ayant un suivi gynécologique :

- 23,8% des patientes ne réalisent un FCU que si le praticien le lui propose en consultation ;
- 2,9% en bénéficient que pendant les grossesses
- 29 patientes (10,6%) qui avaient un suivi gynécologique n'ont jamais réalisé de FCU. Parmi ces femmes, 17 étaient âgées de 25 ans et plus.

En plus, les résultats montrent qu'il est plus fréquent de n'avoir effectué qu'un seul FCU de dépistage pour les patientes ayant un FCU de plus de 3 ans avant la grossesse ($p < 0,05$).

Diverses informations reçues par la population totale ont été analysées dans les tableaux 6,7,8 et 9.

3.1.6 Rôle du FCU de dépistage

	Total (n=346)		Jamais fait de FCU (n=75)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=29)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	346	(100)	75	(21,7)	29	(8,4)	242	(69,9)	
« Savez-vous ce que permet de dépister le FCU ? »									
Non	131	(37,9)	55	(73,3)	6	(20,7)	70	(28,9)	<0,001
Oui	215	(62,1)	20	(26,7)	23	(79,3)	172	(71,1)	
Précisez :									
Cancer du col de l'utérus	57	(26,5)	3	(15)	6	(26,1)	48	(27,9)	NS
Autres cancers (Cancer ; Cancer de l'utérus)	62	(28,8)	7	(35)	6	(26,1)	49	(28,5)	
Autres (Papillomavirus/Infections/Bactéries/Microbes/Virus/Maladies/Mycoses/MST/VIH/Chlamydia)	96	(44,7)	10	(50)	11	(47,8)	75	(43,6)	
Après réévaluation :									
Non	289	(83,5)	72	(96)	23	(79,3)	194	(80,2)	0,0013
Oui (réponse attendue = Cancer du col de l'utérus)	57	(16,5)	3	(4)	6	(20,7)	48	(19,8)	

Tableau 6 : Rôle du FCU de dépistage selon la population totale

215 personnes pensent savoir ce que permet de dépister le FCU (62,1%).

Parmi celles-ci, seulement 57 personnes ont répondu le « cancer du col de l'utérus » (26,5%).

Après réévaluation, 16,5% de la population totale connaît le rôle du FCU.

Il est significatif dans les résultats de cette étude d'être moins informé sur le rôle du FCU pour les patientes qui n'ont jamais effectué de FCU, que ce soit avec les réponses d'origines (73,3% - $p < 0,001$) ou après réévaluation (96% - $p < 0,05$), comparé aux patientes ayant déjà effectué un FCU.

3.1.7 Age de commencement du dépistage par FCU

	Total (n=346)		Jamais fait de FCU (n=75)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=29)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	346	(100)	75	(21,7)	29	(8,4)	242	(69,9)	
« Vous a-t-on déjà informé, dans le cadre du FCU de dépistage : »									
« Sur l'âge de commencement de ce suivi ? »									
Non	269	(77,7)	66	(88)	21	(72,4)	182	(75,2)	0,051
Oui	77	(22,3)	9	(12)	8	(27,6)	60	(24,8)	
Précisez :									
Début des Rapports sexuels	36	(46,8)	0	(0)	3	(37,5)	33	(55)	0,004
25 ans	20	(26)	8	(88,9)	3	(37,5)	9	(15)	<0,001
Autres (15 ans, 20 ans, 30 ans, Dès l'adolescence, Ménarche, Début contraception, Puberté, après le 1er enfant)	21	(27,2)	1	(0,1)	2	(25)	18	(30)	<0,001 NS
Après réévaluation :									
Non	326	(94,2)	67	(89,3)	26	(89,7)	233	(96,3)	< 0,05
Oui (réponse attendue = 25 ans)	20	(5,8)	8	(10,7)	3	(10,3)	9	(3,7)	

Tableau 7 : Age de commencement du suivi par FCU de dépistage selon la population de l'étude

Pour le commencement de ce suivi :

- 77 personnes pensaient avoir eu cette information (22,3%).
- Parmi ces 77 personnes, la réponse majoritaire était « dès le début des rapports sexuels » dans 46,8% des cas.
- La réponse « 25 ans » n'a été citée que par 20 personnes (26%).

Il y a une tendance, avec les réponses d'origines, à moins connaître l'âge de commencement de cet examen de dépistage dans le groupe qui n'a jamais fait de FCU.

Dans l'exploration des réponses recueillies, les patientes qui répondent « Début des rapports sexuels » appartiennent davantage au groupe des patientes étant à jour de leur suivi ($p < 0,05$), alors que les réponses « 25 ans » étaient plus souvent recueillies chez les patientes n'ayant jamais effectué de FCU ($p < 0,001$).

Après réévaluation, seulement 5,8% de la population totale avait reçu la bonne information. Ce sont les patientes les plus à jour de leur suivi qui ont reçu le plus souvent les informations les moins exactes entre les différents groupes avec 3,7% de réponses attendues ($p < 0,05$).

3.1.8 Fréquence de réalisation du FCU

	Total (n=346)		Jamais fait de FCU (n=75)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=29)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	346	(100)	75	(21,7)	29	(8,4)	242	(69,9)	
A quelle fréquence faudrait-il réalisé un FCU ?									
Non	209	(60,4)	66	(88)	17	(58,6)	126	(52,1)	
Oui	137	(39,6)	9	(12)	12	(41,4)	116	(47,9)	<0,001
Précisez :									
Tous les 6 mois	1	(0,7)	0	(0)	0	(0)	1	(0,9)	NS
Tous les ans	70	(51,1)	6	(66,7)	10	(34,5)	54	(46,6)	0,03
Tous les 2 ans	36	(26,3)	1	(11,1)	0	(0)	35	(30,2)	0,04
Tous les 3 ans	27	(19,7)	2	(22,2)	2	(6,9)	23	(19,8)	NS
Tous les 5 ans	3	(2,2)	0	(0)	0	(0)	3	(2,6)	NS
Après réévaluation :									
Non	319	(92,2)	73	(97,3)	27	(93,1)	219	(90,5)	
Oui (réponse attendue = Tous les 3 ans)	27	(7,8)	2	(2,7)	2	(6,9)	23	(9,5)	NS

Tableau 8 : Fréquence de réalisation du FCU selon la population de l'étude

Pour la fréquence de réalisation du FCU :

- 137 personnes ont eu cette information (39,6%).
- Majoritairement ces personnes ont répondu « tous les ans » (51,1%).
- La réponse « Tous les trois ans » n'a été recueillie que pour 27 personnes (19,7%).

Il est à noter que les réponses d'origine marquent une différence très significative entre les différents groupes.

Le plus souvent, le groupe qui n'a jamais fait de FCU a moins reçu l'information concernant la fréquence de réalisation de ces examens de dépistage ($p < 0,001$) que les autres groupes.

Quand les réponses sont explorées : le plus souvent « Tous les ans » a été recueilli dans le groupe qui n'a jamais eu de FCU ($p < 0,05$) et « Tous les deux ans » dans le groupe étant à jour de leur suivi ($p < 0,05$).

Après réévaluation, seulement 7,8% de la population a reçu l'information exacte. Le groupe ayant le taux le plus faible est le groupe n'ayant jamais effectué de FCU (2,7%).

3.1.9 Fin de réalisation des FCU

	Total (n=346)		Jamais fait de FCU (n=75)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=29)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Jusqu'à quel âge effectuer ce suivi ?									
Non	324	(93,6)	75	(100)	28	(96,6)	221	(91,3)	<0,001
Oui	22	(6,4)	0	(0)	1	(3,4)	21	(8,7)	
Précisez :									
Autres (80 ans, activité sexuelle, toute la vie)	9	(40,9)			0	(0)	9	(42,9)	NS
Ménopause	12	(54,6)			1	(100)	11	(52,4)	NS
65 ans	1	(4,5)			0	(0)	1	(4,7)	NS
Après réévaluation :									
Non	345	(99,7)	75	(100)	29	(100)	241	(99,6)	
Oui (réponse attendue = 65 ans)	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	1	(0,4)	NS

Tableau 9 : Arrêt du dépistage par FCU selon la population de l'étude

Pour la fin de réalisation de ce suivi :

- 22 personnes ont dit avoir eu cette information (6,4%).
- En majorité la réponse obtenue était « la ménopause » (54,5%).
- La réponse « 65 ans » n'a été recueilli qu'une fois (4,5%).

Il existe une différence significative dans les groupes : les patientes n'ayant jamais fait de FCU déclarent ne jamais avoir eu cette information et sont donc moins informées que les autres groupes ($p < 0,001$).

Donc 99,7% de la population totale n'a pas reçu une information juste quant à la fin du dépistage du cancer du col.

3.1.10 Informations reçues au sujet du HPV

Quelques questions ont été posées par rapport au HPV. Les réponses ont été analysées elles aussi dans le tableau 10.

	Total (n=346)		Jamais fait de FCU (n=75)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=29)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	346	(100)	75	(21,7)	29	(8,4)	242	(69,9)	
Connaissez-vous le virus HPV ou papillomavirus ?									
Non	111	(32,1)	51	(68)	6	(20,7)	54	(22,3)	
Oui	235	(67,9)	24	(32)	23	(79,3)	188	(77,7)	<0,001
Savez-vous ce que peut provoquer une infection au papillomavirus/HPV ?									
Non	238	(68,8)	66	(88)	20	(69)	152	(62,8)	
Oui	108	(31,2)	9	(12)	9	(31)	90	(37,2)	<0,001
Précisez :									
Cancer du col de l'utérus et/ou condylomes	59	(54,6)	5	(55,6)	3	(33,3)	51	(56,7)	NS
Autres cancer (Cancer de l'utérus, Cancer)	38	(35,2)	4	(44,4)	2	(0)	32	(35,6)	<0,05
Autres (Ablation d'une partie du col ou de l'utérus, infection, stérilité, décès)	11	(10,2)	0	(0)	4	(44,4)	7	(7,8)	0,013
Après réévaluation :									
Non	287	(82,9)	70	(93,3)	26	(89,7)	191	(78,9)	
Oui (réponses attendues = Cancer du col de l'utérus/Condylomes)	59	(17,1)	5	(6,7)	3	(10,3)	51	(21,1)	<0,05
Connaissez-vous l'existence d'un vaccin contre le HPV ou papillomavirus ?									
Non	175	(50,6)	60	(80)	9	(31)	106	(43,8)	
Oui	171	(49,4)	15	(20)	20	(69)	136	(56,2)	<0,001
Vous êtes-vous fait vacciner contre le HPV ? (Patiente < ou égal à 35 ans)									
Non	229	(79)	54	(79,4)	18	(69,2)	157	(80,1)	
Oui	41	(14,1)	8	(11,8)	6	(23,1)	27	(13,8)	NS
Ne sait pas	20	(6,9)	6	(8,8)	2	(7,7)	12	(6,1)	
Avez-vous quelqu'un dans votre entourage qui a eu un cancer du col de l'utérus ?									
Non	299	(86,4)	69	(92)	25	(86,2)	205	(84,7)	0,3
Oui	38	(11)	5	(6,7)	2	(6,9)	31	(12,8)	<0,001
Ne sait pas	9	(2,6)	1	(1,3)	2	(6,9)	6	(2,5)	0,3

Tableau 10 : Diverses informations concernant le HPV

235 patientes ont répondu qu'elles connaissaient le papillomavirus ou HPV, elles représentent 67,9% de la population totale.

Les pourcentages sont semblables dans les différents groupes sauf une différence notable dans le groupe des patientes qui n'ont jamais effectué de FCU, ces dernières ont répondu positivement dans 32% des cas ($p < 0,001$).

Concernant le rôle pathogène du HV :

- Dans la population totale, 108 patientes déclarent savoir ce que provoquaient une infection à HPV (31,2%).
Les patientes n'ayant jamais effectué de FCU ont plus souvent répondu de façon négative que les patientes des autres groupes ($p < 0,001$).
- Dans les 108 patientes de la population totale ayant répondu positivement, 59 ont répondu « Cancer du col de l'utérus » et/ou « Condylomes » (54,6%).
Les patientes qui ont un FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse donc non à jour, ont plus fréquemment citées des réponses classées dans « Autres » ($p < 0,05$).

Après réévaluation, 17,1% de la population totale connaissaient le rôle pathogène de l'HPV. Les patientes à jour de leur suivi ont plus cité les réponses attendues que les patientes des autres groupes (21,1% - $p < 0,05$).

49,4% de la population totale connaissaient l'existence d'un vaccin contre le HPV et la couverture vaccinale a été estimée à 14,1% (pour la population susceptible d'avoir été vaccinée).

Ces taux sont différents suivant les groupes sans pour autant être significatif :

- Dans le groupe n'ayant jamais effectué de FCU, 20% des patientes connaissent le vaccin et la couverture vaccinale a été estimée à 11,8%.
- Dans le groupe ayant effectué un FCU il y a plus de 3 ans, 69% des patientes connaissent le vaccin, la couverture vaccinale a été estimée à 23,1%.
- Dans le groupe ayant effectué un FCU il y a moins de 3 ans, 56,2% des patientes connaissent ce vaccin, la couverture vaccinale a été estimée à 13,8%.

Il y a une nette différence de réponses négatives par rapport à la connaissance du vaccin anti-HPV dans le groupe de patientes n'ayant jamais effectué de FCU par rapport aux autres groupes ($p < 0,001$).

11% de la population avaient dans son entourage une personne qui a eu un cancer du col de l'utérus, c'est d'ailleurs les patientes qui sont à jour de leur suivi qui ont le plus répondu positivement à cette question par rapport aux autres groupes (12,8% - $p < 0,001$).

3.2 Suivi obstétrical et FCU réalisés pendant ce suivi

Les tableaux 11 a permis d'étudier les FCU effectués lors du suivi obstétrical.

	Total n=346		Jamais fait de FCU (n = 75)		FCU datant de plus de 3 ans avant la grossesse (n=29)		FCU datant de moins de 3 ans avant la grossesse (n=242)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	346	(100)	75	(21,7)	29	(8,4)	242	(69,9)	
Quel était le Terme de la 1ere Cs Obstétricale ?									
1 ^{er} trimestre	319	(92,2)	66	(88)	28	(96,6)	225	(93)	NS
2eme trimestre	24	(6,9)	9	(12)	0	(0)	15	(6,2)	
3eme trimestre	3	(0,9)	0	(0)	1	(3,4)	2	(0,8)	
Quel a été le professionnel rencontré ?									
Gynécologue	255	(73,7)	47	(62,7)	13	(44,8)	195	(80,6)	<0,001
Sage-femme	81	(23,4)	25	(33,3)	14	(48,3)	42	(17,4)	
Médecin généraliste	10	(2,9)	3	(4)	2	(6,9)	5	(2)	
FCU réalisé pendant la grossesse									
Non	241	(69,7)	51	(68)	16	(55,2)	174	(71,9)	NS
Oui	105	(30,3)	24	(32)	13	(44,8)	68	(28,1)	
Réalisé au 1er trimestre	87	(82,9)	20	(83,3)	12	(92,3)	55	(80,9)	NS
Réalisé au 2eme trimestre	18	(17,1)	4	(16,7)	1	(7,7)	13	(19,1)	
Réalisé par :									
Gynécologue	73	(69,5)	13	(54,2)	8	(61,5)	52	(76,5)	NS
Sage-femme	15	(14,3)	7	(29,2)	3	(23,1)	5	(7,4)	<0,05
Médecin généraliste	3	(2,9)	1	(4,2)	1	(7,7)	1	(1,5)	NS
Centre de Planning Familial	7	(6,7)	0	(0)	0	(0)	7	(10,3)	< 0,05
Laboratoire d'analyse médicale	6	(5,7)	3	(12,5)	1	(7,7)	2	(2,9)	0,1
Centre d'examen de santé	1	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(1,5)	NS
Le résultat était-il normal ?									
Oui	95	(90,5)	23	(95,8)	13	(100)	59	(86,8)	0,052
Non	4	(3,8)	0	(0)	0	(0)	4	(5,9)	NS
Ne sait pas	6	(5,7)	1	(4,2)	0	(0)	5	(7,4)	NS
Vous a-t-on dit de refaire un FCU ?									
Non	283	(81,8)	68	(90,7)	25	(86,2)	190	(78,5)	<0,05
Oui	63	(18,2)	7	(9,3)	4	(13,8)	52	(21,5)	
Si OUI, quand ?									
Dans les 2-3 mois du post partum (Consultation du post-partum)	28	(44,4)	1	(14,3)	2	(50)	25	(48,1)	0,024
Dans l'année	15	(23,8)	1	(14,3)	1	(25)	13	(25)	<0,05
Dans 2 ans	9	(14,3)	0	(0)	0	(0)	9	(17,3)	NS
Dans 3 ans	8	(12,7)	2	(28,6)	1	(25)	5	(9,6)	NS
A 25 ans	3	(4,8)	3	(42,9)	0	(0)	0	(0)	0,015

Tableau 11 : Suivi obstétrical de la population de l'étude et FCU réalisé lors de la grossesse

Dans la majorité des cas la première consultation obstétricale est réalisée lors du premier trimestre de grossesse (92,2%).

Le praticien principalement acteur de cette consultation est le gynécologue (73,7%) ; suivi par la sage-femme (23,4%). Cette tendance se reflète dans le groupe des patientes à jour de leur FCU de dépistage ($p < 0,001$) contrairement aux groupes des patientes non à jour de leur suivi.

Ces dernières consultent en proportion quasi similaire un gynécologue ou une sage-femme (44,8% vs 48,3%).

105 patientes (30,3% de l'effectif total) ont bénéficié de ce dépistage dans cette étude :

- Dans le groupe de celles qui n'avaient jamais réalisé de FCU auparavant, 24 FCU ont été réalisés (32%) ;
- Dans le groupe dont le dernier FCU date de plus de 3 ans, 13 FCU ont été réalisés (44,8%) ;
- Dans le groupe dont le dernier FCU date de moins de 3 ans, 68 FCU ont été réalisés (28,1%).

Parmi la population totale, dans 82,9% des cas un FCU a été réalisé dans le premier trimestre et dans 17,1% des cas il a été réalisé dans le second semestre. Aucun FCU de cette étude a été réalisé dans le troisième trimestre.

La répartition des praticiens ayant effectué un FCU de dépistage pendant la grossesse est la suivante :

- Les gynécologues : 73 FCU réalisés (69,5%)
- Les sages-femmes : 15 FCU (14,3%)
- Les médecins généralistes : 3 FCU (2,9%)
- Le centre de planning familial ou PMI : 7 FCU (6,7%)
- Les laboratoires et centre d'examen de santé : 7 FCU (6,7%)

Il y a une différence significative entre les groupes à jour de leur FCU ou non à jour ; les sages-femmes effectuent plus souvent des FCU lors du suivi obstétrical aux patientes non à jour de leur FCU qu'aux patientes à jour ($p < 0,05$).

Cet examen a permis de dépister dans 3,8% des cas une anomalie. A noter que dans 5,7% des cas, les patientes ne connaissaient pas leur résultat d'examen.

Pour 81,8% de la population totale, on ne leur avait pas donné l'information pour savoir quand refaire le prochain FCU.

Un organigramme a été créé pour présenter les FCU de dépistages effectués ou non selon les recommandations de la HAS.

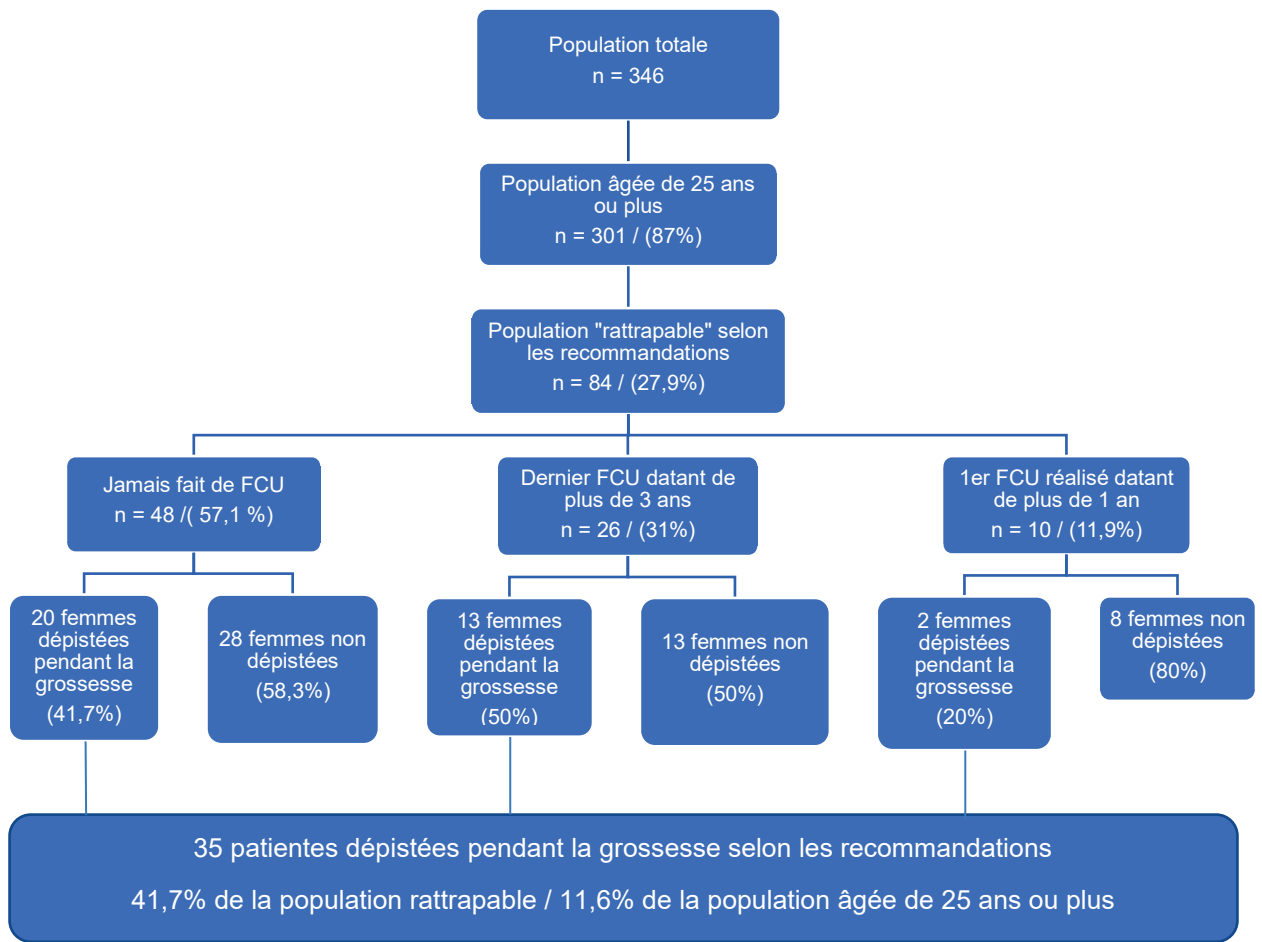


Figure 5 : Diagramme de flux de la population considérée comme éligible au dépistage du cancer du col de l'utérus

3.3 Caractéristiques générales de la population « rattrapable »

Ces informations sont explorées dans le tableau 12 à 16 ces résultats ne sont pas significatifs pour la plupart.

Cette population est âgée de 25 ans et plus ; elle est majoritairement composée de patientes qui n'ont jamais réalisé de FCU de dépistage (57,1%), puis de celles qui ont un FCU qui date de plus de 3 ans avant la grossesse (31%) et enfin celles dont le premier FCU de dépistage date de plus d'un an (11,9%).

3.3.1 Age, morphotype et caractéristiques démographiques

	Population éligible au dépistage « rattrapable »		FCU Réalisé pendant la grossesse				p
	n	%	Oui		Non		
			n	%	n	%	
	84	(100)	35	(41,7)	49,0	58,3	
Jamais fait de FCU (>25ans)	48	(57,1)	20	(57,1)	28	(57,1)	NS
FCU datant de plus de 3 ans (>25ans)	26	(31)	13	(37,1)	13	(26,5)	NS
1 seul FCU réalisé il y a plus d'1 an (> 25 ans)	10	(11,9)	2	(5,8)	8	(16,4)	NS
Age moyen +/- ET	30,5 +/- 4,3		30,5 +/- 4,6		30,5 +/- 4,1		NS
Age entre 25 - 35 ans	74	(88,1)	31	(88,6)	43	(87,8)	NS
Age > 35 ans	10	(11,9)	4	(11,4)	6	(12,2)	
IMC moyen +/- ET	23,9 +/- 4,3		23,8 +/- 4,2		24 +/- 4,5		NS
Nationalité							
Française	41	(48,8)	17	(48,6)	24	(49)	
Européenne (Autre que FR)	8	(9,5)	3	(8,6)	5	(10,2)	
Afrique du Nord	23	(27,4)	11	(31,4)	12	(24,5)	
Afrique Sub-Saharienne	8	(9,5)	2	(5,7)	6	(12,2)	NS
Autres	4	(4,8)	2	(5,7)	2	(4,1)	
Origine							
Française	14	(16,7)	6	(17,1)	8	(16,3)	
Européenne (Autre que FR)	14	(16,7)	6	(17,1)	8	(16,3)	
Afrique du Nord	41	(48,8)	18	(51,4)	23	(46,9)	NS
Afrique Sub-Saharienne	11	(13,1)	3	(8,6)	8	(16,3)	
Autres	4	(4,8)	2	(5,7)	2	(4,1)	

Tableau 12 : Age, morphotype et caractéristiques démographiques de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical.

L'âge moyen de cette population est de 30,5 ans (ET ± 4,3 ans).

La majorité de cette population est de nationalité française (48,8%) et originaire d'Afrique du Nord (48,8%).

L'IMC moyen est de 23,9 kg/m² (ET ± 4,3 kg/m²), les plaçant dans la catégorie « corpulence normale ».

3.3.2 Caractéristiques socio-démographiques

	Population éligible au dépistage « rattrapable »		FCU Réalisé pendant la grossesse				p
	n	%	Oui		Non		
			n	%	n	%	
	84	(100)	35	(41,7)	49	(58,3)	
Statut Matrimonial							
Seule	5	(6)	2	(5,7)	3	(6,1)	NS
En couple	79	(94)	33	(94,3)	46	(93,9)	
Lieu d'habitation							
Urbain	81	(96,4)	33	(94,3)	48	(98)	NS
Rural	3	(3,6)	2	(5,7)	1	(2)	
Diplôme le plus élevé obtenue							
< Bac ou équivalent	23	(27,4)	11	(31,4)	12	(24,5)	
Niveau bac	24	(28,6)	10	(28,6)	14	(28,6)	NS
> Bac	37	(44)	14	(40)	23	(46,9)	
Catégories socio-professionnelles							
Sans	45	(53,6)	16	(45,7)	29	(59,3)	
Employé	33	(39,3)	16	(45,7)	17	(34,7)	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3	(3,6)	2	(5,7)	1	(2)	
Cadres ou profession intellectuelle supérieure	2	(2,4)	1	(2,9)	1	(2)	NS
Ouvrier	1	(1,2)	0	(0)	1	(2)	
Couverture sociale							
Sécurité sociale + Mutuelle	55	(65,5)	25	(71,4)	30	(61,2)	
Sécurité sociale seule	7	(8,3)	2	(5,7)	5	(10,2)	
Mutuelle seule	0	(0)	0	(0)	0	(0)	NS
CMU	15	(17,9)	5	(14,3)	10	(20,4)	
AME	7	(8,3)	3	(8,6)	4	(8,2)	

Tableau 13 : Caractéristiques socio-démographiques de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical.

Ces patientes sont majoritairement en couple (94%), et habitent en zone urbaine (96,4%).

Elles ont pour la plupart un diplôme supérieur au baccalauréat (44%), et la catégorie socio-professionnelle la plus représentée est celle des « sans emploi » (53,6%).

Toutes les patientes de cette population avaient une protection sociale dont la plus fréquemment rencontrée est le cas « Sécurité sociale et mutuelle » (65,5%) suivi de la CMU (17,9%).

3.3.3 Suivi gynécologique

	Population éligible au dépistage « rattrapable »		FCU Réalisé pendant la grossesse				p
	n	%	Oui		Non		
			n	%	n	%	
	84	(100)	35	(41,7)	49	(58,3)	
Suivi gynécologique							
Sans suivi	41	(48,8)	17	(48,6)	24	(49)	NS
Suivi irrégulier	27	(32,1)	11	(31,4)	16	(32,7)	
Suivi régulier	16	(19)	7	(20)	9	(18,4)	
- Plusieurs fois par an	7	(43,8)	4	(57,1)	3	(33,3)	NS
- Tous les ans	6	(37,5)	2	(28,6)	4	(44,4)	
- Tous les 2 ans	3	(18,8)	1	(14,3)	2	(22,2)	
Parité							
1,0	33	(39,3)	17	(48,6)	16	(32,7)	NS
2,0	29	(34,5)	10	(28,6)	19	(38,8)	
<3	22	(26,2)	8	(22,8)	14	(28,5)	

Tableau 14 : Antécédents gynécologiques de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical.

Dans la globalité, ces patientes n'avaient pas de suivi gynécologique (48,8%), vient ensuite un suivi irrégulier (32,1%) et enfin un suivi régulier (19%).

Parmi celles ayant un suivi régulier, la majorité avait un suivi pluriannuel (43,8%).

3.3.4 Suivi obstétrical

	Population éligible au dépistage « rattrapable »		FCU Réalisé pendant la grossesse				p
	n	%	Oui		Non		
			n	%	n	%	
	84	(100,0)	35,0	(41,7)	49,0	(58,3)	
Quel était le Terme de la 1ere Cs Obstétricale ?							
1er T	76	(90,5)	33	(94,3)	43	(87,8)	NS
2eme T	7	(8,3)	2	(5,7)	5	(10,2)	
3eme T	1	(1,2)	0	(0)	1	(2)	
Quel a été le professionnel rencontré ?							
Gynécologue	51	(60,7)	22	(62,9)	29	(59,2)	NS
Sage-femme	30	(35,7)	12	(34,3)	18	(36,7)	
Médecin généraliste	3	(3,6)	1	(2,9)	2	(4,1)	
Vous a-t-on dit de refaire un FCU ?							
Non	75	(89,3)	30	(85,7)	45	(91,8)	NS
Oui	9	(10,7)	5	(14,3)	4	(8,2)	
Si OUI, quand ?							
Dans les 2/3 mois du PP	5	(55,6)	1	(20)	4	(100)	<0,05
Dans 3 ans	4	(44,4)	4	(80)	0	(0)	

Tableau 15 : Suivi obstétrical de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical

Pendant la grossesse, elles ont, dans la plupart des cas, consulté pour la première fois durant le premier trimestre de grossesse (90,5%) un gynécologue (60,7%) une sage-femme (37,7%).

Dans 10,7% des cas, ces patientes ont été informées par le praticien dans quel délai il fallait faire un FCU dans le futur.

Il n'y a pas de différences notables de ces caractéristiques selon que ces patientes ont été dépistées ou non pendant la grossesse précédente. Mise à part sur l'information qu'elles ont reçue pour effectuer leur prochain FCU.

- Parmi celles ayant été dépistées et ayant reçu cette information (14,3%), dans 80% des cas, le praticien leur a rappelé d'effectuer un FCU « dans 3 ans ».
- Parmi celles n'ayant pas été dépistées mais ayant reçu l'information (8,2%), le praticien leur a rappelé d'effectuer un FCU « dans les 2 à 3 mois du post-partum ».

Ce sont les seuls résultats significatifs concernant les caractéristiques de cette population dans ce tableau ($p < 0,05$).

3.3.5 Informations reçues concernant le FCU et l'HPV

	Population éligible au dépistage « rattrapable »		FCU Réalisé pendant la grossesse				p
	n	%	Oui		Non		
			n	%	n	%	
	84	(100)	35,0	(41,7)	49,0	(58,3)	
Connaissance rôle FCU	7	(8,3)	3	(8,6)	4	(8,2)	NS
L'âge de commencement du FCU	2	(2,4)	2	(5,7)	0	(0)	NS
La fréquence de réalisation d'un FCU	5	(6)	3	(8,6)	2	(4,1)	NS
Jusqu'à quel âge effectuer ce suivi	0	(0)	0	(0)	0	(0)	NS
Connaissance du rôle pathogène de l'HPV	5	(6)	1	(2,9)	4	(8,2)	NS
Connaissance de l'existence du vaccin anti-HPV	27	(32,1)	12	(34,3)	15	(30,6)	NS
Couverture vaccinale (n= 74)	6	(8,1)	3	(9,7)	3	(7)	NS

Tableau 16 : Informations reçues de la population considérée comme rattrapable et comparaison des caractéristiques des patientes selon qu'elles ont bénéficié ou non d'un FCU pendant leur suivi obstétrical

Quant aux informations reçues par rapport aux modalités du dépistage du cancer du col, parmi cette population, on peut noter que :

- 8,3% de cette population connaissait le rôle du FCU
- 2,4% connaît l'âge de commencement du suivi recommandé
- 6% connaissait le rythme triennal recommandé de ce suivi
- Aucune patiente de ce groupe ne savait quand arrêter ce suivi

Par rapport au papillomavirus, 32,1% de cette population connaissait l'existence d'un vaccin anti-HPV et la couverture vaccinale a été estimée à 8,1%.

4. DISCUSSION

La HAS préconise dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus la réalisation d'un FCU à partir de l'âge de 25 ans, tous les trois ans, après deux FCU normaux réalisés à un an d'intervalle chez les femmes sexuellement actives.

Il est ainsi préconisé de réaliser un FCU de dépistage lors du suivi obstétrical pour les femmes ne présentant pas un suivi gynécologique régulier et ne suivant pas ces recommandations.

Cette étude a permis de mettre en exergue cette pratique ainsi que de caractériser la population considérée comme rattrapable ou non à jour de leur suivi.

4.1 Analyse de l'étude

4.1.1 Point fort de l'étude

Cette étude a été menée sur 346 patientes de trois des quatre centres publics des Alpes Maritimes.

Il s'agit de la première étude qui s'intéresse à la fois à la pratique des FCU de rattrapage chez les femmes enceintes lors du suivi obstétrical, à caractériser la population éligible à ce dépistage tout en s'intéressant également aux informations reçues par les femmes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus.

En effet, c'est aussi la première étude qui a permis de caractériser une population de femmes enceintes en fonction de leur réalisation ou non de FCU de dépistage avant leur grossesse.

Nos résultats sont complets concernant notamment les caractéristiques de la population en fonction de la pratique du FCU de dépistage, dans le suivi gynécologique de prévention pour ces patientes. Ils sont nombreux à être hautement significatifs et peu à présenter des tendances même s'ils sont associés dans la plupart des cas à une participation déclarative.

4.1.2 Point faible de l'étude

Cette étude a été conduite dans trois centres publics du département des Alpes-Maritimes, les conclusions tirées s'appuient donc sur un échantillon localisé.

La patientèle est peut-être différente dans des structures privées ; il serait intéressant de faire une exploration plus étendue pour confirmer les tendances de notre étude. Enfin, il existe une disparité d'âge au sein de cette étude.

4.1.3 Biais et limite de l'étude

Des biais de confusion ont été relevés dans le recueil de données.

Tout d'abord, certaines réponses fournies par les patientes n'ont pas été toutes vérifiables en raison d'un manque de rigueur de la tenue des dossiers obstétricaux ainsi que d'absence de compte-rendu dans le dossier médical (date de la réalisation du FCU pendant la grossesse ? Si oui, date de la réalisation du précédent FCU pour vérifier l'application des recommandations ou le suivi de la patiente). De même, beaucoup de femmes confondaient le prélèvement vaginal et le FCU, après explication lors de l'interrogatoire, sans tenue de dossier ou de compte-rendu, il a souvent été impossible de vérifier la compréhension de la patiente.

Sans information dans les dossiers, les patientes ayant répondu « ne sait pas » pour la réalisation du dernier FCU, ont été, par la suite exclues de l'enquête car les données n'étaient pas exploitables.

Les femmes de moins de 25 ans, bien qu'elles n'appartiennent pas à la tranche d'âge ciblée par les recommandations, ont été incluses dans l'étude. Cependant, elles ont permis une meilleure appréciation du sur-dépistage.

La limite de cette étude réside dans le fait que la plupart des informations exploitées, pour obtenir ces résultats, étaient déclaratives et directement recueillies auprès des patientes. Les obstacles que rencontrent les professionnels de santé, dans leur pratique, devraient être pris en compte ainsi que les contraintes de fonctionnement des services. Pour exemple, certains dossiers informatisés non accessibles lors de cette étude auraient apportés des résultats plus affinés que ceux à disposition dans les dossiers médicaux papiers.

Avant de valider ou d'invalider les hypothèses de travail émises, il est nécessaire de confronter les principaux résultats obtenus à la littérature.

4.2 Interprétation des résultats

Il paraît bon de rappeler que la population totale de l'étude a été divisée en 3 groupes en fonction de la réalisation des FCU : 242 patientes avaient leur dernier FCU datant de moins de 3 ans avant leur grossesse (69,9%) ; 75 patientes n'avaient jamais réalisé de FCU avant leur grossesse (21,7%) ; 29 patientes avaient un FCU datant de plus de trois ans avant leur grossesse (8,4%).

4.2.1 Caractéristiques générales de la population de l'étude

4.2.1.1 Age, nationalité et origine

Il a notamment été mis en évidence dans les résultats, que les patientes les plus jeunes faisaient partie de la population qui n'avait jamais réalisé de FCU. Sachant que 27 des 75 patientes de ce groupe avaient moins de 25 ans, ce résultat semble cohérent.

Il a aussi été démontré que les patientes non à jour de leur suivi sont plus souvent originaires d'Afrique du Nord et/ou d'Afrique Sub-Saharienne. La culture de ces femmes fait qu'elles sont souvent moins observantes au niveau de leur suivi gynécologique de prévention, ce qui peut expliquer ces résultats. Dans la littérature aucune étude a été trouvée pour comparer ces résultats.

4.2.1.2 Facteurs socio-économiques

Plusieurs études ont mis en évidence les freins à la réalisation du dépistage du CCU. Une étude sur la pratique d'un FCU de dépistage de 7 912 femmes âgées de 25 à 65 ans a été menée en 2002-2003. Elle a permis de démontrer que certains facteurs, notamment socio-économiques, augmentaient la réalisation de FCU : le fait d'être en couple, d'avoir un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, d'être cadre ou ayant une profession intermédiaire, de vivre en milieu urbain, posséder une couverture sociale complète [42].

Dans notre étude, les patientes dont le dernier FCU date de moins de 3 ans avant la grossesse, ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et sont « employés ».

Elle a permis de montrer que la réalisation d'un FCU diminuait avec l'augmentation de l'âge, surtout après 50 ans, et avec l'obésité (IMC \geq 30 kg/m²).

D'autres freins ont déjà été cités par la HAS en 2010 et complétés par l'étude de 2015 de l'INCa [25].

Dans nos résultats, l'IMC moyen des patientes dont le dernier FCU date de plus de 3 ans avant la grossesse, donc non à jour de leur suivi, était plus élevé que les patientes des autres groupes étudiés ; les plaçant dans la catégorie « surpoids ». Ces patientes habitent aussi plus souvent en milieu rural. Des facteurs cités comme des freins dans les études précédentes. A noter que l'effectif de cette population est restreint dans notre étude.

Dans le groupe n'ayant jamais effectué de FCU, nos résultats montrent que ces patientes bénéficient davantage de la CMU et de l'AME, freins notoires d'un accès limité au dépistage par FCU.

4.2.1.3 Antécédents et suivi gynécologique

Les patientes n'ayant jamais effectué de FCU sont pour la plupart des primipares et au vu de leur âge plus jeune, elles peuvent être moins en contact avec des professionnels de la sphère gynécologique. En effet, c'est dans ce groupe où l'on retrouve le plus de patientes de la population totale de l'étude sans suivi gynécologique de routine.

Ce qui correspond aux raisons évoquées par ces patientes qui n'avaient jamais réalisé de FCU. En plus de l'absence de suivi gynécologique, leurs réponses montrent, en effet, que la méconnaissance du FCU ainsi que le manque d'information reçue de la part des professionnels sont en cause dans la non réalisation de cet examen de dépistage.

Pour celles ayant un suivi gynécologique, nous retrouvons une proportion importante de suivi pluriannuel, possiblement expliqué par des patientes plus jeunes avec une demande de contraception ou tout simplement un effectif limité. A l'inverse, il est prouvé dans notre étude que les patientes à jour de leur suivi, ont un suivi gynécologique de routine régulier et annuel.

4.2.1.4 Informations reçues à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus

Une étude menée au Canada en 2013 atteste les raisons et freins cités auparavant et permet d'ajouter aussi l'intérêt porté par les patientes à ce dépistage ; la plupart des patientes non à jour pense que ce dépistage n'est pas nécessaire, elles n'ont pas de temps à consacrer à ce test ou leur médecin leur a dit que ce n'était pas nécessaire [43].

Ce qui permet de montrer aussi un manque de connaissance ou d'informations reçues par ces femmes. Le Baromètre cancer 2010 affirme que 2/3 des femmes n'ayant pas de suivi récent déclarent ne pas connaître le geste du frottis. La connaissance du FCU comme examen de dépistage du cancer du col utérin est très fortement associée au suivi [36].

Notre étude a pu mettre en lumière un manque d'informations exactes reçues par rapport à cet examen de dépistage ainsi que ses modalités. Nos résultats sont différents des deux études basées sur la connaissance des femmes à ce sujet. Dans la population totale, seulement 16,5% des patientes connaissent le rôle du FCU dans le dépistage du CCU. Ce taux est d'environ 20% pour les patientes ayant déjà été dépisté contre 4% pour celles qui ne le sont pas.

On peut donc conclure qu'effectuer cet examen de dépistage permet d'avoir plus d'informations exactes concernant son rôle. Cependant, même pour les patientes ayant un suivi gynécologique régulier, et un suivi de FCU de dépistage à jour, le taux d'informations exactes est très bas.

Pour rappel, dans les deux autres études, environ 80% des femmes interrogées avaient répondu que le FCU permet de dépister une infection et des lésions précancéreuses du col [38] [39].

Ce grand écart de résultats peut s'expliquer par le fait que dans les deux études déjà citées, les recueils de données étaient sous forme de questions à choix multiples alors que notre étude, quand il s'agissait d'évaluer les informations reçues, les questions étaient ouvertes. De plus, dans l'étude de 2014, la population était issue d'un milieu médical ce qui pouvait générer des biais de recrutement.

Il en est de même pour les modalités de dépistage du cancer du col. Dans notre étude, le FCU doit être effectué :

- Dès le début des rapports sexuels (46,8%), ce résultat est semblable par rapport aux deux autres études en se rapprochant des résultats de 2017 (75% vs 47,2%).
- Tous les ans (51,1%) ; alors que dans les études précédentes les résultats étaient en faveur de tous les deux ans (46,5% vs 43,5%), nous ne retrouvons ce résultat que dans 26,3% des cas. Il est probable que les pratiques du FCU varient selon les départements, les régions.
- Jusqu'à la ménopause dans 54,5% des cas, alors qu'en 2014 et 2017 il n'y avait pas de limite d'âge pour la fin du dépistage (76,9% vs 57,9%). Cependant notre effectif est faible pour cette réponse car peu de patientes avaient reçu cette information au préalable.

En effet, contrairement aux études déjà citées, notre recueil de données s'intéressait à savoir si les patientes avaient déjà reçu les informations avant de répondre à des questions ouvertes. A ce jour, il n'y a pas d'étude comparative pour ces résultats.

Concernant la modalité du dépistage du cancer du col de l'utérus, nos résultats sont les suivants :

- Par rapport à l'âge de commencement ; 22,3% de la population totale a reçu l'information, cependant l'information exacte n'a été retrouvée que dans 5,8% des cas
- Par rapport à la fréquence ; 39,6% des patientes ont reçu l'information, dans 7,8% des cas elle était exacte
- Par rapport à la fin de ce dépistage ; 6,4% de la population a reçu l'information, mais une seule patiente a la réponse exacte (0,3%).

De plus, notre étude montre que ne sont pas forcément les patientes les mieux suivies qui ont reçu l'information la plus exacte : Ces patientes sont celles qui méconnaissent le plus l'âge de commencement de ce dépistage (4%) en pensant commencer ce suivi dès le début des rapports sexuels. Pour la fréquence, ce sont celles qui ont eu le plus d'informations justes (10%) mais en majorité les réponses obtenues étaient « tous les ans » ; ces patientes ont répondu en majorité que la ménopause correspondait à la fin de ce suivi.

Notre étude a permis de démontrer un manque réel d'informations reçues, en sus ces informations pouvaient être mal appréhendées par les patientes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

4.2.1.5 Informations reçues concernant le HPV

Les patientes qui connaissent le plus le HPV sont celles qui ont déjà été dépistées par un FCU, dans environ 80% des cas ces patientes ont répondu positivement contrairement aux patientes qui n'ont jamais été dépistées où elles ont répondu positivement dans 32% des cas.

Cet écart significatif montre que le dépistage par FCU permet un apport d'information et de connaissance envers ce virus.

Néanmoins, les patientes connaissent moins le rôle pathogène du HPV. Nous avons remarqué que les patientes non à jour de leur suivi mais déjà dépistées ne déclaraient pas le papillomavirus comme pourvoyeur de cancers. Pour celles-ci, ce virus était la cause d'infections, de stérilité voir même de décès. Cependant l'effectif de ce groupe reste faible et ces réponses ne sont donc pas extrapolables.

Les patientes à jour de leur dépistage par FCU et étonnamment les patientes qui ne se sont pas fait dépister, savent en plus grande proportion que l'HPV peut être la cause de cancers. Toutefois, après réévaluation des réponses obtenues, les patientes qui connaissent le mieux le rôle pathogène du HPV sont celles qui sont à jour de leur dépistage par FCU, cette proportion reste faible ; seulement 1 patiente sur 5 possédait les connaissances exactes.

En regroupant toutes ces réponses, on peut déclarer que le dépistage par FCU permet un apport de connaissance concernant le HPV et son rôle dans le cancer du col de l'utérus. Cependant ces connaissances sont encore très rares dans la population totale. Dans ladite population totale, 17,1% des patientes connaissaient le rôle pathogène du HPV dans le cancer du col de l'utérus. Ce résultat n'est pas pleinement comparable aux études déjà citées. Dans ces dernières, c'est la connaissance de la cible du vaccin anti-HPV qui est évaluée.

En effet, ces résultats sont très différents, 88% des patientes en 2014 et 76,6% en 2017 connaissaient le rôle préventif du vaccin anti-HPV dans le cancer du col de l'utérus. Encore une fois, on peut penser que ces résultats élevés peuvent être dus à des questions fermées à choix multiples contrairement à notre recueil sous forme de

questions ouvertes ; de plus et, peut-être que les femmes connaissent mieux le rôle préventif du vaccin mais ne font pas le lien avec le virus en cause comme le démontre nos résultats.

4.2.1.6 Connaissances envers le vaccin anti-HPV

Dans la population totale, 1 patiente sur 2 connaît l'existence du vaccin anti-HPV. Concernant ce vaccin, notre étude a mis en évidence que les patientes ayant déjà été dépistées par FCU, sont celles qui connaissent le plus l'existence de cette prévention mais la couverture vaccinale a été estimée à 14% environ ce qui reste très faible.

La population de l'étude qui a la couverture vaccinale la plus faible sont celles faisant parties du groupe qui n'a jamais effectué de FCU, pourtant cette population est plus jeune que les autres, et devrait donc être la cible principale de cette prévention. Il est possible que les patientes plus âgées, qui ont commencé à bénéficier du dépistage du cancer du col, comprennent mieux les enjeux de cette vaccination.

La couverture vaccinale estimée au sein de notre étude correspond à la couverture vaccinale évaluée par Santé Publique France dans le Bulletin Santé de 2017 dans le département des Alpes-Maritimes qui est d'environ 20% chez les jeunes filles de 16 ans [44]. La couverture vaccinale HPV des jeunes filles de cet âge est de 19 % en 2016, ce qui est exactement égal à la couverture vaccinale estimée en France entière des jeunes filles de 16 ans comme le déclare le Haut Conseil de Santé Publique [45]. Cependant, nous n'avons pas retrouvé de littérature décrivant la couverture vaccinale de la population totale française récente afin de pouvoir faire une comparaison plus exacte avec notre étude.

Cette couverture vaccinale est encore loin de celle préconisée dans les perspectives de la stratégie nationale de dépistage du Plan cancer 2014-2019 (objectif de 60%) [22].

Lors des interrogatoires, une grande partie de la population a semblé montrer un désintérêt face à cette prévention primaire, souvent lié aux polémiques du vaccins ou tout simplement selon le conseil des praticiens de ne pas effectuer cette prévention dans les années précédentes [46].

Ces dires perdurent dans le temps. Il s'agit là bien sûr d'un ressenti et d'une interprétation personnelle face aux déclarations des patientes.

4.2.2 Suivi obstétrical et FCU réalisé

Contrairement au dépistage opportuniste, dans le cadre du dépistage lors du suivi obstétrical des patientes, ces dernières sont amenées à consulter lors de la grossesse par nécessité et de manière systématique. Sur l'ensemble de la population de l'étude, 100% ont consulté au moins une fois lors de leur grossesse. La réalisation de cet examen dépend donc en majorité du praticien, des informations apportées aux femmes pour les convaincre de l'utilité du FCU de dépistage.

On remarque notamment, grâce aux résultats de notre étude, que la première consultation de grossesse a lieu au premier trimestre. C'est un point positif car c'est aussi à cette période que la majorité des examens de dépistage par FCU est réalisée (94,3%), période à laquelle le col se prête idéalement à cet examen [31]. Dans très peu de cas il a été réalisé au second trimestre (5,7%) et jamais lors du troisième trimestre, peut-être dû à des réticences ou des habitudes de pratiques différentes de la part des praticiens.

Nos résultats montrent que cette première consultation obstétricale est plus souvent réalisée par un gynécologue pour les patientes dont le dernier FCU date de moins de 3 ans avant la grossesse ; alors que pour les patientes non à jour, dont le dernier FCU date de plus de 3 ans, cette consultation est plus souvent réalisée par les sages-femmes.

Quant à la réalisation d'un FCU pendant la grossesse :

- Ils sont plus fréquemment effectués par des gynécologues pour les patientes dont le dernier FCU date de moins de 3 ans donc qui sont à jour de leur suivi ; à l'inverse ils sont moins pratiqués par ces professionnels chez les patientes qui n'avaient jamais fait de FCU auparavant.
- Ils sont réalisés pour les patientes non à jour de leur suivi (jamais effectué et > 3 ans) en plus grande proportion par les sages-femmes et en moindre proportion pour les patientes à jour de leur suivi.

On peut supposer que les sages-femmes sont plus aux faits des recommandations. Toutefois, les résultats doivent être nuancés car les effectifs des groupes non à jour de leur suivi sont inférieurs à l'effectif du groupe à jour ; effectif qui consulte moins les sages-femmes en général.

4.2.3 Population éligible aux dépistages lors du suivi obstétrical

4.2.3.1 Caractéristiques générales

Les résultats ont permis d'identifier les femmes, ciblent du dépistage, pendant leur suivi obstétrical parmi les 301 patientes âgées de 25 ans ou plus de l'étude :

- Les patientes qui n'avaient jamais réalisé de FCU auparavant (48)
- Les patientes dont le dernier FCU datait de plus de 3 ans avant leur grossesse (26)
- Les patientes dont leur premier FCU dataient de plus de 1 an (10)

L'âge moyen de notre population « rattrapable » avoisine les 30 ans, ce qui correspond à la tendance nationale d'âge moyen de survenu d'une grossesse mais aussi la tranche d'âge pour laquelle le diagnostic des états précancéreux en France est le plus souvent réalisé [31].

Au sein de cette population, des freins préalablement repérés sont décrits : une majorité de patientes « sans emploi », qui n'a pas de suivi gynécologique de routine ou un suivi irrégulier. Ces patientes sont aussi plus souvent des primipares, originaire d'Afrique du Nord. Cependant, des facteurs en faveur d'une bonne observance de dépistage sont aussi retrouvés tels que le fait d'être en couple, d'habiter en milieu urbain, d'avoir un niveau d'étude supérieur à celui du baccalauréat, et de bénéficier d'une couverture sociale complète.

Dans l'ensemble cette population a soit reçu moins d'informations exactes, soit nos résultats sont dus à un défaut de mémorisation et/ou de compréhension. Les résultats de cette population sont comparés à ceux de la population totale :

- 8,3% connaissait le rôle du FCU (vs 16,5%)
- 2,4% avait l'information quant au commencement du dépistage (vs 5,8%)
- 6% avait l'information quant à la fréquence de ce dépistage (vs 7,8%)
- Aucune patiente a eu l'information quant à l'arrêt de ce dépistage (vs 0,3%).

A noter aussi, que la population rattrapable de cette étude est celle qui a la moins bonne couverture vaccinale estimée à 8,1%. Donc, en plus d'être à risque au niveau du dépistage du cancer du col de l'utérus, cette population est à risque accru dû à ce défaut de la prévention primaire.

Aucun facteur probabiliste de la réalisation d'un FCU dans cette population a pu être mis en évidence en analyse univariée sans doute à cause d'un effectif trop faible.

4.2.3.2 Réalisation de FCU de rattrapage

Parmi les 84 patientes cibles du dépistage par FCU durant leur suivi obstétrical seulement 35 FCU (41,7%) ont été réalisés, ce qui veut dire que 49 patientes (58,3%) ont échappé à ce dépistage. A noter que cette erreur est plus souvent retrouvée pour les patientes dont leur premier FCU datait de plus de 1 an. L'interrogatoire a permis de savoir que parmi ces 49 patientes non dépistées, 4 patientes ont reçu les recommandations de la part du praticien d'effectuer cet examen de dépistage dans les 2 à 3 mois du post-partum.

L'étude a pu mettre en évidence secondairement que parmi les 105 FCU réalisés au sein de la population totale, seulement 1/3 des FCU réalisés étaient appropriés et suivaient les recommandations de la HAS. Les 2/3 des FCU restants peuvent donc être considérés comme du sur-dépistage, notamment pour des patientes âgées de moins de 25 ans (9), ou pour la plupart un FCU datant de moins de 1 an (37) ou de moins de 3 ans (24).

Cette étude a permis de démontrer une différence entre les pratiques et les recommandations issue de la HAS par rapport aux dépistages du cancer du col de l'utérus.

En effet, plusieurs anomalies ont été décelées, que ce soit en faveur du sur-dépistage, avec une pratique hors des recommandations chez une femme à jour de son suivi ou chez une jeune femme âgée de moins de 25 ans ; ou à l'inverse du sous-dépistage chez les femmes âgées de 25 ans ou plus :

- 3,3% des patientes avaient un écart de plus d'un an avant le tout premier FCU du suivi
- 8,6% avaient un écart de suivi dépassant les 3 ans,
- Les patientes qui n'avaient jamais réalisé de FCU représentent 16% de cette population

4 FCU ont été reportés dans le post-partum alors que les patientes auraient pu bénéficier d'un FCU de rattrapage pendant le suivi obstétrical. Sachant que 3 d'entre elles ont consulté dès le premier trimestre de la grossesse, la dernière pendant le second trimestre.

En comparaison à l'étude de Saulneron conduite dans les Bouches-du-Rhône en 2013, les chiffres sont sensiblement les mêmes, avec une légère amélioration de la prise en charge du dépistage du cancer du col en 2018.

En effet, l'auteure avait conclu que pour la population cible du dépistage pendant la grossesse, 1/3 de celles-ci ont bénéficié d'un FCU (vs 41,7% en 2018) et que donc 2/3 ont échappé à ce dépistage. Par ailleurs, 63,7% des patientes à jour de leur dépistage ont été soumises à tort au FCU, ce qui correspond à du sur-dépistage, chiffre sensiblement proche des 2/3 des FCU effectués à tort dans l'étude actuelle [41].

4.3 Validation des hypothèses

Dans notre étude les professionnels ont réalisé plus de FCU pendant la grossesse en 2018 (30,3% vs 25% en 2013), en augmentation aussi si l'on compare ces résultats à l'enquête de périnatalité de 2016 (27,7%) [42].

Des facteurs impliquant un meilleur suivi ont été mis en évidence ainsi que des freins. Ces derniers sont retrouvés en partie dans la population non à jour de leur suivi de dépistage.

Un important manque d'informations des patientes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que sur ses modalités ont été démontrées. Les réponses exactes étaient en proportion encore plus faibles.

Notre étude permet d'observer que les recommandations nationales ne sont pas forcément respectées ou mal appliquées puisque le dépistage ne parvient pas à atteindre la population ciblée : dans la population totale de 346 femmes interrogées, 105 FCU ont été effectués pendant la grossesse sans toutefois totalement correspondre aux recommandations de la HAS, puisque seulement 1 FCU sur 3 suivait lesdites recommandations. Certains professionnels n'ont pas des pratiques alignées aux recommandations actuelles de la HAS en ce qui concerne le dépistage par FCU du cancer du col de l'utérus avec un chiffre encore très important de sur-dépistage.

Hypothèse principale : « La période de la grossesse n'est pas suffisamment mise à profit pour réaliser un FCU de rattrapage dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus » est confirmée.

Hypothèses secondaires :

- « Des facteurs socio-démographiques, ainsi que le suivi gynécologique de routine ont un impact sur la réalisation et le suivi des FCU de dépistage », est confirmée.
- « Les femmes ne reçoivent pas suffisamment d'informations concernant le dépistage du cancer du col ainsi que sur ses modalités. », confirmée.
- « Les informations apportées par les professionnels sont exactes. », l'hypothèse est invalidée.
- « Les praticiens réalisant des FCU lors du suivi obstétrical ne suivent pas suffisamment les recommandations de la HAS. », cette hypothèse est aussi confirmée.

4.4 Perspectives d'améliorations

Cette étude conduit à constater que le dépistage est mal ciblé au cours de la grossesse et ne suit pas les recommandations dans la majorité des cas, ce qui contredit le Plan cancer 2014-2019 qui voudrait assurer une médecine de meilleure qualité en améliorant la prise en charge et les pratiques du dépistage [22].

La période idéale de réalisation d'un examen de dépistage par FCU est au cours du premier trimestre, mais dans le cas de patientes n'ayant pas de suivi, il est tout de même recommandé d'effectuer cet examen quel que soit l'âge gestationnel. Ce peut être aussi l'occasion de donner à nouveau ces informations aux patientes et une chance supplémentaire leur est donnée pour permettre la mise en place d'un suivi. Sachant que si le résultat de l'examen n'est pas exploitable, ou si une anomalie est détectée, il sera recommandé d'effectuer ce nouvel examen dans les 2 à 3 mois du post-partum (Annexe 4) [27].

Il est préférable dans ce cas, de la part du professionnel, de prendre le temps d'effectuer un FCU pendant la grossesse, donner des informations à la patiente et si besoin lui demander de revenir en post-partum. Avec des informations appropriées, les patientes seront peut-être plus observantes dans leur suivi gynécologique.

De plus, au cours de l'interrogatoire durant l'étude, presque la totalité des patientes se sont montrées attentives et ont porté un vif intérêt quant aux explications fournies

et ont déclaré que les praticiens ne prenaient pas le temps de leur fournir suffisamment d'informations.

Une bonne information ne garantira pas forcément une motivation suffisante des femmes pour se prémunir de la maladie. Les praticiens se heurtent aussi souvent, au manque d'initiative des femmes, leur négligence et au refus de se soumettre à cet examen soi-disant douloureux.

Les anomalies relevées sont donc témoins d'une difficulté des professionnels dans l'application des recommandations ou du recueil de l'information exacte auprès des patientes.

4.4.1 Dans le milieu hospitalier

Notamment dans le milieu hospitalier, la tenue actuelle des dossiers peut mener à commettre des erreurs dans la prise en charge. En effet, la date du dernier FCU doit être demandée. Il faut ajouter si ce FCU a été réalisé pendant la grossesse ou non et penser à réclamer aux patientes le compte-rendu de leur dernier FCU réalisé. Toutes ces informations pourraient être mises à disposition dans le Dossier Médical Partagé (DMP) créé depuis 2016 mais déployé en France que depuis novembre 2018 [47]. Ce dossier est non substituable au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque professionnel de santé, et pourrait contenir, en complément, ces comptes-rendus manquants.

Il serait aussi intéressant de préciser le suivi gynécologique de la patiente dans le dossier obstétrical (absent / irrégulier / régulier). Cette information inciterait à éviter de repousser un FCU dans le post-partum si la patiente est reconnue non observante. En effet, si le FCU est repoussé, sans information, une patiente non observante pourrait ne pas se présenter en post-partum et échapper au dépistage.

4.4.2 Ajuster les pratiques

Pour optimiser ce dépistage du cancer du col de l'utérus, il paraît donc nécessaire avant tout de responsabiliser les praticiens pour leur permettre d'ajuster leur pratique avec notamment :

- Une sollicitation de tous les professionnels ; en effet selon notre étude, environ 70% des FCU réalisés pendant la grossesse le sont par des gynécologues, les sages-femmes n'en réalisent que 15% environ et les médecins généralistes 3%.

Ces derniers ainsi que les sages-femmes sont souvent aussi moins sollicités pour le suivi de grossesse, en tout cas lors de la première consultation obstétricale (73,3% de gynécologue-obstétricien, 23,4% de sage-femme et 2,9% de médecin généraliste).

- Actualiser les informations concernant ce dépistage pour les professionnels. Moyens mis à disposition notamment pas l'INCa en lien avec les organismes de formations professionnelles ainsi qu'avec les représentants régionaux des professionnels effectuant le dépistage par FCU, que ce soit au niveau de l'information mais aussi de la pratique.
- Pour être capable par la suite d'apporter une information claire aux patientes pour les sensibiliser davantage que ce soit sous forme orale ou écrite (brochures, dépliants...).

Dernièrement, l'INCa a aussi mis à disposition une brochure d'information dans le cadre de la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Annexe 7). De ce fait le dialogue que les professionnels initieront avec leurs patientes favorisera une meilleure compréhension de ces enjeux et la participation à ce programme.

4.4.3 Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Ce dépistage organisé apparaît très prometteur. Des expérimentations avaient notamment déjà été menées en France métropolitaine et à l'Outre-mer depuis plus d'une vingtaine d'années. Ces expérimentations avaient toutes démontré une amélioration de la couverture préventive chez la population cible en dépassant parfois même l'objectif des 80% énoncé dans le Plan Cancer 2014-2019.

La population cible du programme du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus se fonde sur les recommandations de la HAS.

- Le dépistage concerne toutes les femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans inclus.
- Les femmes ayant eu une ablation du col de l'utérus (même du fait d'un antécédent gynécologique ayant nécessité une hystérectomie totale) sont exclues du dépistage.

- Les femmes enceintes et les femmes ménopausées sont incluses dans la population cible du programme organisé.

Les femmes de la population cible seront invitées par envoi de courrier si ces dernières n'ont pas participé spontanément au dépistage dans les trois dernières années et une relance sera effectuée 12 mois après l'invitation pour celles qui n'auraient pas réalisé ledit dépistage. Dans ce courrier sera aussi joint le dépliant national d'information élaboré par l'INCa pour permettre une décision éclairée de la patiente [26].

L'examen de dépistage fait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie sans avance de frais sur la présentation du courrier d'invitation au programme.

4.4.4 La diversification des professionnels de santé

La diversification des professionnels pour effectuer ce FCU doit être encouragée. Pour le moment, le prélèvement peut être effectué par plusieurs personnes : Des médecins (Gynécologue, médecin généraliste, médecin biologiste d'un laboratoire d'analyses médicales) ou des sages-femmes. Ces examens peuvent être réalisés au sein de cabinets privés mais aussi dans des centres de santé, de planification familiale, à la PMI ou des maisons pluridisciplinaires de santé.

Les sages-femmes ont acquis des compétences en gynécologie depuis la Loi du 21 juillet 2009, Hôpital Patients Santé et Territoires (H.P.S.T) [48]. Depuis cette Loi, toutes les femmes en bonne santé et en âge de procréer (de la fin de la puberté jusqu'à la ménopause) peuvent effectuer leur suivi gynécologique auprès des sages-femmes. Ces dernières doivent adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique.

Avec la pénurie de plus en plus croissante des gynécologues en France, la place des sages-femmes dans le suivi gynécologique de routine des femmes doit être mise en exergue. De plus, avec la mise en place du dépistage organisé du CCU, il est précisé que cette diversification doit être encouragée, et devrait notamment concerner les infirmier(ère)s car des difficultés d'accès à la prévention existent encore [26]. En effet, pour lutter efficacement face aux inégalités territoriales d'accès

à ce dépistage, des actions spécifiques envers les populations vulnérables et/ou très éloignées du système de santé peuvent être menées.

Dans le programme du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus des propositions d'accompagnement au dépistage, de médiation sanitaire, d'unité mobile ont été faites. Ces actions seraient mises en place par des associations en partenariat avec les structures en charge de la gestion des dépistages des cancers [26].

4.4.5 Le test HPV

Pour lutter contre ces inégalités, l'auto-prélèvement vaginal à domicile d'un test HPV peut aussi être mis en avant. Le Test HPV permet la détection des acides nucléiques des génotypes de papillomavirus humains à haut risque oncogène. Une expérimentation a été réalisée en France en 2011 dans le département des Bouches-du-Rhône, un kit de prélèvement était envoyé au domicile des femmes n'étant pas à jour de leur suivi, au lieu d'envoyer la deuxième invitation par courrier. Cette étude sur plus de 9 000 femmes a démontré un taux de participation à la deuxième invitation au frottis de 7,2 % alors que le taux de participation à l'auto-prélèvement au domicile était de 26,4 % [49].

Ce test a été largement accepté par la population comme le montre une deuxième étude effectuée en Indre-et-Loire en 2012, dans cette étude la participation était aussi plus élevée dans le groupe « auto-prélèvement » que dans les groupes « sans intervention » (22,5% vs 9,9%) et « relance » (11,7%) [50].

Une étude a été menée aux Pays-Bas pour évaluer la performance du test HPV selon les conditions de réalisation : en auto-prélèvement (7 643 patientes) *versus* des tests HPV effectués à la suite de FCU réalisés par des professionnels de santé (6 282 patientes). Les résultats montrent que la sensibilité des deux méthodes pour les lésions de hauts grades ne diffère pas. Cette étude suggère que l'auto-prélèvement pourrait être utilisé en première intention dans le dépistage du cancer du col de l'utérus au vu des résultats [51].

Or, en France, le test HPV est indiqué par la HAS en seconde intention en cas de FCU indéterminé ASC-US et possède une valeur prédictive négative proche de 100%. (Annexe 5).

En effet, le test HPV permet d'améliorer la sensibilité du dépistage mais il est moins spécifique que le FCU, c'est ce que démontre l'étude de la Cochrane basée sur quarante études qui comparaient le test HPV au FCU, sur plus de 140 000 femmes, publiée en 2017 [52].

La combinaison des deux tests semble un compromis pour une bonne spécificité. L'auto-prélèvement apporte un intérêt, notamment chez les populations actuellement sous-dépistées ou non participante au dépistage [53].

4.4.6 L'élargissement de la vaccination

Enfin, il faut rappeler qu'en France, dans le cadre de la prévention primaire, du cancer du col de l'utérus, la vaccination contre les HPV est recommandée chez les jeunes filles (entre 11 et 14 ans, avec rattrapage possible entre 15 et 19 ans), ainsi que chez les jeunes hommes ayant des relations avec d'autres hommes.

La couverture vaccinale reste bien trop faible puisqu'environ et seulement 20 % des jeunes filles sont vaccinées.

En Australie, une vaste campagne de prévention et de vaccination gratuite a permis d'établir la couverture vaccinale à 80 % des jeunes filles et à 75 % des garçons de moins de 15 ans, permettant d'entrevoir l'éradication des cancers liés aux HPV dans un horizon particulièrement proche. Par ailleurs, selon un essai clinique mené en Suède, la vaccination des garçons ajoutée à celles des filles améliore de façon significative la protection globale de la population féminine contre l'ensemble des papillomavirus, y compris avec une couverture vaccinale modérée [54].

De ces exemples, l'assemblée nationale le 19 octobre 2018 a adopté un amendement (n°1 493) permettant la mise en place d'une expérimentation sur trois ans, dans deux régions françaises de la vaccination HPV chez les jeunes filles et garçons [54].

Cependant le 23 novembre 2018, un nouvel amendement n°312 stipule que l'extension de cette vaccination aux garçons ne sera réalisée seulement après l'avis que rendra la HAS courant 2019 [55].

CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus est la 10^e cause de mortalité chez les femmes en France. L'incidence de ce cancer pourrait être diminuée. En effet, ce cancer, dû à une infection virale par HPV persistante, a un développement lent. C'est pour cela qu'il se prête idéalement au dépistage notamment par prélèvement cytologique, le frottis cervico-utérin, examen fiable et efficace.

En France, la Haute Autorité de Santé recommande un frottis cervico-utérin tous les trois ans chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans. Cet acte médical est réalisé par les gynécologues mais aussi par les médecins généralistes et les sages-femmes.

Les femmes enceintes sont considérées comme des femmes moins participantes à ce dépistage. Toutefois, ces femmes lors du suivi obstétrical, consultent au moins un des praticiens cités ci-dessus. C'est pour pallier à cette difficulté de dépistage que la législation française préconise la réalisation d'une FCU lors du premier examen prénatal pour les patientes, âgées de 25 ans et plus, présentant un FCU datant de plus de trois ans ou jamais dépistées. Ce dépistage peut même s'étendre lors de l'avancée de la grossesse si la patiente n'est pas observante au niveau de son suivi gynécologique.

Les femmes donnent naissance de plus en plus tard au fil des années, pour atteindre un âge moyen d'environ 30 ans. Âge auquel les femmes sont le plus exposées aux dysplasies cervicales, ce qui fait du suivi obstétrical un moment propice au rattrapage des disparités de dépistage.

Cette étude a prouvé que malgré une amélioration, ce taux de rattrapage n'est que de 41,7%. Pourtant, toutes les femmes de cette enquête ont consulté pendant la grossesse. Une large majorité de femmes ont échappé à ce dispositif de prévention ; alors que 2 femmes sur 3 ont été soumises inutilement au test.

A l'évidence, ce dépistage est encore mal ciblé pendant la grossesse.

Face à ces difficultés et des inégalités persistantes, conformément à l'action du Plan cancer 2014-2019, la généralisation du dépistage organisé du col de l'utérus déployé en France en 2019 paraît plus qu'encourageant. Son objectif principal est de réduire l'incidence et le nombre de décès de 30% en 10 ans, le tout en atteignant une

couverture du FCU de 80% dans la population cible, en rendant ce dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou éloignées du système de santé.

Ce dépistage vise aussi à améliorer les pratiques en invitant les professionnels assurant le suivi gynécologique des femmes, à réaliser un test de dépistage selon les recommandations en vigueur. De plus, des campagnes d'informations concernant ce dépistage, coordonnées par l'INCa, vont être dirigées vers les professionnels et la population. En effet, cette étude a mis en lumière un grand manque d'information donnée de la part des professionnels. Avec des informations exactes et compréhensibles, il faut espérer que les femmes soient plus concernées et observantes envers ce dépistage.

Néanmoins, le dépistage du cancer du col de l'utérus reste un dépistage à participation spontanée, une invitation au dépistage organisé ne sera faite que pour les femmes échappant pendant plus de trois ans à un examen de dépistage. Les professionnels de santé assurant le suivi des femmes restent les premiers acteurs du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il est indispensable de rappeler que le rôle des sages-femmes n'a cessé de croître dans les différents domaines. En 2009 depuis la loi HSPT, elles se sont vu octroyer le droit d'assurer des consultations en matière de gynécologie préventive pour les femmes en bonne santé. Depuis le 10 octobre 2016, le ministère des affaires sociales et de la santé a mis à jour les vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer auprès des femmes, la vaccination contre le HPV faisant partie de cette liste. Ce qui fait de la sage-femme, un professionnel de santé de premier recours qui a un rôle majeur en santé publique.

La réussite en matière de prévention dépend entièrement de la rigueur de la réalisation des actes de prévention, que ce soit en matière de prévention primaire ou de prévention secondaire. Cette réussite dépend donc aussi d'une formation et d'une information adaptées des praticiens.

Bibliographie

- [1] Centre international de recherche sur le cancer. Novembre 2018. CANCER TODAY - Fact Sheets by Cancer: Cervix uteri.
<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
- [2] Santé publique France. 1 février 2017. Cancer du col de l'utérus.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>.
- [3] Institut National du Cancer. 17 juin 2013. Fiches repères : Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
- [4] Fondation contre le cancer. Le papillomavirus, qu'est-ce exactement ?
<https://www.cancer.be/les-cancers/facteurs-de-risque/le-papillomavirus-quest-ce-exactement>
- [5] Moscicki A.B. 2005, Impact of HPV infection in adolescent populations. *Journal of Adolescent Health*, 37, p.3-9.
- [6] Santé publique France. 10 septembre 2015. Infections à papillomavirus. Aide-mémoire.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-papillomavirus/Aide-memoire>.
- [7] Mawet M. 11 janvier 2016. Papillomavirus : tout savoir sur l'infection au virus HPV, *Gyn&co*.
<https://www.gynandco.fr/focus-sur-les-papillomavirus/>
- [8] Carcopino X., Henry M., Olive D., Boubli L., et Tamalet C. Détection et quantification des infections génitales à papillomavirus humains : conséquences virologiques, épidémiologiques et cliniques. *Médecine et Maladies Infectieuses*, février 2011, vol. 41, n° 2, p. 68-79.
- [9] Organisation Mondiale de la Santé. 24 janvier 2019. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus. Aide-mémoire n°380.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/fr/>
- [10] Beaudin S., Montixi C., Naspetti M. 1 septembre 2016. Virus HPV – Cancer et immunité : Histoire naturelle de l'infection à HPV : du premier contact avec le virus à la cancérisation.
<http://xml.climatetmeteo.fr/exist/rest/db/rel/data-xhtml/Vie/HPV/ar02s02.xhtml>
- [11] Haute Autorité de Santé. Juin 2013. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). p. 7-10.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clik_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf.
- [12] Boulanger J.-C. Vaccination anti-HPV. *La Revue Sage-Femme*, Décembre 2017, vol. 6, n° 4, p. 188-191.
- [13] Koeck J.-L. Mes vaccins.net. 22 août 2018. Le vaccin contre les papillomavirus Gardasil 9 recommandé à la place des vaccins Gardasil et Cervarix.
<https://www.mesvaccins.net/web/news/10571-le-vaccin-contre-les-papillomavirus-gardasil-9-recommande-a-la-place-des-vaccins-gardasil-et-cervarix>
- [14] Haut Conseil de la santé publique. 28 septembre 2012. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
- [15] Décembre 2014. Vaccination contre les infections à Papillomavirus humains, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, vol. 27, n° 6, p. 314-327.
- [16] Haute Autorité de Santé. 25 décembre 2010. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
- [17] Haut Conseil de la santé publique. 28 mars 2014. Avis relatif à l'utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Gardasil®.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=416>
- [18] Haut Conseil de la santé publique. 20 février 2014. Avis relatif à l'utilisation du vaccin contre les infections à papillomavirus humains Cervarix®.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411>
- [19] Santé publique France. 19 avril 2018. Papillomavirus humains - Données
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couvertures-vaccinales/Donnees/Papillomavirus-humains>

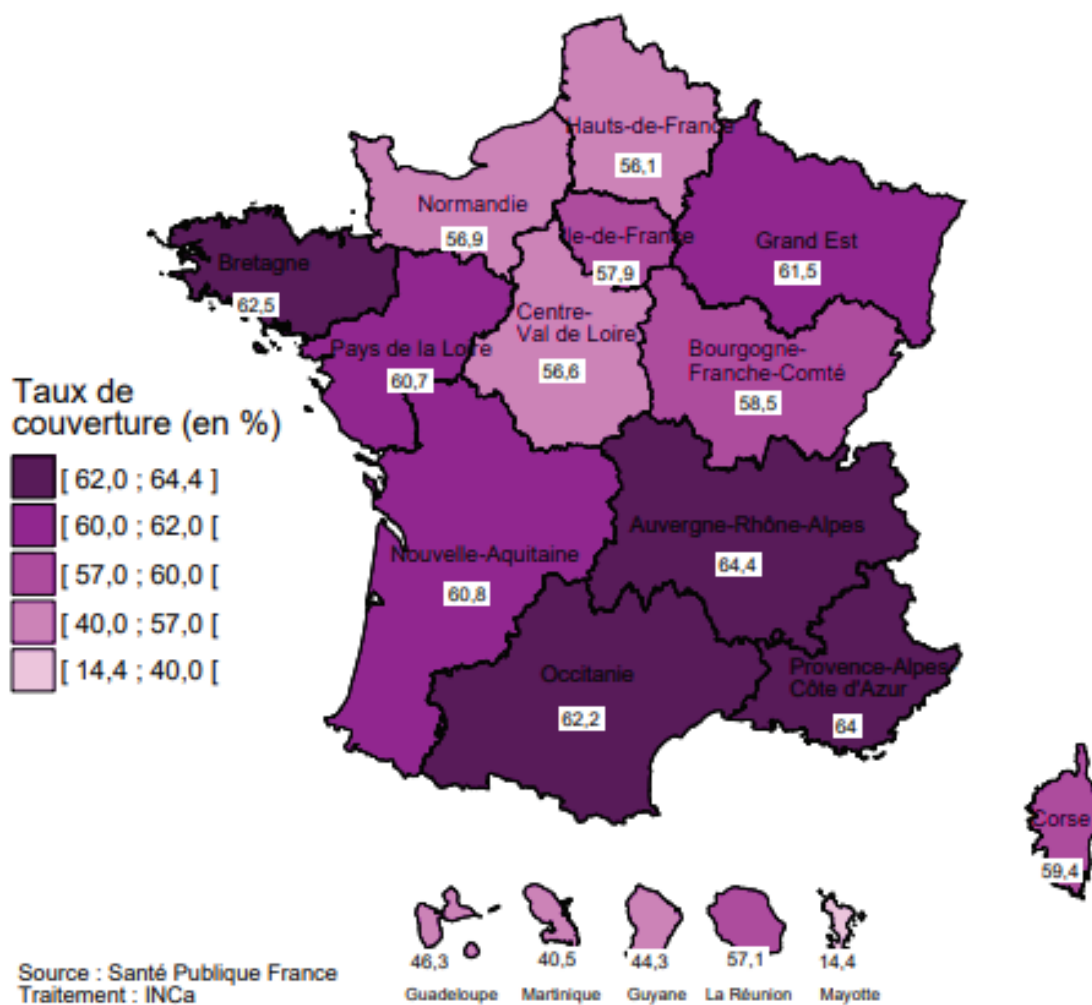
- [20] Haute Autorité de Santé. Juillet 2010. Argumentaire : État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
- [21] Levêque J., Dion L., Lavoue V. Vaccins anti-HPV : la couverture française et internationale. Genesis, 3 janvier 2017, Sommaire n°192 – Spécial HPV, p.14-17.
- [22] Institut National du Cancer (INCa), Plan cancer 2014-2019. 2014
- [23] Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, mai 2011, vol. 40, n° 3, p. 279-282.
- [24] Haute Autorité de Santé. Juillet 2010. Questions/réponses sur le dépistage du cancer du col : État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/questions_reponses_depistage_cancer_col.pdf
- [25] Institut National du Cancer. Décembre 2015. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage et des populations vulnérables ; Analyses d'impact budgétaire d'une généralisation via un programme national de dépistage organisé.
- [26] Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Journal officiel de la République Française n°0105 du 6 mai 2018, texte n°13.
- [27] Institut National du Cancer. Décembre 2016. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie utérine anormale.
- [28] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Conséquences obstétricales du traitement des néoplasies intraépithéliales du col. 2012. P 549-554
- [29] C. Brie, M. Turck, A. Cheret, R. Morello, G. Benoist, M. Dreyfus. 2016. Étude cas-témoin des conséquences obstétricales de la conisation, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 45, Issue 2, Pages 192-197
- [30] Selleret L., Mathevet P. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Février 2008, vol. 37, n° 1, p. S131-S138.
- [31] Zoundi-Ouango O., Morcel K., Classe J.-M., Burtin F., Audrain O., et Levêque J. Lésions cervicales utérines pendant la grossesse : diagnostic et prise en charge. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Mai 2006, vol. 35, n° 3, p. 227-236.
- [32] Volant S. Mars 2017. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. Insee Première n°1642.
- [33] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. Septembre 2002. Recommandations pour la pratique clinique : Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
- [34] Arrêté du 3 février 2010 relatif à la proposition de réalisation d'un frottis cervico-utérin lors du premier examen prénatal. Journal officiel de la République Française n°0036 du 12 février 2010 p. 2540, texte n°63
- [35] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Décembre 2017. Recommandations pour la pratique clinique : Prévention du cancer du col de l'utérus.
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_19.HTM#4
- [36] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'institut national du cancer (INCa). Baromètre cancer 2010. Les pratiques de dépistage des cancers en France : dépistage du cancer du col de l'utérus. P 215-222.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>
- [37] Institut National du Cancer (INCa). Les français face au dépistage des cancers - Synthèse des résultats de la deuxième vague de l'enquête Barométrique. Boulogne billancourt : INCa ; janvier /février 2009. 12p.
- [38] Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Mémoire de fin d'étude : Sage-femme de l'école de Grenoble ; 2014.
- [39] Perrin A. Connaissance des femmes sur les modalités de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Mémoire de fin d'étude : Sage-femme de l'école de Clermont-Ferrand ; 2017
- [40] Institut national de la santé et de la recherche médicale, DRESS, Enquête nationale périnatale 2016, les naissances et les évolutions, situation depuis 2010. 2017.
http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

- [41] Saulneron M. Evaluation de l'observance du Frottis cervico-utérin lors du suivi de grossesse face aux inégalités de dépistage du cancer du col de l'utérus. Mémoire de fin d'étude de Sage-femme de l'école de Marseille ; 2014
- [42] Duport, N., Serra, D., Goulard, H., & Bloch, J. 2008. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(5), 303–313
- [43] Schoueri-Mychasiw N, Mac Donald PW, 2013, Factors associated with underscreening for Cervical Cancer among Women in Canada, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Article 44, Volume 14, Issue 11, Page 6445-6450
- [44] Santé publique France - Bulletin de santé publique - Avril 2018 - Paca / p.10
- [45] Haut Conseil de la santé publique. 2 janvier 2018. Le HCSP rappelle que de nombreuses maladies infectieuses sont mal contrôlées, notamment en raison d'une couverture vaccinale insuffisante.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=641>
- [46] Décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé ». Version consolidée au 14 avril 2019.
- [47] Gautier A, Chemlal K, Jestin C et le groupe Baromètre santé 2016. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(Hors-série Vaccination) : 21-7.
- [48] Article 86 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. *Journal Officiel* du 22 juillet 2009, L. 4151-1.
- [49] Piana L, Leandri FX, Le Retraite L, Heid P, Tamalet C, Sancho-Garnier H. L'auto-prélèvement vaginal à domicile pour recherche de papilloma virus à haut risque. Campagne expérimentale du département des Bouches-du-Rhône. *Bull Cancer* 2011 ; 98 : 723-731.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html
- [50] Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H, et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et Loire. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(2-3) : 59-65.
- [51] Nicole J Polman, Renée M F Ebisch, Daniëlle A M Heideman, Willem J G Melchers, Ruud L M Bekkers, Anco C Molijn, Chris J L M Meijer, Wim G V Quint, Peter J F Snijders, Leon F A G Massuger, Folkert J van Kemenade, Johannes Berkhof. Performance of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse: a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. *The Lancet Oncology*, Volume 20, Issue 2, February 2019, Pages 229-238
- [52] Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PPL, Mustafa RA, Schünemann H, Paraskevaidis E, Arbyn M. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD008587
- [53] Ruelle Y., Fiquet L. Les tests de détection de l'HPV dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. *exercer* 2016;123:24-33.
- [54] Assemblée nationale. PLFSS pour 2019 (n°1297). Amendement n°1493. Article additionnel après Article 39. 19 octobre 2018.
<http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1297/AN/1493>
- [55] Assemblée nationale. PLFSS pour 2019 (n°1408). Amendement n°312. Article 39 BIS. 23 novembre 2018.
<http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1408/AN/312>

ANNEXES

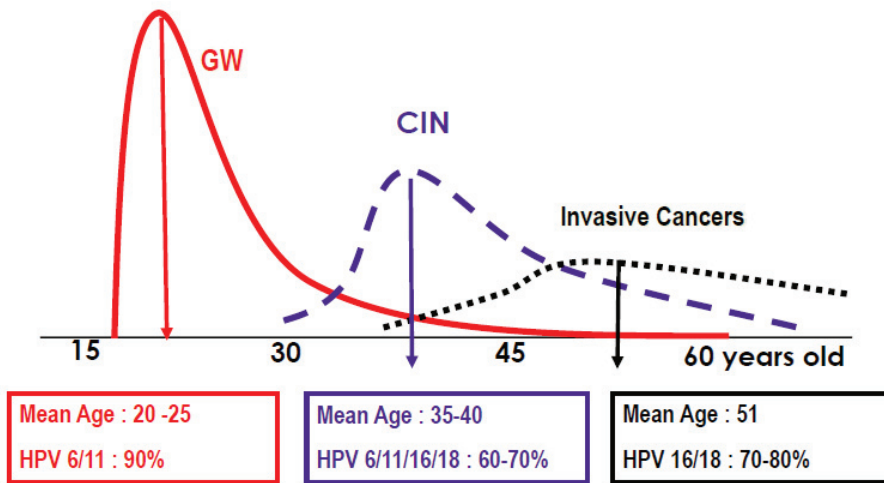
Annexe 1

Taux de couverture du frottis cervico-utérin
des femmes de 25-65 ans, données 2015-2017



Annexe 2

INFECTION A HPV : HISTOIRE NATURELLE



Annexe 3 : Classification Bethesda 2014

Qualité du prélèvement

- Satisfaisant pour l'évaluation
- Non satisfaisant pour l'évaluation (préciser la raison)
- Catégories Négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne*

Autre : présence de cellules endométriales chez une femme ≥ 45 ans

Anomalies des cellules épithéliales (à préciser)

- Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASC-US)
- Cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'éliminer une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (ASC-H)
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL)
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL)
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade avec des aspects faisant suspecter une invasion Carcinome épidermoïde Cellules cylindriques (glandulaires/endocervicales/endométriales) atypiques sans autre précision (AGC)
- Cellules cylindriques (glandulaires/endocervicales) atypiques en faveur d'une néoplasie Adénocarcinome in situ de l'endocol Adénocarcinome (préciser endocol/endomètre/extra-utérin/autre sans autre précision)
- Autres tumeurs malignes Données optionnelles

Annexe 4 : CAT devant une femme ayant une cytologie anormale pendant la grossesse

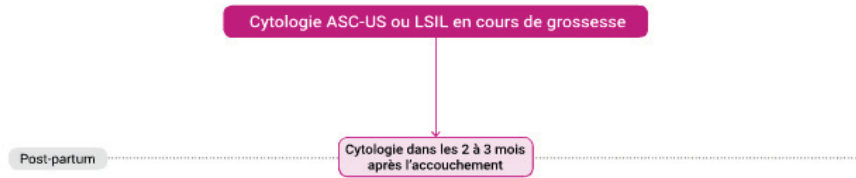
CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AVANT UNE CYTOLOGIE CERVICO-VAGINALE ANORMALE
Recommandation et référentiels

F CYTOLOGIE ANORMALE PENDANT LA GROSSESSE

Arbre 10 Cytologie ASC-US ou LSIL découverte en cours de grossesse

CONDUITE DIAGNOSTIQUE 

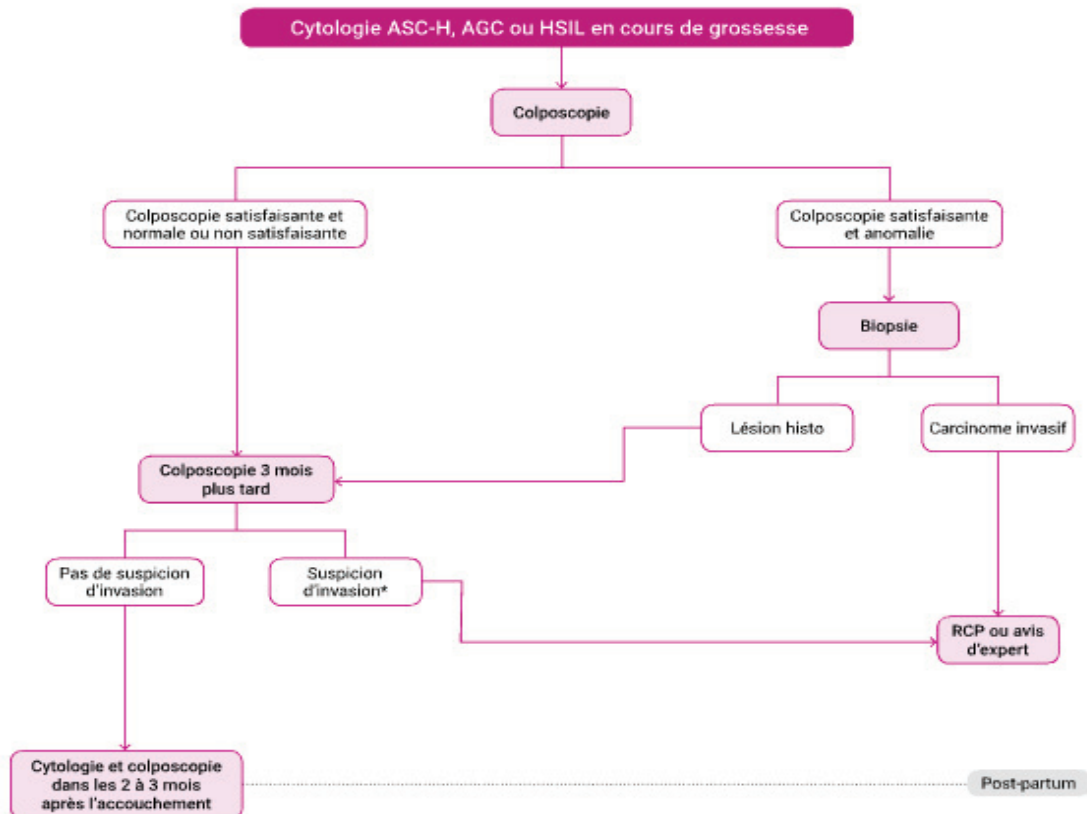
 AFFICHER L'ARBRE
 MASQUER L'ARBRE



F CYTOLOGIE ANORMALE PENDANT LA GROSSESSE

Arbre 11 Cytologie ASC-H, AGC ou HSIL découverte en cours de grossesse

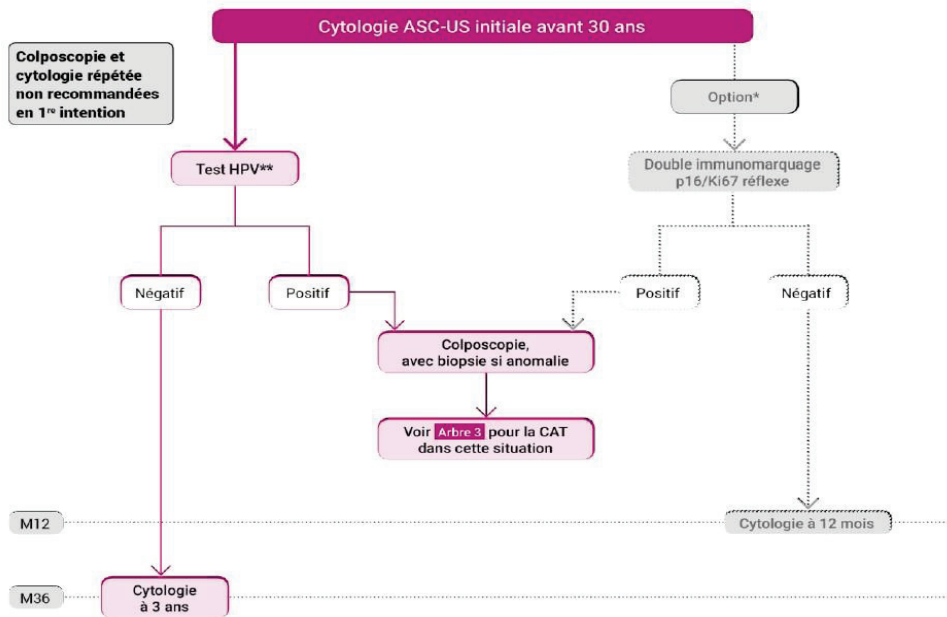
 AFFICHER L'ARBRE
 MASQUER L'ARBRE



Lésion histo = lésion histologique malpighienne intra-épithéliale d'après biopsie.
* Dans cette situation, il est recommandé de réaliser une nouvelle biopsie.

Annexe 5 : CAT devant une cytologie ASC-US et Test HPV

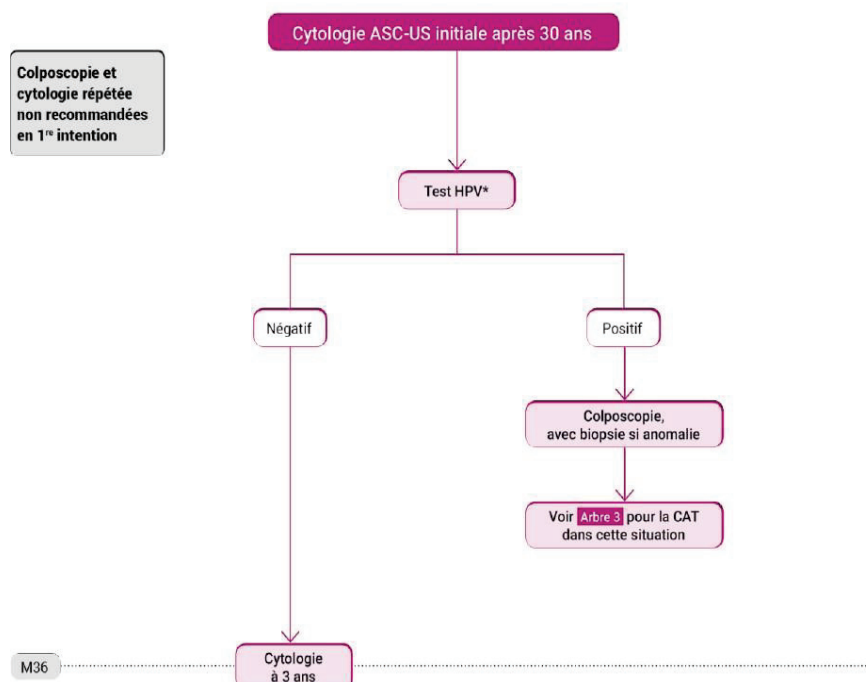
Arbre 1 : Cytologie ASC-US initiale (1) : conduite de première intention à tenir avant 30 ans



* : possible uniquement si frottis initial en milieu liquide¹⁹

** : par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame

Arbre 2 : Cytologie ASC-US initiale (2) : conduite de première intention à tenir après 30 ans



24. Connaissez-vous l'existence d'un vaccin contre le papillomavirus ou HPV ?

- Oui Non

25. Vous êtes-vous fait vacciner contre le HPV ?

- Oui Non Ne sait pas

26. Avez-vous quelqu'un dans votre entourage qui a eu un cancer du col de l'utérus ?

- Oui Non Ne sait pas

Concernant votre grossesse :

27. Quel était le terme de votre première consultation obstétricale ?

- 1^{er} Trimestre 2^e Trimestre 3^e Trimestre

28. Qui l'a faite ?

- Gynécologue Sage-femme Médecin généraliste

29. Avez-vous réalisé un FCU lors de cette grossesse ?

- Oui Non Ne sait pas

Dans le dossier : Renseigné Non renseigné

30. (Si OUI à la 28.), à quel terme ?

- 1^{er} Trimestre 2^e Trimestre 3^e Trimestre

- Gynécologue Généraliste Laboratoire d'analyses médicales Centre de planning familial
- Sage-femme Centre d'examen de santé Autre (préciser)

31. (Si OUI à la 28.) Par quel professionnel de santé cet examen, a-t-il été pratiqué ?

32. (Si OUI à la 28.) Le résultat était-il normal ?

- Oui Non Ne sait pas

Dans le dossier : Renseigné Non renseigné **Compte rendu examen :** Présent Absent

33. Vous a-t-on dit de refaire un FCU ? Si OUI, Quand ?

- Non, on ne me l'a pas dit
- Oui, dans les 2 à 3 mois du post-partum (ex : la consultation post-natale)
- Oui, dans 1 an
- Oui, dans 3 ans
- Oui, Autres (préciser) :

Annexe 7 : Dépliant informatif de l'INca

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à toutes les femmes de 25 à 65 ans, ayant ou ayant eu des rapports sexuels, et après la ménopause. Il s'adresse également aux femmes qui sont vaccinées contre les HPV. Le test de dépistage doit être réalisé tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.

Parlez-en avec un médecin ou une sage-femme.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur e-cancer.fr

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

DÈS 25 ANS, UN TEST À RÉALISER TOUS LES 3 ANS



Financé par l'État et les collectivités territoriales - BIC - 14811 - 01 57 00 44 00 - M. J. S. - 0102014

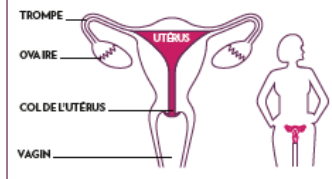
POURQUOI CE DÉPISTAGE EST IMPORTANT ?

Le cancer du col de l'utérus est causé par des virus appelés « papillomavirus humains » (HPV). Très fréquents, ces virus se transmettent le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due aux HPV entraîne des lésions au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer.

1 Détecter tôt d'éventuelles lésions ou un cancer

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur l'analyse de cellules (examen cytologique) prélevées au niveau du col de l'utérus (prélèvement cervico-utérin/frottis). Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus, de les surveiller ou de les soigner et ainsi, de prévenir l'apparition d'un cancer. Si un cancer est détecté, en général, les soins seront plus légers et permettront de préserver davantage la fertilité.

> Où se situe le col de l'utérus ?



90 %
des cancers du
col de l'utérus
peuvent
être évités

EN PRATIQUE

1 Le rendez-vous

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- d'un gynécologue ;
- d'un médecin généraliste ;
- d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse) ;
- d'un centre de santé, un centre mutualiste, un centre de planification et d'éducation familiale ou un hôpital ;
- de certains laboratoires de biologie médicale.

2 Le test de dépistage

L'examen se fait en position gynécologique. Le professionnel de santé prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser. Cela prend quelques minutes, n'est pas douloureux, même si une gêne peut être ressentie.

3 Les résultats

Le prélèvement est envoyé à un cabinet ou laboratoire spécialisé pour analyse par un médecin anatomo-cytopathologiste. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats.

Dans 96 % des cas, le résultat est normal. Cela signifie qu'aucune anomalie pouvant correspondre à des lésions précancéreuses ou à un cancer n'a été détectée au moment du dépistage. N'oubliez pas de refaire le test de dépistage tous les 3 ans ou 1 an après si c'est votre premier dépistage.

Dans 4 % des cas, le résultat est anormal. Cela ne signifie pas que vous avez un cancer mais qu'une anomalie a été détectée. Votre médecin ou votre sage-femme vous indiquera les examens complémentaires nécessaires et vous orientera, si besoin, vers un professionnel de santé spécialisé.

La consultation chez le professionnel de santé est prise en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'assurance maladie et votre complémentaire santé.

● Si vous avez reçu un courrier d'invitation, le test de dépistage est pris en charge à 100% sans avance de frais.

● Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la prise en charge de la consultation et du test est à 100% sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires.

LA PRISE EN CHARGE

POUR TOUTES LES FEMMES DÈS 25 ANS

Le dépistage s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé. Il a pour objectifs de réduire le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer, d'améliorer l'information ainsi que la qualité du suivi ou des soins. Il garantit à chaque femme un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et un niveau de qualité élevé.

1 Face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir

Se faire vacciner contre les HPV entre 11 ans et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus.

Réaliser un test de dépistage tous les 3 ans, entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

Information relative au traitement de vos données personnelles et à vos droits

Au titre de leur mission de service public, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers constituent des fichiers d'invitation à partir d'un traitement de données automatisé et assurent le suivi des personnes concernées par le dépistage. A ces fins, ils recueillent des données concernant votre identité et votre santé auprès des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé concernés. Le centre de votre région conservera l'ensemble de vos données jusqu'à la fin de votre suivi. Les données nécessaires à votre suivi médical seront transmises aux professionnels de santé concernés. Les données nécessaires aux évaluations et travaux statistiques seront communiquées aux structures publiques en charge de ces missions, dont l'Institut national du cancer et Santé publique France. Conformément au Règlement général sur la protection des données 2016/679 et à la loi informatique et libertés n°78-17 modifiée, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, d'un droit à la portabilité de vos données et d'un droit à la limitation de leur traitement que vous pouvez exercer en écrivant au centre régional de coordination des dépistages des cancers de votre région. Vous trouvez ses coordonnées auprès de votre médecin ou de votre sage-femme. Un recours peut être introduit auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE NICE

Année 2019

Titre : Réalisation du frottis cervico-utérin de rattrapage pendant la grossesse : Profil des patientes concernées et informations reçues à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus

Résumé :

Introduction : La législation française préconise la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) lors du premier examen prénatal pour les patientes présentant un FCU datant de 3 ans ou plus. Avec la possibilité de le faire tout au long de la grossesse. L'âge où les femmes sont le plus exposées à des dysplasies cervicales correspond à l'âge moyen des femmes enceintes, le suivi obstétrical est un moment propice pour pallier aux inégalités de dépistage. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer si la grossesse est une période mise à profit, pour les patientes qui nécessitent un rattrapage, de réaliser des FCU ; si des facteurs avaient un impact sur sa réalisation ou non, son suivi, ainsi que d'évaluer si les informations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus reçues par les patientes sont exactes et compréhensibles.

Matériel et méthodes : Une étude de cohorte observationnelle multicentrique, conduite pendant 4 mois au CH d'Antibes et de Cannes ainsi qu'au CHU de Nice, sur un échantillon de 346 patientes hospitalisées en service de suites de couches, sans limite d'âge. Les données ont été récoltées par l'intermédiaire d'un questionnaire hétéro-administré puis complété par une étude sur dossier.

Résultats : 105 FCU ont été réalisés lors du suivi obstétrical des 346 patientes. Parmi ces dernières, 84 étaient éligibles au dépistage, et 35 ont été rattrapées. 58,3% de ces femmes ont échappé au dépistage, et 2/3 des FCU totaux réalisés étaient hors recommandations. Des facteurs socio-démographiques et le suivi gynécologique des patientes ont un impact sur l'observance du dépistage par FCU. Un manque d'informations a été démontré : 16,5% des patientes connaissent le rôle du FCU ; concernant les modalités de dépistage, les informations exactes reçues étaient de 5,8% pour le début du suivi ; 7,8% pour la fréquence et 0,3% pour l'arrêt.

Conclusion : Des obstacles sont rencontrés dans l'application des recommandations et les résultats prouvent une nécessité de faire évoluer les pratiques et les informations données des praticiens pour que la période du suivi obstétrical soit pleinement mise à profit dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Mots clefs : cancer du col de l'utérus, dépistage, Frottis cervico-utérin, grossesse, HPV, information

Title: Having a catching-up smear test during the pregnancy: profile of patients involved and information received about the cervical cancer screening

Abstract:

Introduction: The French legislation advocates to perform a cervical smear (CS) at the first prenatal examination for patient with 3 years (or more) dating CS. With the possibility to do so throughout the pregnancy. Age at which women are the most exposed to cervical dysplasia correspond to the average age of pregnant women, obstetric care and monitoring is a good way to remedy screening inequalities. The objectives of this study were to evaluate if the pregnancy is an opportunity that can be used, for patients who need to a catching-up, to perform a smear test; if factors had a positive or negative impact on the performance of a smear test and his follow up, and to assess if information concerning cervical cancer screening received by patients are accurate and meaningful.

Material and methods: A cohort study multicentric, observational, led during 4 months to the maternity of the CH of Antibes and Cannes also at the CHU of Nice, on a sample of 346 patients that were postpartum hospitalized, without age limit. Data were collected using a hetero-administered then completed with a file review.

Results: 105 CS has been performed during obstetric care and monitoring of the 346 patients. Among those, 84 was eligible for screening, and 35 were recovered. 58,3% of these women escaped from the screening, and 2/3 of the total CS were performed outside the recommendations. Socio-demographic factors and gynecological monitoring of patients had an impact on observance of screening smear test. A lack of information has been demonstrated: 16,5% of the patients knew the role of the smear test; concerning the screening modalities, accurate information received were at 5,8% for the beginning of the monitoring; 7,8% for the frequency and 0,3% for the end-date.

Conclusion: Obstacles were met at the implementation of recommendations and results prove a necessity of evolving practices and the information provided by the practitioners for obstetrical care and monitoring to be fully exploited within cervical cancer screening.

Keywords: Cervical cancer, screening, smear test, pap test, pregnancy, HPV, information