UCL
Université catholique de Louvain

Faculté de médecine et médecine dentaire (MEDE)

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du master complémentaire en médecine générale

Le cancer du col de l'utérus : freins au dépistage en médecine générale et solutions envisagées.

Stéphane GUIFO
Promoteur : Dr Brice AVOGNON

Année Académique 2016-2017

Remerciements

J’aimerais tout d’abord remercier mes professeurs d’université de Namur (Faculté de Namur) à Woluwe-Saint-Lambert (Université Catholique de Louvain). Ils m’ont inculqué ce désir de toujours plus apprendre et de me remettre en question.

Ensuite je voudrais remercier mes maitres de stages et médecins aînés rencontrés durant mes années de médecin candidat généraliste. Ils m’ont permis de me rendre compte des réalités du métier.

Après j’aimerais avoir une pensée pour mes amis et mes collègues. Merci pour vos relectures et vos critiques constructives.

Enfin je terminerais en remerciant ma famille présente tout au long de ce chemin que sont les études de médecine.

Merci et bonne lecture

Table des matières

Résumé page 5

Introduction page 6

I. Epidémiologie page 6

II. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus page 6

A. Situation anatomique du col de l'utérus page 6

1. Exocol page 7
2. Endocol page 7
3. Zone de jonction – zone de remaniement – ectropion page 7

B. Le cancer du col de l'utérus page 9

1. Les lésions précancéreuses du col de l'utérus page 9
2. Facteurs de risque page 10
3. Cofacteurs page 10
4. Signes fonctionnels et cliniques page 11

C. Traitement page 12

1. Chirurgie page 12
2. Radiothérapie page 13
3. Chimiothérapie page 13
4. Traitement de support page 13
5. Pronostic du cancer du col de l'utérus page 13

III. Prévention et dépistage page 14

A. La prévention par la vaccination page 14

B. Le dépistage par le frottis de col utérin page 15

1. Classification page 15
2. Conditions de réalisation page 16
3. Tarif INAMI et frottis de col de l'utérus page 18

IV. Objectifs du travail de fin d'études page 18

1ère Partie - Matériel et Méthode page 21
I. Population étudiée page 21
II. Source page 21
III. Comité d'éthique page 22
IV. Elaboration du questionnaire page 22
V. Diffusion du questionnaire page 22
VI. Analyse des résultats page 22

2ème Partie – Résultats page 23
I. Taux de participation page 23
II. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants page 23
III. Descriptions de pratiques page 24
A. Les médecins qui n'effectuent pas le dépistage du cancer du col de l'utérus page 24
B. Les médecins qui effectuent le dépistage du cancer du col de l'utérus page 25
IV. Comparaison de variables page 26
V. Les obstacles page 27
VI. Les solutions page 28

3ème Partie – Discussion page 28
I. La population étudiée page 28
II. Les freins au dépistage page 29
A. Du côté des médecins page 29
1. Plusieurs motifs de consultation et le manque de temps page 29
2. Le manque de formation et la gestion des frottis anormaux page 29
3. Le problème du matériel et la rémunération insuffisante page 29
4. Le sexe du médecin page 30
B. Du côté des patientes page 30
1. Le manque d'information et la précarité page 30
2. La pudeur et la culture page 31

III. Les solutions envisagées page 32
A. Améliorer l'information et la formation page 32
B. Instaurer un dépistage organisé page 33
C. Revaloriser la rémunération page 35
IV. Biais page 37
A. Elaboration du questionnaire page 37
B. Biais d'échantillonnage page 37
C. Biais des répondants page 37

Conclusion page 38
Bibliographie page 40
Table des abréviations page 44
Annexes page 45

Résumé

Introduction

En Belgique en 2014 le cancer du col de l'utérus a été le 12e cancer en fréquence chez les femmes (1.88%) et le 4e cancer gynécologique. Il est responsable de 190 décès par an selon les chiffres reçus de la fondation pour le cancer.90% d'entre eux pourraient être évités grâce à un dépistage régulier.

En 2012 en Wallonie, seuls 2.6% des frottis ont été prélevés par les médecins généralistes contre 97.4% par les gynécologues pour un taux de couverture globale de 56 %.

Objectif

Les objectifs de ce travail de fin d'études (TFE) sont d'une part de mettre en évidence les facteurs qui entravent le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans dans une pratique de 1ère ligne et d'autre part d'esquisser les solutions envisagées.

Méthode

Après avoir effectué une revue de la littérature, j'ai procédé à un sondage auprès d'un échantillon de médecins généralistes dans la province du Hainaut.

Résultats

L'étude réalisée a montré que des freins existent tant du côté des médecins que des patientes :

-du côté du médecin les freins retrouvés sont

→la difficulté à gérer plusieurs motifs de consultation,

→le manque de temps et de formation

→le frein financier (prix du matériel élevé pour une rémunération faible),

- du côté des patientes les obstacles sont

→le manque d'information d'une part en ce qui concerne le fait que le médecin traitant puisse réaliser un frottis de col et d'autre part en ce qui concerne l'intérêt du frottis de col,

→le milieu socio-économique défavorisé qui explique qu'elles ne réalisent pas de dépistage,

→la pudeur.

Les solutions envisagées en médecine générale sont :

-l'amélioration de la formation des médecins généralistes et de l'information aux patientes,

-la mise en place d'un dépistage systématique comme c'est déjà le cas en Flandre,

-enfin l'instauration d'une rémunération à la performance constitue une piste intéressante pour revaloriser cet acte technique.

Mots clés : cancer du col de l'utérus, dépistage, médecine générale, freins

Introduction

I. Epidémiologie

En Belgique en 2014 le cancer du col de l'utérus a été le 12e cancer en fréquence chez les femmes (1.88%) et le 4e cancer gynécologique. Les tranches d'âge où le diagnostic a été le plus posé en 2014 sont les 40-44 ans ensuite 45-49 ans et enfin 60-64 ans. Il est responsable de 190 décès par an selon les chiffres reçus de la fondation contre le cancer. [1][2][3]

II. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

A. Situation anatomique du col de l'utérus

Le col utérin constitue la portion basse de l'utérus. Il est de forme cylindrique et mesure de 3 à 4 cm de long pour 2.5 cm de diamètre. Ses moyens de fixation sont le ligament large et utérosacré qui s'étirent entre les parties latérales et postérieures du col et les parois de l'os pelvien. Cet organe peut être subdivisé en 2 parties : une partie supérieure qui reste au-dessus du vagin et une partie inférieure qui s'avance dans le vagin et s'ouvre sur celui-ci par l'orifice cervical externe.

Les dimensions et la forme du col varient en fonction de l'âge de la femme, de sa parité et de son statut hormonal. Le col et l'orifice cervical de la femme multipare sont plus volumineux que celui de la femme nullipare.

Le stroma du col est constitué d'un tissu fibromusculaire dense à travers lequel circulent les réseaux vasculaires, lymphatiques et nerveux du col qui forment un plexus complexe :
- le réseau artériel est constitué par des branches des artères utérines,
-les veines se jettent dans le plexus veineux hypogastrique,
- les vaisseaux lymphatiques rejoignent les ganglions iliaques externe et interne, ganglions obturateur et paramétrial,
- le plexus hypogastrique assure l'innervation du col.

La portion du col s'étendant à l'extérieur de l'orifice externe est appelée « exocol », visible au spéculum. La portion du col située à l'intérieur de l'orifice externe est appelée "endocol". Pour la visualiser, il est nécessaire d'étirer ou de dilater l'orifice externe.

1. Exocol

L'analyse anatomo-pathologique de l'exocol nous apprend la présence d'un épithélium pavimenteux stratifié, non kératinisant, riche en glycogène. Il est formé durant la vie embryonnaire ou il peut également s'agir d'un épithélium nouvellement formé, comme c'est le cas pour l'épithélium pavimenteux métaplasique chez les femmes non ménopausées.
La maturation de l'épithélium pavimenteux du col dépend des hormones féminines : les œstrogènes.

2. Endocol

L'architecture histologique endocervicale est celle d'un épithélium cylindrique (également appelé épithélium glandulaire). Il est constitué d'une couche unique cellulaire.
Dans sa limite distale ou supérieure, il est en contact avec la muqueuse endométriale dans la partie basse du corps de l'utérus. Dans sa limite proximale ou inférieure, il rencontre l'épithélium pavimenteux de l'exocol ; c'est ce qu'on appelle la jonction pavimento-cylindrique. Il tapisse plus ou moins l'exocol selon l'âge de la femme, sa parité, son statut hormonal et reproducteur.

3. Zone de jonction – zone de remaniement – ectropion

La jonction pavimento-cylindrique se définit par le passage d'un épithélium pavimenteux pluristratifié à un épithélium cylindrique unistratifé. Il s'agit d'un changement brutal marqué par une dénivellation en marche d'escalier dû à la différence d'épaisseur des deux tissus. La localisation de la jonction pavimento-cylindrique par rapport à l'orifice externe varie au cours de la vie en fonction de facteurs tels que l'âge, le statut hormonal, l'utilisation d'une contraception orale et certaines conditions physiologiques telles que la grossesse ou l'accouchement.

Sous l'influence des œstrogènes le col gonfle et s'élargit, tandis que le canal endocervical s'allonge. Il en résulte une éversion sur l'exocol de l'épithélium cylindrique tapissant la partie inférieure du canal endocervical. A l'examen visuel, un exocol d'apparence très rouge traduit ce processus d'éversion également appelé ectropion ou ectopie. La jonction pavimento-cylindrique originelle est alors située sur l'exocol loin de l'orifice externe.

L'ectropion ou ectopie se définit par la présence d'épithélium cylindrique endocervical éversé sur l'exocol. Il s'agit d'un processus physiologique dans la vie d'une femme.

La zone de remaniement correspond à la région où l'épithélium cylindrique a été ou est remplacé par un nouvel épithélium pavimenteux métaplasique. Chez la femme avant la ménopause, *la zone de remaniement* est généralement entièrement située sur l'exocol. Après la ménopause, avec l'âge, les taux décroissants d'œstrogènes entraînent une diminution de la taille du col. Par conséquent, il arrive que la zone de remaniement soit alors partiellement, et plus tard, totalement déplacée dans le canal endocervical.

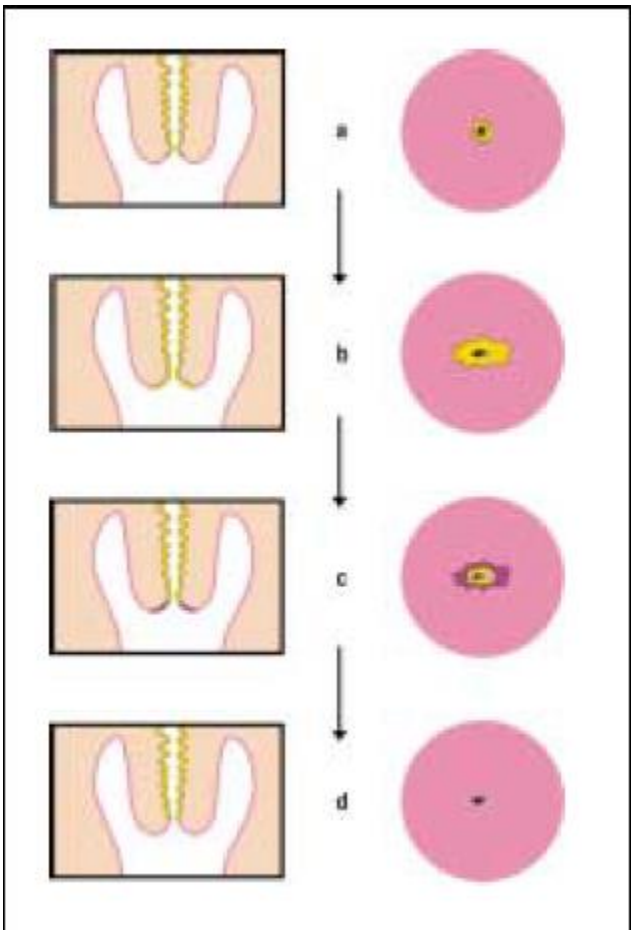


Figure 1. Localisation de la jonction pavimento-cylindrique (JPC) et la zone de remaniement :

a)avant la puberté

b)après la puberté, au début de la période de reproduction

c)chez la femme de 30 ans

d)chez la femme ménopausée

D'après la Revue de Médecine Générale N°196 octobre 2002

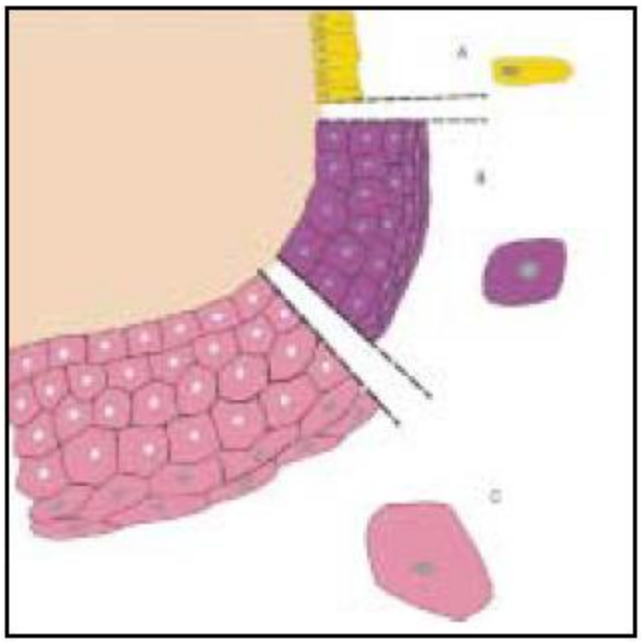


Figure2.Col de l'utérus au moment de la période de reproduction :

A.En jaune épithélium cylindrique

B.En mauve = zone de transformation composée d'un épithélium cylindrique

C.En rose épithélium pavimenteux stratifié

D'après la Revue de Médecine Générale N°196 octobre 2002

B. Le cancer du col de l'utérus

La plupart des cancers du col de l'utérus ont pour point de départ la zone de remaniement pavimentaire. On parle de cancer invasif lorsque l'ensemble du tissu conjonctif fibreux est envahi par les cellules anormales. Avant cela il y a le stade micro-invasif que l'on peut détecter lors d'une analyse histologique d'un tissu d'un échantillon issu d'une biopsie par conisation ou d'une hystérectomie.

Le cancer invasif du col utérin a pour type histologique **:**

-le carcinome épidermoïde qui se développe à partir de l'épithélium malpighien au niveau de l'exocol ;

-l'adénocarcinome qui se développe à partir de l'épithélium glandulaire au niveau de l'endocol.

-il existe également d'autres formes histologiques très rares : sarcomes, mélanomes, lymphomes, tumeurs secondaires.

1. Les lésions précancéreuses du col de l'utérus

Lésions précancéreuses épidermoïdes ou malpighiennes

Le développement du cancer se fait en différentes étapes, à partir d'une lésion précancéreuse qui évolue en un cancer *in situ*. Pour chaque grade de lésion cervicale précancéreuse (CIN1 dysplasie légère, CIN2 dysplasie modérée ou CIN3 dysplasie sévère), il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé.

Lésions précancéreuses glandulaires

L'histoire naturelle de l'adénocarcinome est peu connue. Les lésions précancéreuses glandulaires sont rares et plus difficiles à dépister par la cytologie.

Le cancer invasif du col utérin met en moyenne 15 à 20 ans pour se développer après la persistance d'une infection à papillomavirus humain à haut risque.

2. Facteurs de risques

Les infections génitales à papillomavirus

La persistance d'une infection génitale par le papillomavirus humain (HPV) est le principal facteur de risque de cancer du col de l'utérus.

L'infection par le papillomavirus humain se fait à la suite d'un microtraumatisme ou d'une lésion tissulaire, le virus pénètre au niveau des cellules basales de l'épithélium de la muqueuse du col cervical. Cet évènement est à l'origine de l'intégration du matériel génétique viral (ADN) au génome de la cellule hôte, point de départ de la cancérogénèse.

Les HPV à haut risque

Il existe 120 papillomavirus (humains et animaux) et 96 génotypes complets de papillomavirus infectant l'espèce humaine (HPV) ont été caractérisés.

Les études permettent de distinguer les papillomavirus humains en fonction de leur oncogenicité potentielle : HPV à bas risque (à l'origine des condylomes acumines) et HPV à haut risque oncogène.

Les papillomavirus humains à haut risque identifiés dans les cancers invasifs du col de l'utérus sont par ordre de fréquence décroissante les génotypes 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52 et 58.

3. Cofacteurs

Cofacteurs liés à l'hôte

L'activité sexuelle : la prévalence de l'infection par le papillomavirus humain est élevée avant 30 ans et le pic de prévalence se situe vers l'âge de 20-24 ans, âge où l'activité sexuelle est supposée être la plus importante (en termes de nombre de rapports et de nombre de partenaires). Après 30 ans, la prévalence décroit avec l'âge.

Le statut immunitaire : chez les individus immunodéficients (liée à une infection par le VIH ou à l'utilisation de médicaments immunosuppresseurs), la capacité immunitaire du corps à se défendre est réduite, les infections par le papillomavirus humain ont plus souvent tendance à persister, le développement de lésions précancéreuses et cancéreuses est plus rapide et leur fréquence plus élevée.

La parité : le risque de cancer du col augmenterait avec une parité plus importante ; ce serait lié au taux d'hormones élevé durant la grossesse.

Cofacteurs exogènes

Le tabagisme : les substances carcinogènes retrouvées dans la fumée de cigarette endommageraient les cellules cervicales et ainsi permettraient au virus HPV de persister dans celle-ci ;

Une co-infection par le virus du SIDA, herpès simplex 2 (HSV-2), Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae ; tous responsables d'un état inflammatoire crée par *l'infection sexuellement transmissible* (IST) ;

Lors de l'utilisation prolongée de *contraceptifs oraux*, depuis plus de 5 ans, la zone de remaniement est plus étendue ce qui rend la muqueuse plus vulnérable aux infections par le virus HPV.

4. Signes fonctionnels et cliniques

Les symptômes pouvant faire suspecter un cancer du col de l'utérus ne sont pas spécifiques et sont tardifs :

-métrorragies provoquées par les rapports sexuels ou spontanées avant ou après la ménopause,
-des dyspareunies, des leucorrhées,
-des douleurs pelviennes, une dysurie, un ténesme (en cas d'extension pelvienne) ou des douleurs lombaires (par compression urétérale).

Les lésions évocatrices au niveau du col utérin peuvent être :

-une large ulcération à bord irrégulier, saignant au contact ;
-une forme végétante, exubérante ;
-une forme infiltrante avec une induration déformant le col.

Le col peut cependant garder un aspect normal à l'examen clinique notamment quand la tumeur se développe aux dépens de l'endocol. [4][5]

C. Traitement

Le cancer du col de l'utérus est de bon pronostic lorsqu'il est diagnostiqué précocement. En fonction du stade le praticien aura recours à divers traitement : de la chirurgie au traitement de confort en passant par la chimiothérapie ou encore la radiothérapie.

1. Chirurgie

La chirurgie est utilisée dans différents contextes pour traiter un cancer du col de l'utérus.

Les **lésions précancéreuses** (dysplasies du col) sont traitées par :

-conisation : il s'agit d'une ablation chirurgicale partielle du col de l'utérus, par les voies naturelles, avec bistouri électrique/classique, sous anesthésie locale,

-des moyens thérapeutiques moins agressifs tels que la cryothérapie, le traitement par le froid, le laser CO_2 et électrochirurgie.

Un follow up 4 à 6 mois après est nécessaire afin de vérifier l'absence de récidive (recherche ADN des HPV). S'il se révèle négatif, un follow up annuel est recommandé pendant 3 ans. Par contre s'il est positif, il faut procéder à une investigation complète incluant cytologie, colposcopie et biopsie.

Dans le cadre de **petits cancers** (carcinome in situ) on peut avoir recours à la conisation lorsqu'il s'agit de femmes jeunes qui ont toujours un désir de grossesse. Pour les femmes plus âgées, une hystérectomie totale sera réalisée.

Une analyse en anatomie pathologie sera réalisée sur la pièce de résection pour vérifier l'absence de lésions plus graves et vérifier les marges de résection.

Les **tumeurs plus larges** demandent l'ablation supplémentaire des tissus voisins et des ganglions lymphatiques (colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie). Si cette opération lourde se révèle impossible, il faut irradier la tumeur pour réduire sa taille.

2. Radiothérapie

L'irradiation de la tumeur - ou radiothérapie - peut être faite soit par :

-**curiethérapie** consistant à placer deux cathéters au niveau de l'organe à traiter et faire passer à l'intérieur de ceux-ci une source radioactive qui va effectuer un traitement sélectif,

-**radiothérapie externe** dans laquelle des rayons produits par une machine à l'extérieur du corps puis dirigés vers la zone à traiter

- une combinaison des deux.

Elle s'effectue sous forme de série de séances réparties sur plusieurs semaines. Elle est en générale associée à de la chimiothérapie systémique.

3. Chimiothérapie et cancer du col de l'utérus

La chimiothérapie appliquée à titre "adjuvant", c'est-à-dire après le traitement local, donne une sécurité supplémentaire dans certaines formes où le risque des récidives est à craindre.

4. Soins de support

Ils sont complémentaires au traitement curatif, ils permettent à la patiente de mieux vivre avec sa maladie au quotidien. Cette prise en charge tient compte des douleurs liées au traitement, de la fatigue, des troubles alimentaires, sociaux et psychologiques. Les intervenants sont ici des médecins mais aussi des psychologues, assistants sociaux et divers autres professionnels.

5. Pronostic du cancer du col de l'utérus

Les taux de guérison sont élevés mais dépendent du stade du cancer. Lorsque le cancer du col de l'utérus est :

-microscopique (micro-invasif), il est proche de 100 %,

-limité au seul col utérin 80 à 85 %,

-plus avancé, les chances de guérison sont moins élevées. [6]

III. Prévention et dépistage

A. La Prévention par la vaccination

Il existe trois vaccins disponibles sur le marché belge pour lutter contre le virus HPV :
-Gardasil 9® MSD (papillomavirus humain de types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52,58 protéines L1biosynthétiques),
-Gardasil® MSD (papillomavirus humain de types 6, 11, 16, 18 protéines L1biosynthétiques)
-Cervarix® GSK ou PI-PHARMA (papillomavirus humain de type 16 et18 protéines L1 biosynthétiques).
Ces trois vaccins contiennent les HPV 16 et 18 auxquelles on impute 70% des cas de cancer du col de l'utérus. En outre le Gardasil 9® contient les génotypes 31, 33, 45, 52 et 58 qui sont responsables de 15% supplémentaires des cancers du col de l'utérus. Le Gardasil® et Gardasil9® permettent également de lutter contre les génotypes 6 et 11 qui sont notamment responsables de condylomes acuminés.

Au 05/07/2016 le Gardasil 9® n'était pas remboursé pour la vaccination gratuite des jeunes filles dans les écoles. Je ne m'attarderai pas sur ce vaccin.

Lorsque que l'un des vaccins est administré à une jeune fille n'ayant pas encore eu de relations sexuelles on estime que la protection est de 70% si la vaccination est complète. Il ne s'agit pas d'une protection totale car elle ne protège pas contre toutes les souches qui peuvent donner un cancer. Le dépistage reste donc nécessaire de 25 à 65 ans tous les 3 ans.

Malgré le peu de recul nous que nous avons, on peut affirmer que la protection fournie par ces vaccins dure une dizaine d'années au moins. Mais vu qu'il s'agit de vaccins récents il n'est pas possible de donner de garantie en ce qui concerne la protection à long terme, un rappel sera peut-être nécessaire.

Le conseil supérieur de la santé recommande la vaccination des jeunes filles entre 10 et 13 ans. D'une part parce que en Wallonie les premiers contacts sexuels ont lieu à 17 ans pour la majorité et avant 14 ans pour une minorité ; d'autre part parce que le système immunitaire des enfants et adolescents réagit mieux aux vaccins que celui des adultes ce qui garantit une protection de longue durée.
Plus d'explications en ce qui concerne le schéma vaccinal et le prix des vaccins sont données à *l'annexe 1*. [7]

B. Le Dépistage par le frottis de col utérin

1. Classification

En Belgique le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait via une analyse des atypies cytologiques. En effet un frottis du col de l'utérus (pap test) peut être réalisé, chez un gynécologue ou au cabinet du médecin généraliste ; le matériel récolté (cellules cervicales) est soit déposé sur une lame de verre soit réparti dans un milieu liquide ; ensuite il est envoyé au laboratoire pour examen microscopique. L'intérêt du milieu liquide par rapport à la lame de verre est qu'il permet en plus la recherche du virus HPV.

Le système de Bethesda permet la classification des cellules visibles en cytologie, on distingue : *(cf annexe 2)*

-*absence de lésion malpighienne intraépithéliale ou signe de malignité (NIL/M)*

-*anomalies des cellules malpighiennes* parmi lesquelles on distingue

→atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASCUS) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne de haut grade

→Lésion malpighienne de bas grade dans lesquelles on retrouve les dysplasies légères, les koïlocytes et CIN 1 ;

→lésion malpighienne intra épithélial de haut grade (HSIL) , on y distingue les dysplasie modérée à sèvre, les CIS/CIN 2 et 3, les éléments faisant suspecter un processus invasif

→Carcinome malpighien

-*anomalies des cellules glandulaires* parmi lesquelles on distingue

→atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans précision (NOS)

→atypie des cellules glandulaire en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS)

→adénocarcinome endocervical in situ (AIS)

→adénocarcinome

Lorsqu'on est en présence de cellules anormales il convient de convoquer la patiente de nouveau pour passer des examens complémentaires. Il s'agit soit recommencer le frottis, soit effectuer une analyse virale pour le HPV ou encore de réaliser une colposcopie avec éventuellement une biopsie.

Lorsque le test est normal et qu'il s'agit du premier frottis celui-ci sera répété après un an. Si ce 2e test est également normal alors les guidelines actuelles préconisent de répéter le frottis du col de l'utérus tous les 3 ans jusque 65 ans. Depuis 2013, le test n'est d'ailleurs plus remboursé qu'une fois tous les 3 ans en Belgique. [8][9]

2. conditions de réalisations

Quand ?

Le frottis de col de l'utérus doit être effectué sous certaines conditions. Il est recommandé d'être à distance de :

-la prise d'une crème/ovule vaginale

-un rapport sexuel > 48h

-une toilette vaginale

-une infection cervico-vaginale

-périodes menstruelles, de préférence en début de cycle quand la glaire cervicale est abondante et claire c'est à dire entre le 10e et 20e jour du cycle

Chez la femme ménopausée, le col utérin est souvent atrophique, il est dès lors préférable d'avoir recours à un traitement oestrogénique avant de le réaliser afin d'éviter des douleurs.

La grossesse ne constitue pas une contre-indication à la réalisation d'un frottis de col de l'utérus (FCU). Au contraire elle est l'occasion privilégiée de réaliser un pap test si la patiente n'a pas été suivie. La raison principale est anatomique : la zone de jonction est extériosée sur l'exocol. Il est par contre impératif de préciser l'état gravide de la patiente.

Avec Quoi ? *(cf annexe 3)*

Le matériel nécessaire comprendra :

-une table d'examen gynécologique,

-une lampe sur pied,

-un spéculum CUSCO ou COLLIN

-pince longuette,

-Spatule d'Ayre en bois + cytobrush OU cervex brush,

-lame porte objet,

-flacon de fixateur pour les frottis OU matériel pour prélèvement cytologique en phase liquide,

-pince tire-col de Pozzi.

Comment ?

Le FCU n'est pas un acte anodin pour une femme, il est intrusif et peut être désagréable. C'est pourquoi il est important de débuter son examen par une explication du déroulement de l'acte et par répondre aux questions éventuelles de la patiente.

Lors de la réalisation d'un frottis de col utérin il est primordial d'effectuer un prélèvement de la totalité de l'orifice cervical externe et interne. C'est-à-dire au niveau de l'endocol, de l'exocol et de la zone de jonction où apparaissent habituellement les atypies cellulaires.

Pour cela on peut faire appel à 2 méthodes de prélèvements :
-la méthode conventionnelle dite de Papanicolaou
-le frottis par prélèvement en phase liquide

Plus d'explications sur les la mise en place d'un spéculum et les méthodes de prélèvements sont apportés à *l'annexe 4*.

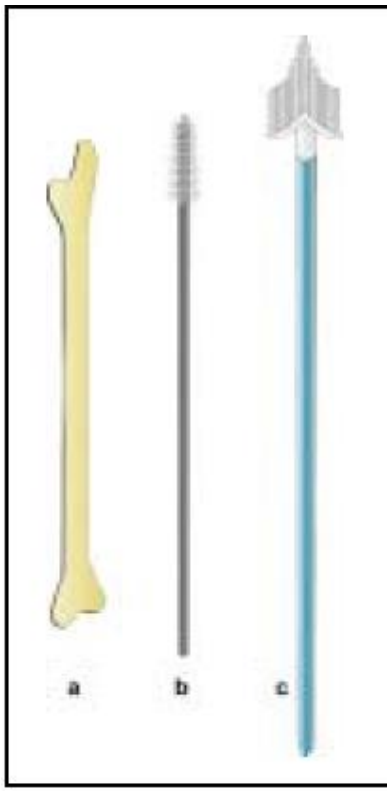


Figure 3.

A.Spatule en bois

B.Cyto brush®

C.Cervex brush®

D'après la Revue de Médecine Générale N°196 octobre 2002

La feuille de transmission

Tout frottis doit être accompagné de renseignements cliniques facilitant l'interprétation de l'histologiste :

-le prénom, le nom et date de naissance (ou âge) de la patiente

-la date du prélèvement ;

-la date des dernières règles ou indiquer si la femme est ménopausée (+/- THS) ou enceinte ;

-le motif de l'examen (dépistage, contrôle) ;

-les éventuels antécédents gynécologiques et thérapeutiques (traitement du col, chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie) ;

-le type de contraception utilisée (contraception hormonale, dispositif intra-utérin).

-antécédent de frottis anormal

Une fois la feuille réalisée, le prélèvement peut être envoyé au laboratoire pour analyse. [10]

3. Tarif INAMI du frottis de col de l'utérus *(cf annexe 5)*

Tableau 1. Récapitulatif des honoraires d'un FCU pour un médecin généraliste

Code INAMI	Sujet	Fréquence	Honoraire
114030-114041	FCU cytologie	1x/3ans	5.03€
114170-114181	FCUcytologie suivi	2x/an -> négatif	5.03€

Réalisé avec des informations du site de l'INAMI. Nomenclature et pseudonomenclauture des prestations de santé http://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/fr/search (consulté le 16/04/2017)

Tableau 2. Récapitulatif des honoraires d'un FCU pour un médecin spécialiste

Code INAMI	Sujet	Fréquence	Honoraire
149612-149623	FCU cytologie	1x/3ans	5.03€
149634-149645	FCUcytologie suivi	2x/an -> négatif	5.03€

Réalisé avec des informations du site de l'INAMI. Nomenclature et pseudonomenclauture des prestations de santé http://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/fr/search (consulté le 16/04/2017)

Depuis le 01/03/2013, le frottis de col de l'utérus est remboursé tous les 3 ans par l'INAMI selon le code 114030 ou 114041 en ce qui concerne le médecin généraliste. L'honoraire s'élève à 5.03 euros au 1er janvier 2017 sans frais pour le patient.

IV. Objectifs du travail de fin d'études

Une étude publiée par l'agence intermutualiste (AIM) en février 2015 a démontré que 97.4% des frottis ont été réalisés par les gynécologues en Wallonie en 2012.

Tableau 3. Récapitulatif 2006 à 2012 entre 3 régions Belges du prestataire de soins qui prélèvent le frottis

	Région Bruxelles-Capitale		Vlaams Gewest		Région Wallonne	
	Généraliste	Gynécologue	Généraliste	Gynécologue	Généraliste	Gynécologue
2006	7,7%	92,3%	14,7%	85,3%	2,5%	97,5%
2007	7,6%	92,4%	14,8%	85,2%	2,5%	97,5%
2008	7,3%	92,7%	13,7%	86,3%	2,4%	97,6%
2009	7,9%	92,1%	14,2%	85,8%	2,6%	97,4%
2010	8,2%	91,8%	13,8%	86,2%	2,9%	97,1%
2011	7,7%	92,3%	12,8%	87,2%	2,5%	97,5%
2012	7,7%	92,3%	12,6%	87,4%	2,6%	97,4%

Reproduit depuis Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012
Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste
En collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique et la Fondation Registre du Cancer
Février 2015

Cette étude nous rapporte également que le dépistage a tendance à diminuer chez les femmes en dehors de leur période de fertilité. L'une des raisons évoquées est le fait que ces femmes présentent d'autres problèmes de santé et consultent moins le gynécologue.

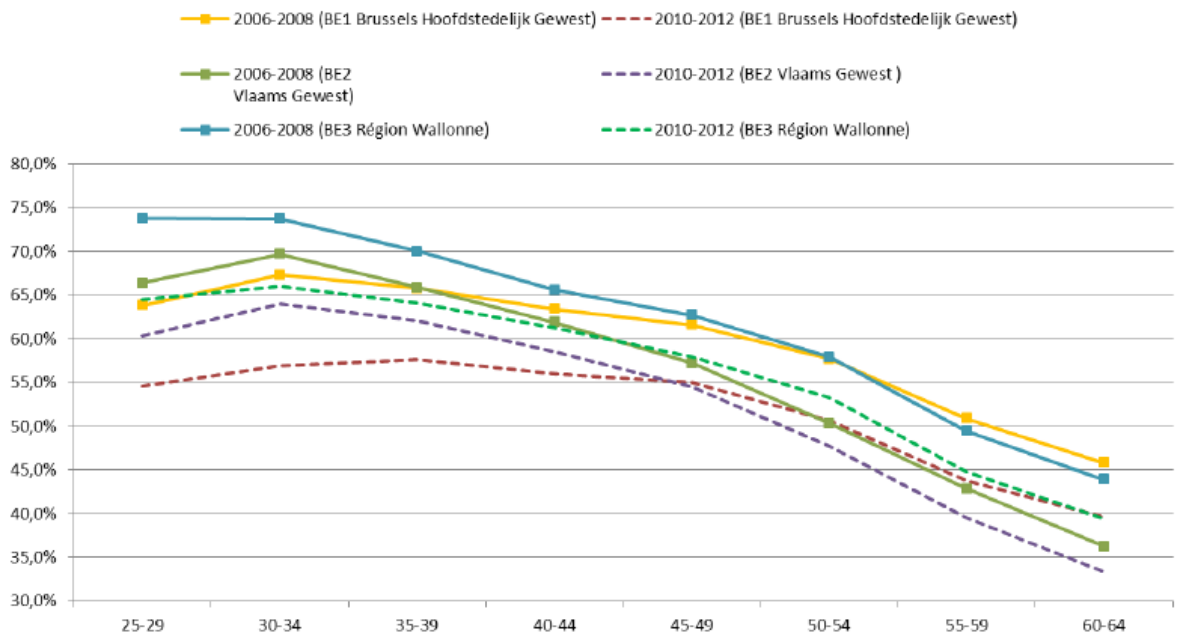


Figure 6. Pourcentage des femmes qui réalisent un frottis de col de l'utérus en fonction de la classe d'âge. Reproduit depuis Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012
Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste
En collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique et la Fondation Registre du Cancer
Février 2015

Enfin, la couverture globale des femmes de 25 -65 ans pour le dépistage du cancer du col est Insuffisante en Wallonie avec 56% en 2012 selon l'Atlas de l'AIM. [11]

Or il est clairement démontré que le dépistage des lésions précancéreuses via le frottis de col utérin est primordial, car le cancer invasif met 15 à 20 ans à se développer. Un tel dépistage est plus accessible en médecine générale auprès du médecin généraliste qui connaît et côtoie la patiente dès son plus jeune âge.

Par ailleurs l'âge moyen de diagnostic de la maladie est à 45 -54 ans et ce sont les femmes qui consultent le moins le gynécologue mais le plus leur médecin généraliste pour d'autres problèmes de santé.

C'est pourquoi il est important que le médecin généraliste réalise des FCU chez les femmes de 25 à 65 ans. Une étude de l'institut national pour le cancer en France nous confirme que 79% d'entre eux considèrent que le dépistage du cancer du col de l'utérus est important. Ceci contraste avec le faible nombre de frottis du col utérin réalisé en médecine générale tant en France qu'en Belgique. [12][13][14][15]

Dès lors les objectifs de ce travail de fin d'études (TFE) sont :
-tout d'abord de mettre en évidence les freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans dans une pratique de 1ère ligne ;
-ensuite d'esquisser les solutions envisagées dans la population cible.

1ère Partie - Matériel et Méthode

Après avoir effectué une revue de la littérature, un sondage a été réalisé auprès d'un échantillon de médecins généralistes exerçant dans la province du Hainaut en Belgique. Ce sondage consistait en une étude descriptive quantitative anonyme.

I. Population étudiée

Les médecins généralistes de trois zones de gardes ont été contactés :

- L'Union des Médecins Généralistes du Borinage (UMGB) où sont inscrits une centaine (100) de médecins généralistes,
- L'Associations des Médecins Généralistes de Mons et ses environs (AMGM) où sont inscrits 89 médecins généralistes,
- La Fédération des Médecins Généralistes du Centre et de Binche (FMGCB) où sont inscrits 180 médecins généralistes.

Au total 369 médecins ont été contactés dans le cadre de ce TFE.

II. Source

La revue de la littérature a été effectuée selon les termes :

Patient : femme de 25 à 65 ans

Intervention : dépistage cancer col utérus en médecine générale

Comparaison : réaliser son FCU en médecine générale ou non

Outcome : mettre en évidence les freins à la réalisation du frottis du col de l'utérus en médecine générale.

La Cebam Digital Library for Health (CDLH) a permis d'obtenir l'accès à diverses sources :

- guide de pratique clinique (HAS, ANAES)
- moteur de recherche EBM (CAIRN, CISMEF, TRIPDATABASE)
- lecture critique
- revue (SSMG)

Un partage d'idée et pistes de réflexions entre collègues assistants et animateurs de séminaire loco-régionale a eu lieu le 19 octobre 2016 en présence du Docteur Jean Baptiste Lafontaine.

III. Comité d'éthique

Aucun comité d'éthique n'a été consulté car cette étude consiste uniquement en un questionnaire anonyme relatif à des thèmes de la pratique courante d'un médecin généraliste.

IV. Elaboration du questionnaire *(cf annexe6)*

Le questionnaire a été réalisé à l'aide de google document (https://docs.google.com/a/student.uclouvain.be/forms/d/1nKycljjtSGIRdIgG_EGqe2EWZ-zflR5cL7MFVHANuMk/edit?usp=drive_web).

On retrouve des questions à choix simple, à choix multiples et des espaces pour écrire des commentaires en texte libre.

Une introduction a été rédigée pour expliquer la problématique des frottis de col de l'utérus en médecine générale et l'intérêt du sondage.

Le questionnaire en lui-même contient différentes parties :

-des questions générales permettent d'obtenir une description des participants au sondage,

-ensuite le questionnaire est subdivisé en fonction que le médecin généraliste réalise ou non des FCU dans sa pratique courante,

-enfin l'avis du praticien est sollicité pour identifier les freins et trouver des solutions face à cette problématique.

V. Diffusion du questionnaire :

Différents responsables ont été contactés dans le but de diffuser le questionnaire :

-Dr Blomart présidente de l'AMGM

-Dr Id Boufker secrétaire de l'UMGB

-le secrétariat de la FMGCB et le Dr Evrard membre de la FMGCB

Ceux-ci se sont chargés de transmettre le questionnaire aux médecins généralistes étant donné que la liste d'adresses e-mails est confidentielle. Deux rappels ont été envoyés le 04/012017 et le 20/02/2017.

VI. Analyse des résultats

Google documents a été utilisé pour analyser les résultats du sondage.

La comparaison de variables par test de fisher a été effectuée sur le site BIOSTA TGV (http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/).

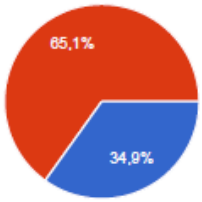
2ème Partie - Résultats

I. Taux de participation

Le taux de participation est de 12.195%, c'est-à-dire 45 participants sur les 369 médecins généralistes contactés entre le 12/12/2016 et le 20/02/2017.

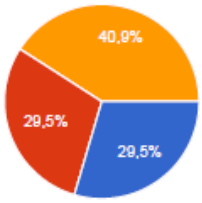
II. Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants

Etes-vous?



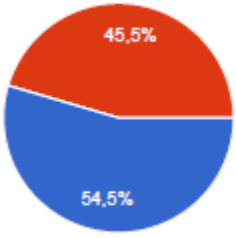
Une femme	15	34.9 %
Un homme	28	65.1 %

Quel est votre âge?



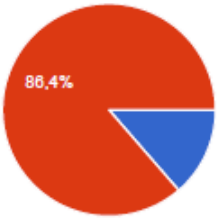
Moins de 35 ans	13	29.5 %
Entre 35 et 55 ans	13	29.5 %
Plus de 55 ans	18	40.9 %

Comment décrivez-vous votre activité?



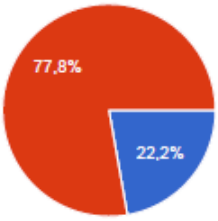
Urbaine	24	54.5 %
Rurale	20	45.5 %

Avez vous reçu une formation complémentaire en gynécologie?



Oui	6	13.6 %
Non	38	86.4 %

Pratiquez-vous des frottis cervico-vaginaux ?



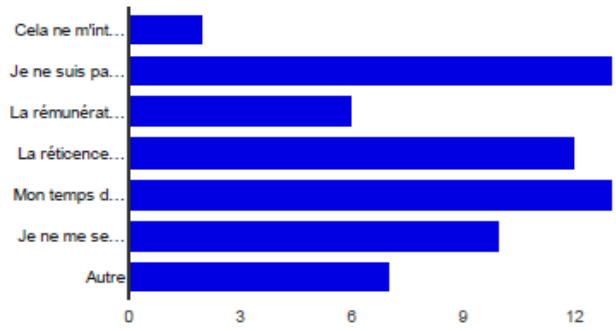
Oui	10	22.2 ‘
Non	35	77.8 ‘

III. Descriptions de pratiques

A. Les médecins qui n’effectuent pas le dépistage du cancer du col de l’utérus

Vous ne réalisez pas de frottis de col de l'utérus

Pourquoi?

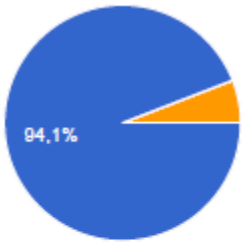


Cela ne m'intéresse pas	2	5.7 %
Je ne suis pas formé pour cela	13	37.1 %
La rémunération est insuffisante	6	17.1 %
La réticence de la patiente	12	34.3 %
Mon temps de consultation est court	13	37.1 %
Je ne me sens pas à l'aise	10	28.6 %
Autre	7	20 %

Si tel est le cas, référez-vous vos patientes pour la réalisation des frottis de col?

Oui	34	100 %
Non	0	0 %

Si oui, à qui l'adressez-vous ?

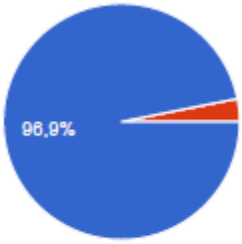


à un gynécologue	32	94.1 %
à un planning familial	0	0 %
les deux	2	5.9 %

B. <u>Les médecins qui effectuent le dépistage du cancer du col de l'utérus</u>

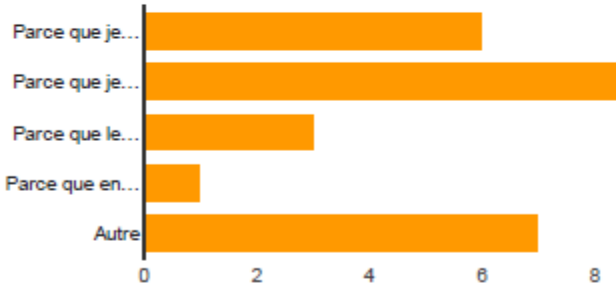
Vous réalisez les frottis de col de l'utérus

Combien en avez vous réalisé au cours du mois écoulé?



Moins de 5	31	96.9 %
Entre 5 et 10	1	3.1 %
Plus de 10	0	0 %

Pourquoi effectuez-vous des frottis de col de l'utérus ?



Parce que je suis intéressé par la gynécologie	6	33.3 %
Parce que je considère qu'il s'agit d'un dépistage important chez la femme	10	55.6 %
Parce que le gynécologue est inacessible pour mes patientes	3	16.7 %
Parce que en tant que femme je sais que mes patientes sont plus à l'aise que je le fasse	1	5.6 %
Autre	7	38.9 %

IV. Comparaison de variables *(cf. annexe 7)*

Sur les 45 répondants, un seul n'a pas rempli son formulaire (abstention) et un autre a répondu à toutes les questions sans préciser son sexe (masculin/féminin).

Tableau 4. Lien entre le sexe du médecin et la réalisation du frottis de col utérin

	Frottis OUI	**Frottis NON**
femme	5	10
homme	5	23
total	10	33

P = 0,28

Tableau 5. Lien entre l'âge du médecin et la réalisation du frottis de col utérin

	Frottis OUI	**Frottis NON**
< 35 ans	4	9
35 – 55 ans	1	12
>55 ans	5	13
Total	10	34

P = 0,36

Tableau 6. Lien entre le lieu d'activité et la réalisation du frottis de col utérin

	Frottis OUI	**Frottis NON**
Urbain	6	18
Rural	4	16
Total	10	34

P = 0,73

Tableau 6. Lien entre la formation gynécologique et la réalisation du frottis de col utérin

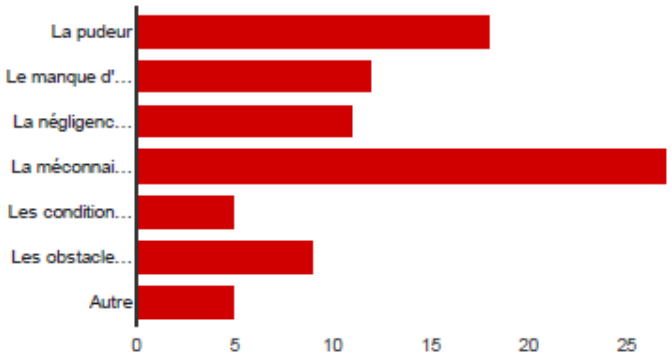
	Frottis OUI	**Frottis NON**
Formation complémentaire	2	4
Ø formation complémentaire	8	30
Total	10	34

P = 0,61

Les résultats de comparaison sont considérés comme statistiquement significatif en deçà du seuil P=0.05. Dans cette étude le sexe, l'âge, le lieu d'activité et la formation complémentaire en gynécologie n'influence pas de manière significative la réalisation de frottis par le médecin généraliste.

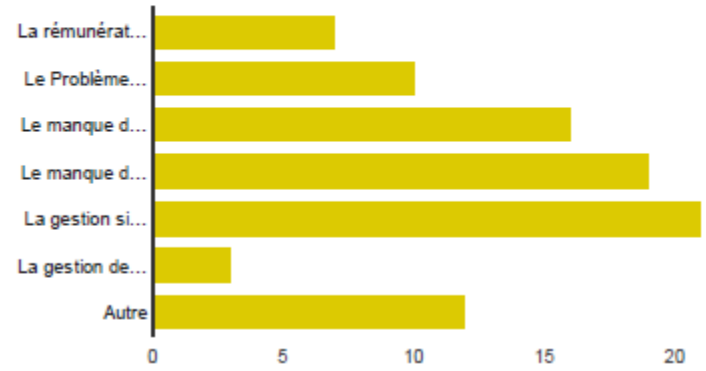
V. Les obstacles

Quelles obstacles rencontrez-vous en ce qui concerne vos patientes?



La pudeur	18	45 %
Le manque d'information en ce qui concerne le dépistage : son intérêt , ses modalités	12	30 %
La négligence de la patiente	11	27.5 %
La méconnaissance de la possibilité du médecin généraliste de réaliser le frottis de col	27	67.5 %
Les conditions socio économique défavorables	5	12.5 %
Les obstacles culturels	9	22.5 %
Autre	5	12.5 %

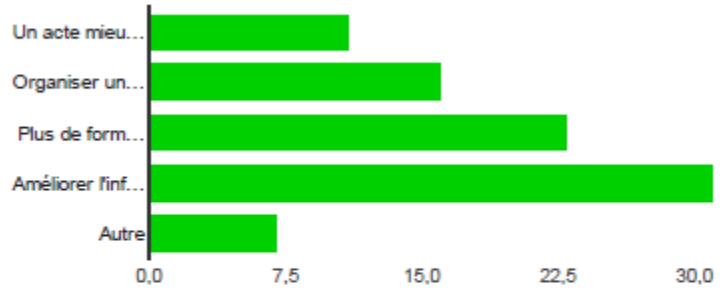
Et en tant que médecin quelles sont les freins à la réalisation du frottis de col dans votre pratique?



La rémunération insuffisante	7	15.6 %
Le Problème de matériel	10	22.2 %
Le manque de formation	16	35.6 %
Le manque de temps	19	42.2 %
La gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation	21	46.7 %
La gestion des frottis anormaux	3	6.7 %
Autre	12	26.7 %

VI. Les solutions

Nous savons qu'en 2012 en Belgique près de 97% des frottis de col de l'utérus étaient réalisés par les gynécologues. Selon vous quels éléments inciteraient les médecins généralistes à réaliser plus de frottis de col?



Un acte mieux rémunéré	11	24.4 %
Organiser un dépistage systématique	16	35.6 %
Plus de formation complémentaire en gynécologie	23	51.1 %
Améliorer l'information auprès des médecins et des patientes en ce qui concerne le dépistage	31	68.9 %
Autre	7	15.6 %

3ème Partie - Discussion

I. La population étudiée

Selon la littérature le profil type du médecin généraliste qui réalise le frottis de col est une femme de moins de 45 ans, exerçant en milieu rural, dans une pratique de groupe et ayant une patientèle importante [12]. Dans cette étude je ne retrouve pas le même constat, la comparaison de variable a montré que le sexe, l'âge et le lieu d'exercice n'influencent pas de manière significative la réalisation de frottis par le médecin généraliste.

II. les freins au dépistage

A. Du côté des médecins

1. Plusieurs motifs de consultation et le manque de temps

46.7% des médecins interrogés expliquent que la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation constitue un frein à la réalisation du frottis de col. **42.2%** incriminent le manque de temps. Ces constats sont partagés par une autre étude qui explique que la réalisation de cet examen de dépistage nécessite une préparation psychologique de la patiente et une mise en place de matériel. Actions « chronophages » qui peuvent occulter la véritable plainte de la patiente surtout si elle ne l'a pas demandé. Les auteurs précisent que les consultations de médecins généralistes durent en moyenne 16 minutes avec 1.6 à 1.9 motifs. Si en plus le prestataire devait proposer un examen de dépistage il faudrait dès lors y consacrer une consultation [16]. Cette contrainte de temps est évoquée par une autre étude. [14]

2. Le manque de formation et la gestion des frottis anormaux

Le manque de formation est pointé du doigt par **35.6%** des praticiens. Ce constat rejoint la difficulté à gérer les frottis anormaux énoncé par **6.7%** des acteurs de 1ère ligne comme étant un frein. En effet nombreux médecins généralistes trouvent qu'ils manquent de compétences en ce qui concerne ce domaine [14]. Dans une autre étude on constate même que 43% des généralistes interrogés déclarent ne pas se sentir performant en ce qui concerne la pratique gynécologique en générale. [17]

3. Le problème du matériel et la rémunération insuffisante

Pour **22.2%** des médecins interrogés, le matériel nécessaire constitue un frein au dépistage. En effet si un médecin généraliste venait à se procurer l'ensemble du matériel nécessaire pour débuter le dépistage du cancer du col de l'utérus, la facture à sa charge pour l'achat du matériel s'élèverait à 3379.5 euros *(cf. annexe 3).* Pour arriver à ce résultat nous avons considéré qu'il s'intéressait à chaque fois au matériel le plus abordable, qu'il ne prenait qu'une seule pièce dans un premier temps et ne se procurait pas la pince de Pozzi.

Pour **15.6%** la rémunération ne les incite pas à réaliser plus de frottis de col de l'utérus. En Belgique la réalisation du frottis du col de l'utérus est remboursée tous les 3 ans à 5.03 euros à la charge de l'INAMI sans intervention du patient selon le code de nomenclature 114030 ou 114041.

4. Le sexe du médecin

Pour certains les médecins généralistes de sexe féminin effectuent plus de dépistage du cancer du col tandis que les hommes ont plus tendance à référer ses patientes à leurs collègues femmes ou à un gynécologue plus par manque d'intérêt et aussi à cause de la réticence des patientes à se faire examiner par un homme ; notons tout de même qu'on parle dans cette étude de femme de 50 à 65 ans [16]. Ce constat est appuyé par l'enquête barométrique de septembre 2010 de l'institut national du cancer en France. En effet en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, le réflexe est plus présent chez les femmes. Ce que confirme également une étude canadienne en évoquant un odd ratio de 2.24 (95% CI 1.18 to 4.28) [18].

Au contraire pour cette autre étude le sexe du médecin intervient peu, « 10,6 actes en moyenne pour les hommes, 12,24 pour les femmes (différence non significative) ». Notons qu'ici les auteurs se sont intéressés à l'activité gynécologique en général et pas spécifiquement au dépistage du cancer du col de l'utérus. [17]

Face à ces éléments, j'aurais pu considérer dans mon étude le sexe du médecin comme un frein à la réalisation du frottis de col.

En matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, les médecins généralistes expliquent leurs réticences par :
-le manque de temps car cet acte technique est chronophage,
-le manque de formation,
-le prix du matériel élevé face à une rémunération faible,
-les médecins généralistes de sexe masculin peuvent être considérés comme moins enclins à réaliser des frottis du col de l'utérus.

B. Du côté des patientes

Nous avons également sollicité l'avis des médecins en ce qui concerne les réticences de leurs patientes à réaliser le frottis de col utérin

1. Le manque d'information et la précarité

Dans le sondage réalisé la principale raison pour laquelle les patientes n'effectuent pas leur frottis chez leur médecin traitant est qu'elles ne savent pas qu'il est habilité à effectuer cet acte. C'est ce que pense **67.5%** des médecins interrogés. Également pour **30 %** de ceux-ci les patientes n'ont pas d'information en ce qui concerne le FCU, son intérêt et ses modalités.

Ce constat est confirmé par une étude publiée dans la Revue Médicale de Liège.

En effet les auteurs nous expliquent que la participation à un examen de dépistage est influencée par le niveau de connaissance, les perceptions, attitudes et représentations de la population ciblée. Une femme informée a plus tendance à participer à un examen de dépistage car elle en comprend l'intérêt. Ce manque d'informations en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus serait plus criant chez les jeunes femmes. [15]

Seuls **12.5%** des médecins pensent que les conditions socio-économiques défavorables constituent un frein à la réalisation du FCU. Or ce facteur est intimement lié au manque d'information. En effet les patientes issues de milieu précaires ont en général un niveau d'éducation plus faible donc ont moins accès à l'information.

Également lorsqu'il s'agit de femmes possédant des moyens financiers réduits leurs priorités se situent ailleurs que dans les examens de dépistage. Elles sont trop préoccupées par les contraintes de la vie quotidienne et éprouvent plus de difficultés à se projeter dans l'avenir. Ceci rejoint l'idée de négligence chez les patientes exprimée par **11%** des médecins interrogés. Ce fait est confirmé par plusieurs études. [14][15][19]

2. <u>La pudeur et la culture</u>

Pour **18%** des médecins sondés de notre étude la pudeur est un frein au dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet une relation médecin-patiente de longue durée est nécessaire pour que l'intéressée accepte que ce soit son médecin de famille qui effectue son frottis. Dans une étude on parle de 1 à 3 ans. Paradoxalement au-delà de 3 ans les patientes sont plus réticentes à se faire examiner par leur médecin de famille selon cette même étude. La qualité de la relation médecin-patiente est importante en ce qui concerne la compliance au dépistage. Également la gêne et la pudeur sont majorées lorsqu'il s'agit d'un médecin homme. [14]

22.5% des praticiens considèrent que la culture constitue un frein pour leurs patientes. Ce constat n'est pas partagé par l'étude citée plus haut. En effet sur les 43 répondantes une seule a fait appel à la culture pour justifier son refus. Par contre les auteurs expliquent qu'une femme aura tendance à avoir recours à la prévention d'autant plus facilement qu'on lui a parlée de féminité et sexualité dans son enfance.

Lorsqu'on interroge les omnipraticiens sur les raisons qui expliquent les réticences de leurs patientes au dépistage du cancer du col utérin, les raisons invoquées sont :
-le manque d'information,
-ils sous-estiment les conditions sociodémographiques comme étant un frein et pourtant plusieurs études nous rappellent que ce sont dans les milieux les plus défavorisées que le dépistage est le plus en déclin,
-la pudeur est un frein car le FCU constitue une intrusion dans l'intimité de la patiente, une patiente sera moins disposée à réaliser ce dépistage en présence d'un homme,
-nombreux des acteurs de 1ere ligne pensent que la différence de culture est un obstacle, cette affirmation est réfutable, c'est surtout une éducation plus rigoriste qui explique la réticence de certaines patientes issues de l'immigration.

III. les solutions envisagées

A. Améliorer la formation et l'information

51.1% des généralistes interrogés demandent plus de formation complémentaire en gynécologie**. 68.9%** d'entre eux avancent comme principale solution une amélioration de l'information auprès des patientes en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus.

La formation continue est obligatoire pour conserver son agrément de médecin généraliste en Belgique. Il a été publié au moniteur belge en date du 24/12/2015 la modification suivante en ce qui concerne l'agrément « Le médecin généraliste agréé est tenu de maintenir et de développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique ». Le médecin généraliste est tenu de se former mais pas spécifiquement en gynécologie et de surcroit en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il serait intéressant de proposer régulièrement lors des Groupes Locaux d'Evaluation Médicale (GLEM) des sujets qui évoquent le dépistage gynécologique en général et le cancer du col de l'utérus en particulier. Ce qui permettrait de familiariser les acteurs de 1ère ligne à la méthode de dépistage.

En ce qui concerne les patientes, il faut tout d'abord rappeler que le médecin de famille est tenu de les informer en vertu du volet prévention qui a été insérer dans le Dossier Médial Global (DMG) dès 2008 [20]. Au-delà des campagnes d'affichage dans la salle d'attente et des prospectus *(cf. annexe 8),* cela passe par une consultation de dépistage tous les 3 ans à partir de l'âge de 25 ans. Mais il ne peut pas être le seul vecteur d'information.

Dans une étude parue dans la Revue Médicale de Liège, les auteurs expliquent que 14% des femmes interrogées dans un groupe « 25 -37 ans » affirmaient n'avoir jamais réalisé de frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, ce constat nous rappelle que les populations cibles du dépistage du cancer du col de l'utérus sont, entre autres, les jeunes femmes [15]. Vu l'évolution actuelle des modes de communication dans les populations jeunes je pense qu'il est intéressant que l'information au patient dans le cadre du dépistage suive le même courant. On pourrait toucher le public cible en faisant appel aux réseaux sociaux comme cela a été le cas lors de la campagne « #smearforsmear » qui a été lancée par l'association caritative britannique Jo's Cervical Cancer Trust qui est dédiée aux femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. L'action consistait à mettre du rouge à lèvres ensuite à l'étaler (to smear en anglais) au-delà de la bouche avec sa main, après à prendre une photo de soi qui sera publiée sur les réseaux sociaux et enfin de nommer une personne qui doit faire de même ; ceci dans le but de rappeler l'intérêt de la prévention du cancer du col de l'utérus. Sur le site internet de l'association les responsables évoquent des millions de personnes qui auraient participé à la campagne de sensibilisation en 2017. [21]

B. Instaurer un dépistage organisé

Dans mon étude **35.6%** des omnipraticiens sont séduits par l'idée d'un dépistage organisé.

Actuellement en Belgique le dépistage du cancer du col de l'utérus est opportuniste : la population cible est recrutée lors d'un recours aux soins (une consultation par exemple). Le dépistage organisé ou communautaire signifie : proposer systématiquement le frottis de col de l'utérus à l'ensemble de la population cible dans une communauté donnée.

La participation est volontaire. Le dépistage s'inscrit dans une action précise avec des tranches d'âge, fréquences de rappel et des procédures. Il est nécessaire d'avoir une équipe responsable du programme. Le dépistage organisé permet d'améliorer la couverture générale du dépistage et celle des populations qui ont un accès limité en l'occurrence les jeunes femmes issues d'un milieu précarisé et les femmes ménopausées [11].

Dans ses directives de 2003 et 2008 l'Union Européenne rappelle qu'elle préconise un dépistage organisé à l'échelle nationale en ce qui concerne le cancer du col de l'utérus. Avant tout parce qu'il s'agit de la méthode qui a montré le plus d'avantage en matière de coût-efficacité. Aussi cette méthode assure un suivi de la patiente de tous les instants, en cas de frottis normal, pathologique ou en cas d'oubli.

Pour assurer la pérennité de cette méthode, la formation des intervenants et le contrôle qualité sont nécessaires. Le médecin de famille doit rester au centre du dépistage même si ce n'est pas lui qui réalise le frottis. Il sera par exemple chargé de convaincre les plus récalcitrantes, notamment les femmes pré ménopausées et ménopausées qui consultent plus le médecin de famille que le gynécologue.

En se basant sur ce qui a déjà été effectué dans d'autres territoires (Alsace, Italie, Finlande, Grande-Bretagne) l'Union Européenne propose dans son article différents modèles de dépistage systématique. [22][23]

Dans notre pays la région flamande a décidé depuis le 1er juin 2013 d'avoir recours à cette dernière méthode de dépistage : les femmes de 25 -64 ans qui n'ont pas effectué de frottis durant les 3 précédentes années sont conviées par invitation à le réaliser chez leur gynécologue ou leur médecin de famille. 3 ans après son instauration on peut se demander ce qu'il en est de la couverture de la population cible en matière de dépistage. Dans le rapport 2016, du Centrum voor Kankeropsporing (CvKo - organisme responsable de la mise en œuvre des dépistages en Flandre) on constate qu'entre 2013 et 2015 la couverture globale a diminué passant de 63.5% à 60.5%. Les auteurs apportent quelques informations pour expliquer ces chiffres :

-parmi les 60.5 % de 2015, il y a 5.8% qui sont exclus du dépistage

-les couvertures de dépistages des années 2014 et 2015 sont sous-estimées car ces chiffres se basent sur les données de remboursement des mutuelles or les affiliées ont 2 ans pour se faire rembourser, seuls les chiffres de 2013 sont définitifs. [24]

Donc nous ne pouvons pas encore tirer de conclusions définitives en matière de couverture sur base du modèle flamand de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus.

Tableau 7.Tableau représentant la couverture du dépistage par année

	2013		2014 (*)		2015 (*)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Volledige Doelgroep Heracles (a+b+c+d)	1.693.040	100,0	1.695.936	100,0	1.699.686	100,0
Dekking door uitsluiting (a)	92.186	5,4	96.153	5,7	97.889	5,8
Dekking door deelname in vorige twee kalenderjaren (b)	809.470	47,8	707.239	41,7	664.788	39,1
Dekking door deelname in betrokken jaar (c)	173.651	10,3	235.917	13,9	266.233	15,7
Totale dekking (a+b+c)	1.075.307	63,5	1.039.309	61,3	1.028.910	60,5
Geen dekking (d)	617.733	36,5	656.627	38,7	670.776	39,5

Reproduit depuis le rapport d'activité 2016 du CvKo

https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2016CvKO_SKR.pdf

C. Revaloriser la rémunération

Il s'agit d'une solution à envisager pour **24.4%** des médecins interrogés. Pour rappel en Belgique la réalisation du frottis peut être tarifiée à 5.03 euros, tous les 3 ans, à charge de la mutuelle exclusivement, sans intervention du patient, selon le code de nomenclature 114030.

En France deux incitants financiers ont été mis en place. Tout d'abord depuis le 25 mars 2012, lorsque les médecins généralistes réalisent les FCU tous les 3 ans entre 25-65 ans comme requis, ils reçoivent en plus de l'honoraire de consultation 50% de la valeur de l'acte correspondant au FCU ce qui correspond à 4.82 euros.

Il s'agit d'une exception faite à la règle du non cumul d'une consultation et d'un acte technique (article 3 Classification Commune des Actes Médicaux) [25].

Cette dérogation n'est possible que lorsqu'elle obéit aux directives de la haute autorité de santé à savoir :

-femme de 25 à 65 ans

-2 frottis annuels normaux

-puis 1 frottis tous les 3 ans

Ensuite depuis le 1er janvier 2012 a été instaurée en France la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Elle concerne les médecins généralistes et d'autres spécialistes. Elle repose sur des indicateurs d'organisation du cabinet et sur des indicateurs de qualité de la pratique médicale. La rémunération est calculée en fonction de l'atteinte de certains objectifs préalablement fixés sur la « patientèle consommante fidèle » de chaque médecin généraliste.

On parle de patientèle consommante fidèle pour :

-ceux qui ont eu recours à des soins

-ceux qui ont été remboursés sur les 12 derniers mois

-ceux qui ont déclaré le médecin comme leur médecin traitant et n'ont pas changé.

Intéressons-nous aux indicateurs de qualité de la pratique médicale, ceux-ci comportent :

→le suivi des maladies chroniques (9 indicateurs) :

→la prévention auquel appartenait l'item dépistage du cancer du col de l'utérus (8 indicateurs) :

- 2 indicateurs concernant vaccination antigrippale
- 1 indicateur sur le dépistage du cancer du sein
- **1 indicateur sur le dépistage du cancer du col de l'utérus**

(80% des patientes de 25 à 65 ans dans votre patientèle ont bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années)

- 1 indicateur sur l'antibiothérapie
- 3 indicateurs sur le risque médicamenteux iatrogène

→L'efficience de la prescription (7 indicateurs)

Chaque point est valorisé à 7 euros et chaque ROSP modulée en fonction de la patientèle du médecin. Le nombre total de points obtenu est multiplié par la valeur du point fixée à 7 euros sur la base d'une patientèle moyenne de 800 patients. [26]

Rémunération = nombre de points x patientèle réelle / 800 x 7

Quel bilan pour ce nouveau mode de rémunération ? Selon certains auteurs en ce qui concerne une consultation pour un autre motif un incitant financier à réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus en plus, aura un effet limité car les médecins généralistes ont une durée de consultation moyenne de 16 minutes avec déjà 1.6 à 1.9 motifs [16].

Cependant le bilan à 4 ans de la ROSP en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus montre selon les auteurs : « Après avoir enregistré une baisse au cours des 3 premières années, le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué un frottis cervico-vaginal au cours des 3 dernières années a augmenté de 0,1 point par rapport à 2014, soit 23 000 personnes de plus dépistées en 2015 ». Il s'agit d'un bilan encourageant qui mérite d'être suivi. Selon ce rapport 6 756 euros ont été versés en moyenne annuellement aux médecins généralistes ayant participé. [27]

Ce qui constitue un complément de revenus non négligeable. Il pourrait par exemple rembourser l'achat de matériel de dépistage et rendre ainsi la pratique du dépistage plus attrayante.

Pour améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus il est nécessaire de :
-améliorer la formation des médecins généralistes et l'information aux patientes,
-instaurer un dépistage organisé comme c'est déjà le cas en Flandre,
-instaurer une rémunération à la performance pour rendre l'acte technique plus attrayant pour les omnipraticiens.

IV. Biais

A. Elaboration du questionnaire

Il aurait été intéressant de demander directement l'avis des patientes en ce qui concernent les freins rencontrés et les solutions qu'elles désirent en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus en 1er ligne. Car en posant la question aux médecins généralistes, je me rends compte par exemple que ceux-ci sous-estiment l'impact des conditions socio-économiques en tant que frein à la réalisation du dépistage chez leurs patientes.

B. Biais d'échantillonnage

Les résultats obtenus dans mon étude ne peuvent pas être extrapolés à l'échelle nationale. Parce que je ne me suis intéressé qu'à la province du Hainaut et l'offre médicale n'y est pas similaire à celle dans les autres provinces du pays.

C. Biais des répondants

Sur les 369 médecins contactés seuls 45 ont répondu au sondage en ligne. On peut penser que seuls les médecins qui sont d'avantages intéressés par le dépistage du cancer de l'utérus ont pris le temps de répondre. Ce qui constitue un biais de sélection.

Conclusion

Le cancer du col de l'utérus constitue un enjeu de santé publique car il représente le 4e cancer féminin en Belgique en 2014. Paradoxalement un frottis régulier du col utérin chez les femmes de 25 à 65 ans pourrait éviter 90% des cancers invasifs. Mais la réalité est tout autre. La couverture du dépistage en Wallonie n'a été que de 56% en 2012 avec 97.4% des frottis de dépistage qui ont été réalisés par les gynécologues et 2.6% par les médecins généralistes. Comment expliquer un tel constat ? Quelles solutions sont envisageables ? Tels ont été les objectifs de mon travail de fin d'études.

Les réticences viennent tant des médecins généralistes que des patientes. En ce qui concerne les praticiens il est difficile de gérer plusieurs motifs de consultations en un temps restreint (16 minutes en moyenne). La difficulté est accentuée si on n'est pas à l'aise, si on manque d'informations pour expliquer le geste, rassurer la patiente. Enfin lorsqu'on veut inclure le frottis du col utérin dans sa pratique de tous les jours cela nécessite d'investir dans du matériel. Celui-ci est onéreux pour parfois peu de résultats immédiats.

Nos patientes manquent d'informations, très souvent elles ne savent pas que leur médecin généraliste est qualifié pour réaliser cet examen, très souvent elles n'en comprennent pas l'intérêt. Une fois l'arrivée de la pré-ménopause, les autres soucis de santé prennent le dessus et il est difficile de les convaincre de continuer ce dépistage, or c'est à ces âges que la plupart des lésions des jeunes adultes se cancérisent. Aussi malgré ce qu'on pourrait penser de prime abord l'environnement social à son importance pour expliquer les freins chez les patientes. Très souvent elles rencontrent de nombreuses difficultés financières qui prennent le dessus sur le reste et les empêchent de se projeter dès lors la prévention en ce qui concerne leur santé devient secondaire.

Quelle conduite à tenir pour traiter le médecin et le patient pourrait-on dire. Il faudrait tout d'abord plus de GLEM centrés sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, cela permettrait de familiariser les médecins avec la technique et de proposer l'acte à leurs patientes avec plus d'assurance. Ensuite un travail est nécessaire pour parler le langage de nos patientes, les informer d'une autre manière. En effet nous vivons une époque hyper connectée, où tout se passe sur les réseaux sociaux, il est nécessaire d'importer ces considérations de santé publique sur les réseaux sociaux. Des exemples concrets nous ont montrés que cela est possible. Après, une fois les patientes sensibilisées un dépistage systématique selon le modèle de ce qui se fait déjà en Flandre permettrait de toucher plus de monde et également d'avoir moins de « perdu de vue ».

Même si le dernier rapport du CvKo ne confirme pas encore l'augmentation de la couverture du dépistage, cette méthode a porté ses fruits dans d'autres pays tel que la grande Bretagne où la couverture de la population cible approche les 100%. Enfin la rémunération du médecin généraliste est à revoir, une rémunération en fonction de la performance paraît adéquate. En France on parle de rémunération sur objectif de santé publique, le récent rapport de l'assurance-maladie confirme l'intérêt qu'ont les médecins généralistes pour ce nouveau type de rémunération *(cf. annexe 9).*

Bibliographie

[1] Registre pour le cancer. Tableau sur base annuelle, du nombre absolus, de cancer féminin en 2014, en Belgique [Web Page] 2014. Available from: http://www.kankerregister.org/media/docs/SKRstats/2014/2014-F-BEL-Abs.pdf (consulté le 7/2/2017)

[2] Registre pour le cancer. Tableau représentant l'incidence selon l'âge des cancers du col de l'utérus en 2014, en Belgique [Web Page] 2014. Available from : http://www.kankerregister.org/default.aspx?PageId=345 (consulté le 10/04/2017)

[3] Fondation contre le cancer. Cancer du col de l'utérus [Web page] 2016 Available from : http://www.cancer.be/le-cancer/types-de-cancers/cancer-du-col-de-lut-rus (Consulté le 7/2/2017)

[4] Sellors, JW, Sankaranarayanan, R. Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants. In Lyon, France. Centre International de Recherche sur le Cancer ; 2003

[5] Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, actualisation du référentiel de pratique de l'examen périodique de santé. [Web page] 2013. Available from : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf (consulté le 7/2/2017)

[6] Fondation contre le cancer. Cancer du col de l'utérus [Web Page] 2017 Available from : http://www.cancer.be/les-cancers/types-de-cancers/cancer-du-col-de-lut-rus/traitements (consulté le 7/2/2017)

[7]Vacc.info. vaccination contre le papilloma virus humain (11 – 14 ans) [Web page] 2015. Available from : https://www.vaccination-info.be/vaccinations-recommandees/enfant-de-11-14-ans/vaccination-contre-le-papillomavirus-humain-responsable-des-cancers-du-col-de-l-uterus(consulté le 7/2/2017)

[8] Arbyn M, Haelens A, Desomer A, Verdoodt F, Thiry N, Francart J, et al. Quel dépistage pour le cancer du col ? –Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 238Bs. D/2015/10.273/15.

[9] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus. Actualisation 2002 [Web page] 2002 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf (consulté le 7/02/2017)

[10] Albertyn G , Arbyn M, Bourgain C et al Adaptation française Marchant G. [Recommandation techniques pour des frottis de col satisfaisant]. La Revue de Médecine Générale 2002, 196 : 360 – 363

[11] Agence inter mutualiste en collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique et la Fondation Registre du Cancer: Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012 Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste. Février 2015

[12] Institut National Cancer : Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. Septembre 2010

[13]Vankalck J. :[le frottis cervical en médecine générale]. Louvain Med 1995, 114 :281-285

[14] Joseph JP, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux JL, Quintard B: [dépistage du cancer du dol de l'utérus chez les femmes en situation de précarité attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste], Médecine 2014, 10(10) : 472-477

[15] Escoyez B, Mairiaux P. [Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : attitudes et comportements de la population féminine liégeoise]. Rev Med Liege. 2003;58(5):319-26.

[16] Badet-Phan A, Moreau A, Colin C et al [Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans], Pratiques et Organisation des Soins 2012/4 (Vol. 43), p. 261-268.

[17] Levasseur G, Bagot C, Honnorat C : [l'activité des médecins généraliste en Bretagne], Santé publique 2005,17(1) : 109 – 119

[18] Ince-Cushman D, Correa J, Shuldiner J et al: [Association of primary care physician sex with cervical cancer and mammography screening]. Canadian family physician 2013, 59: e11 – e18

[19] Elit L, Krzyzanowska M, Saskin R et al : [Socio demographic factor associated with cervical cancer screening and follow-up of abnormal of abnormal results]. Canadian family physician 2012, 58: e22- e31

[20] Onkelinx L. Plan national cancer. In Bruxelles, Présentation par Laurette Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, 10 mars 2008

[21] Jo's cervical cancer trust [Web Page] Availble from https://www.jostrust.org.uk/smearforsmear (consulté le 10/04/2017)

[22] Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, et al. Centre International de Recherche sur le Cancer European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Luxembourg: Commission européenne. Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs. 2008

[23] Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer. Journal Officiel Union européenne. 16 décembre 2003

[24] Rapport d'activité 2016 du CvKo (Centrum Voor Kankeropsporing)

[25] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Dérogation au principe de non cumul. [Web page] Available from : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-haute-corse/vous-informer/derogations-au-principe-de-non-cumul_haute-corse.php (consulté le 9/04/2017)

[26] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Rémunération sur objectifs de santé publique. [Web page] Available from : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2011-dispositifs-transitoires/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-de-qualite-de-la-pratique-medicale_haute-corse.php (consulté le 9/004/2017)

[27] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. La rémunération sur objectifs de santé publique une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 4 ans et perspectives d'évolution. [Web Page] 2016 Available from : http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/Bilan%20ROSP_2015-160415_vdef.pdf (consulté le 12/04/2017)

[28] Mediq. Site de vente en ligne de matériel médical [Web Page] 2017 Available from : https://www.mediq.be/catalogsearch/result/?q=gyn%C3%A9cologie (consulté le 22/03/2017)

[29] Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien.Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2012, 3-16.

[30] Minerva. Utilisation du gel lubrifiant en cas de frottis de col [Web page] http://www.minerva-ebm.be/fr/article/858 (consulté le 16/03/2017)

[31] Fondation contre le cancer. Dépliant informatif au sujet de la vaccination dans le cadre du cancer du col de l'utérus. http://www.cancer.be/sites/default/files/publication/1-7-1-FR-cancers-du-col-uterus-et-vaccination-08-2015.pdf (consulté le 22/3/2017)

Table des abréviations

TFE : travail de fin d'études

INAMI: Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

HPV : Human Papilloma Virus

UMGB: Union des Médecins Généralistes du Borinage

AMGM : Associations des Médecins Généraliste de Mons et environs

FMGCB : Fédérations des Médecins Généralistes du centre et de Binche

GLEM : Groupe Local d'Evaluation Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

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

TTC : Toute Taxes Comprises

FCU : Frottis du Col de l'Utérus

AIM : Agence Inter Mutualiste

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

IM : Intramusculaire

AO : Assuré Ordinaire

BIM : Bénéficiaire de l'Intervention Majorée

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Me Ge : Médecin Généraliste

M2 : 2^{e} année de master en médecine

M4 : 4^{e} année de master en médecine

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

CIN : Cervical Intra Neoplasia

Annexes

Annexe 1: schéma vaccinal et prix du vaccin- prévention contre le cancer du col de l'utérus [7]

La vaccination est gratuite en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) chez la jeune fille de 13 à 14 ans qui entre en 2e secondaire ou 1er différenciée. Pour bénéficier de cette gratuité le vaccin doit être commandé auprès de la FWB par le médecin. Cette vaccination peut également être proposée jusqu'à l'âge de 26 ans, avant le premier contact sexuel.

Tableau 8. Récapitulatif du schéma vaccinal du Cervarix® et du Gardasil®

	Cervarix® (1)	Gardasil® (2)
< 15 ans (1) - < 14ans (2)	2 IM 0 et 6 mois	2 IM 0 et 6 mois
>15 ans - >14 ans	3 IM 0-1-6 mois	3 IM 0-2-6 mois

Une vaccination entamée avec un vaccin doit être poursuivie avec le même vaccin.

Tableau 9. Récapitulatif du tarif du Cervarix® et du Gardasil®

	Cervarix® (68.86€)	Gardasil® (118.18€)
Tarif AO (12 -19 ans)	11.90€	11.90€
Tarif BIM (12- 19 ans)	7.90€	7.90€

La vaccination est gratuite si elle est réalisée dans le cadre de la médecine scolaire.

Annexe 2 : le système Bethesda pour la classification des anomalies cytologiques [9]

Encadré 1. SYSTÈME DE BETHESDA 2001 (résumé)

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT

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

INTERPRÉTATION/RÉSULTAT

- ❒ **Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité *(NILM)*.**

S'il y a lieu, préciser :

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

- ❒ **Anomalies des cellules malpighiennes :**
  - atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) ;
  - lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koïlocytes/dysplasie légère/CIN 1 ;
  - lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ;
  - carcinome malpighien.

- ❒ **Anomalies des cellules glandulaires :**
  - atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ;
  - atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;
  - adénocarcinome endocervical *in situ* (AIS) ;
  - adénocarcinome.

- ❒ **Autres (liste non limitative) :**
  - cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.

Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible accompagnées de références.

Encadré 2. SYSTÈME DE BETHESDA 2001 (abréviations)

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

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

Annexe 3 : Prix du matériel de base pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [28]

Tableau10. Prix du matériel de base pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

Matériel	**Prix en euros (€) toutes taxes comprises (TTC)**
Table d'examen gynécologique	2999€
Lampe sur pied	330€
Spéculum* de CUSCO	24.70€/pièce acier OU 7.10€/pièce plastique
Spéculum* de COLLIN	26.50€/pièce acier OU 15.60€/pièce plastique
Pince longuette	15.80€
Spatule d'Ayre	5.40€ boite de 200 spatules
Cytobrush	10.20€/pièce
Cervex brush	25 € boite de 50 pièces
Lame porte objet	7.20€ boite de 50 lames
Fixateur pour frottis	4.80€
Liquide pour prélèvement en phase liquide	*Non disponible sur le site internet*
Pince tire-col de Pozzi	47.30€

*Spéculum

→ en acier inoxydable

(+) ré utilisable après stérilisation

(-) confort de la patiente car il est froid et bruyant

→en plastique

(+) manipulation rapide, indolore, silencieuse

(-) la solidité

Annexe 4 : méthode [10] [29] [30]

A. mise en place du spéculum

1-La patiente se place en position gynécologique sur la table à savoir allongée sur le dos avec les pieds dans l'étrier ou au niveau des coins de la table.

2-Il est conseillé d'éviter les toucher vaginaux avant frottis car il altère la qualité de celui-ci.
Pour éviter la douleur et faciliter l'introduction du speculum une petite quantité de lubrifiant peut être utilisée, deux études ont montré l'absence d'impact sur la qualité du frottis.

3-Le speculum sera positionné dans un premier temps à la verticale au niveau de l'orifice d'entrée du vagin afin de séparer les petites lèvres, il sera ensuite sera pivoté en position horizontale avant d'être introduit.
Pour accéder au col il est important de suivre la ligne de séparation entre les parois antérieures et postérieures du vagin. En cas de difficultés la patiente pourra mettre les poings sous les fesses afin de permettre une bascule antérieure du bassin et ainsi dégager le col

4-« Moucher le col » c'est-à-dire le débarrasser de ses sécrétions à l'aide d'une compresse montée sur une pince longuette.

5-Repérer la zone de jonction qui se situe à la frontière entre la surface lisse et rosée exocervivale et la zone rouge periorificielle. S'assurer qu'aucune lésion cervicale suspecte n'est présente car cela constitue une contre-indication à la réalisation du FCU et dans ce cas la patiente devra être référée à un gynécologue pour réaliser une colposcopie-biopsie.

B. réalisation du frottis de col de l'utérus

Lors de la réalisation d'un frottis de col utérin il est primordial d'effectuer un prélèvement de la totalité de l'orifice cervical externe et interne. C'est-à-dire au niveau de l'endocol, de l'exocol et de la zone de jonction où apparaissent habituellement les atypies cellulaires.

Deux méthodes de prélèvements peuvent être utilisées :
-la technique conventionnelle dite de Papanicolaou qui utilise une spatule d'ayre pour l'exocol et la jonction exo-endocervicale (dessin) et un brosse de type cytobrush pour la zone endocervicale. La répartition du matériel prélevé doit être réalisée A CHAQUE PRELEVEMENT sur une lame de verre et ce matériel est fixé à la laque pour envoi au laboratoire en vue de l'analyse.

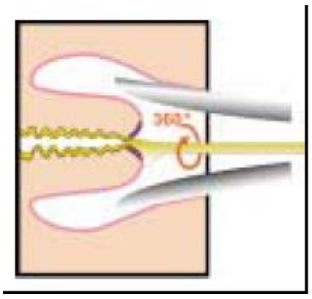


Figure 3. Prélèvement de l'exocol à la spatule en bois

D'après la Revue de Médecine Générale N°196 octobre 2002

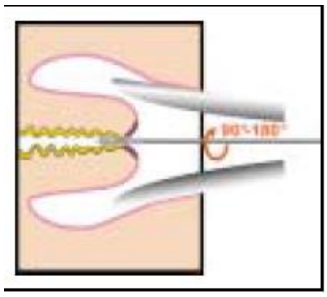


Figure 4. Prélèvement de l'endocol au cytobrush®

D'après la Revue de Médecine Générale N°196 octobre 2002

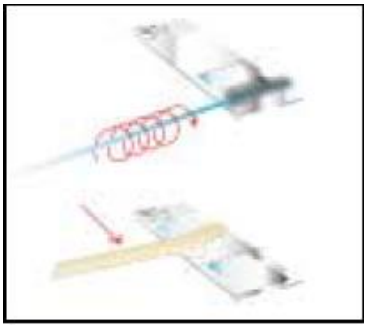


Figure 5. Etalement de la spatule et de la brosse endocervicale sur une lame de verre

D'après la Revue de Médecine Générale N°196 octobre 2002

-frottis par prélèvement en milieu liquide qui utilise une cervex brush, il permet un prélèvement tant au niveau de l'endocol que de l'exocol en une étape. Le matériel prélevé est déposé dans une solution de conservation, de dispersion et d'analyse. Ensuite celui-ci est envoyé au laboratoire où sera réalisé l'étalement sur lame en vue de l'analyse.

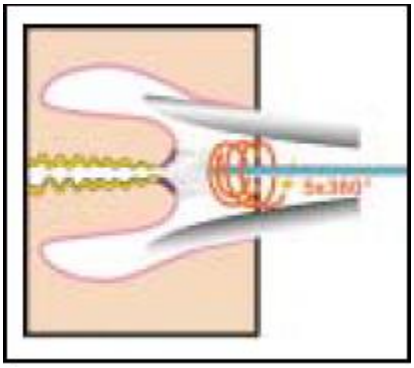


Figure 6. Prélèvement exo et endocervicales au cervex-brush®

D'après la Revue de Médecine Générale N°196 octobre 2002

Annexe 5 : tarif INAMI pour un dépistage cytologique

Tableau 10. Tarifs INAMI pour un dépistage cytologique

Code INAMI	Définition	Fréquence	Honoraire
588350-588361	Cytologie/ PAP	1x/3ans	22.48€
588873-588884	2e lecture PAP	1x/3ans	11.22€
588895-588906	Suivi PAP	2x/an -> négatif	22.48€
588932-588943	HPV-HR	Cyto anormale	58.77€
588954-588965	HPV-HR (suivi)	Max 2x/an	58.77€

Réalisé avec des informations du site de l' INAMI. Nomenclature et pseudonomenclauture des prestations de santé http://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/fr/search (consulté le 16/04/2017)

Annexe 6 : formulaire de questions – résultats de l'étude

Pourquoi si peu de frottis de col en médecine générale?

Chère consœur, cher confrère,

Je m'appelle Stéphane GUIFO, je suis médecin assistant en dernière année et dans le cadre de mon travail de fin d'études je m'intéresse aux obstacles à la réalisation du frottis de col de l'utérus en médecine générale.

Nous savons que le cancer du col de l'utérus est le 12e cancer en terme de fréquence chez la femme (2.1%) et qu'il est le 3e cancer gynécologique. Il est responsable de 190 décès par an dans notre pays. 90% d'entre eux pourraient être évités grâce à un dépistage régulier. En effet ce type de cancer se développe progressivement à partir de lésion pré cancéreuses. Les frottis systématiques permettent de découvrir et de traiter précocement les lésions suspectes.

Celui-ci est réalisé tous les 3 ans, entre 25 et 65 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle. Il peut-être facturé/remboursé 4.99 euros selon les codes 114030 et 114031 de la nomenclature INAMI.

En 2012 en Wallonie, seul 2.6% des frottis étaient prélevés par le médecin généraliste contre 97.4% par le gynécologue. Or de nombreux rapport tel que celui de la Haute Autorité de Santé de juillet 2010 nous rappellent le rôle fondamental du médecin de famille dans ce dépistage.

Le but de mon travail de fin d'études (TFE) est d'effectuer une enquête auprès de mes confrères généralistes pour mettre en évidence les obstacles à la réalisation du frottis de col dans leur pratique et dès lors envisager des solutions ensemble.

Merci pour votre participation.

*Obligatoire

Présentation

1. **Etes-vous?**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Une femme
   - ◯ Un homme

2. **Quel est votre âge?**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Moins de 35 ans
   - ◯ Entre 35 et 55 ans
   - ◯ Plus de 55 ans

3. **Comment décrivez-vous votre activité?**
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Urbaine
   - ◯ Rurale

4. **Avez vous reçu une formation complémentaire en gynécologie?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

5. **Pratiquez-vous des frottis cervico-vaginaux ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passez à la question 9.*
- ◯ Non *Passez à la question 6.*

Vous ne réalisez pas de frottis de col de l'utérus

6. **Pourquoi?**
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Cela ne m'intéresse pas
- ☐ Je ne suis pas formé pour cela
- ☐ La rémunération est insuffisante
- ☐ La réticence de la patiente
- ☐ Mon temps de consultation est court
- ☐ Je ne me sens pas à l'aise
- ☐ Autre : _____

7. **Si tel est le cas, référez-vous vos patientes pour la réalisation des frottis de col?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

8. **Si oui , à qui l'adressez-vous**
Une seule réponse possible.

- ◯ à un gynécologue
- ◯ à un planning familial
- ◯ les deux

Vous réalisez les frottis de col de l'utérus

9. **Combien en avez vous réalisé au cours du mois écoulé?**
Une seule réponse possible.

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

10. **Pourquoi effectuez-vous des frottis de col de l'utérus ?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Parce que je suis intéressé par la gynécologie
- [ ] Parce que je considère qu'il s'agit d'un dépistage important chez la femme
- [ ] Parce que le gynécologue est inacessible pour mes patientes
- [ ] Parce que en tant que femme je sais que mes patientes sont plus à l'aise que je le fasse
- [ ] Autre : _____

Les obstacles / Les solutions

11. **Quelles obstacles rencontrez-vous en ce qui concerne vos patientes?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] La pudeur
- [ ] Le manque d'information en ce qui concerne le dépistage : son intérêt , ses modalités
- [ ] La négligence de la patiente
- [ ] La méconnaissance de la possibilité du médecin généraliste de réaliser le frottis de col
- [ ] Les conditions socio économique défavorables
- [ ] Les obstacles culturels
- [ ] Autre : _____

12. **Et en tant que médecin quelles sont les freins à la réalisation du frottis de col dans votre pratique?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] La rémunération insuffisante
- [ ] Le Problème de matériel
- [ ] Le manque de formation
- [ ] Le manque de temps
- [ ] La gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation
- [ ] La gestion des frottis anormaux
- [ ] Autre : _____

13. **Nous savons qu'en 2012 en Belgique près de 97% des frottis de col de l'utérus étaient réalisés par les gynécologues. Selon vous quels éléments inciteraient les médecins généralistes à réaliser plus de frottis de col?**
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Un acte mieux rémunéré
- [ ] Organiser un dépistage systématique
- [ ] Plus de formation complémentaire en gynécologie
- [ ] Améliorer l'information auprès des médecins et des patientes en ce qui concerne le dépistage
- [ ] Autre : _____

stephane.gulfo@student.uclouvain.be

Modifier ce formulaire

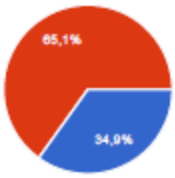
45 réponses

Afficher toutes les réponses

Résumé

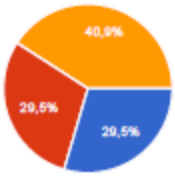
Présentation

Etes-vous?



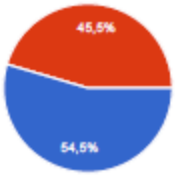
Une femme	**15**	34.9 %
Un homme	**28**	65.1 %

Quel est votre âge?



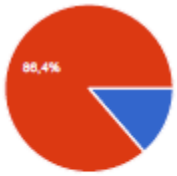
Moins de 35 ans	**13**	29.5 %
Entre 35 et 55 ans	**13**	29.5 %
Plus de 55 ans	**18**	40.9 %

Comment décrivez-vous votre activité?



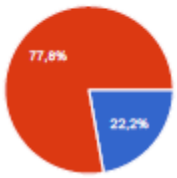
Urbaine	**24**	54.5 %
Rurale	**20**	45.5 %

Avez vous reçu une formation complémentaire en gynécologie?



Oui	6	13.6 %
Non	38	86.4 %

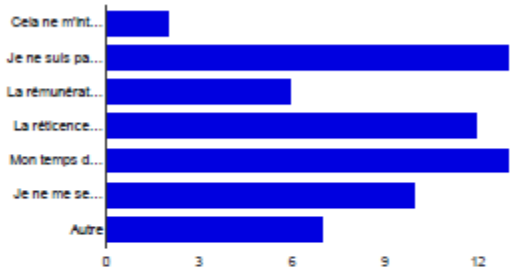
Pratiquez-vous des frottis cervico-vaginaux ?



Oui	10	22.2 %
Non	35	77.8 %

Vous ne réalisez pas de frottis de col de l'utérus

Pourquoi?



Cela ne m'intéresse pas	2	5.7 %
Je ne suis pas formé pour cela	13	37.1 %
La rémunération est insuffisante	6	17.1 %
La réticence de la patiente	12	34.3 %
Mon temps de consultation est court	13	37.1 %
Je ne me sens pas à l'aise	10	28.6 %
Autre	7	20 %

Autre :

-« le laboratoire pratique des coûts excessifs »

-« mes patientes vont toutes chez leur gynécologue »

-« les médecins généralistes n'ont pas de compétences suffisantes en médecine générale »

-« crainte de rater un cancer »

-« dans les années 80 on nous a poussé à référer au gynécologue et depuis j'ai perdu la pratique »

-« concurrence des gynécologues »

-pas d'explication donnée

Si tel est le cas, référez-vous vos patientes pour la réalisation des frottis de col?

Oui	34	100 %
Non	0	0 %

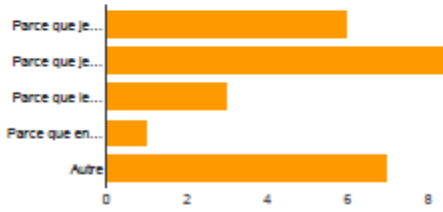
à un gynécologue	32	94.1 %
à un planning familial	0	0 %
les deux	2	5.9 %

Vous réalisez les frottis de col de l'utérus

Combien en avez vous réalisé au cours du mois écoulé?

Moins de 5	31	96.9 %
Entre 5 et 10	1	3.1 %
Plus de 10	0	0 %

Pourquoi effectuez-vous des frottis de col de l'utérus ?



Parce que je suis intéressé par la gynécologie	6	33.3 %
Parce que je considère qu'il s'agit d'un dépistage important chez la femme	10	55.6 %
Parce que le gynécologue est inacessible pour mes patientes	3	16.7 %
Parce que en tant que femme je sais que mes patientes sont plus à l'aise que je le fasse	1	5.6 %
Autre	7	38.9 %

Autre :

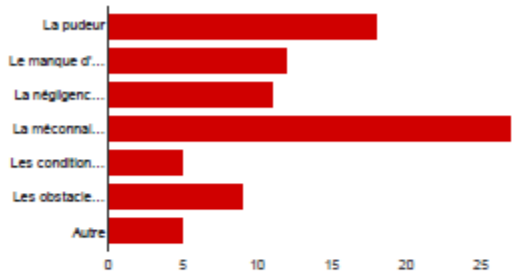
-2 répondants se sont trompés de case

-« je le propose toujours à mes jeunes patientes qui ne souhaitent pas aller chez le gynécologue »

- pour 4 répondants pas d'explication données

Les obstacles / Les solutions

Quelles obstacles rencontrez-vous en ce qui concerne vos patientes?



La pudeur	18	45 %
Le manque d'information en ce qui concerne le dépistage : son intérêt , ses modalités	12	30 %
La négligence de la patiente	11	27.5 %
La méconnaissance de la possibilité du médecin généraliste de réaliser le frottis de col	27	67.5 %
Les conditions socio économique défavorables	5	12.5 %
Les obstacles culturels	9	22.5 %
Autre	5	12.5 %

Autre :

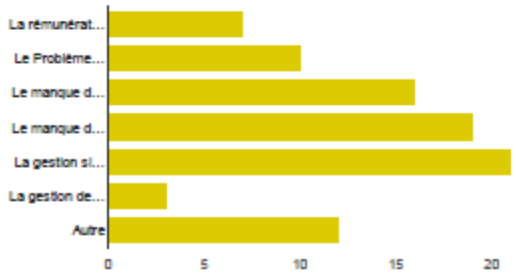
-« on fait croire que tout ce qui touche à la sexualité est du domaine des gynécologues… »

-« concurrence des gynécologues »

-« peu d'intérêt…suffisamment d'autre chose à faire »

- 2 répondants n'ont pas donné de réponses

Et en tant que médecin quelles sont les freins à la réalisation du frottis de col dans votre pratique?



La rémunération insuffisante	7	15.6 %
Le Problème de matériel	10	22.2 %
Le manque de formation	16	35.6 %
Le manque de temps	19	42.2 %
La gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation	21	46.7 %
La gestion des frottis anormaux	3	6.7 %
Autre	12	26.7 %

Autre :

-« tendance à croire que organes de la reproduction= gynécologue, les femmes parlent moins de leurs problèmes de gynécologie à leur généraliste et les jeunes trouvent bien suspect qu'un omnipraticien s'y intéresse »

-« concurrence des gynécologues »

-« réticence des patientes »

-« pudeur des patientes »

-« les patientes s'adressent au gynécologue »

-« vu la faible demande, les frottis périment vite »

-« les patientes considèrent que ce n'est pas mon rôle ni ma compétence »

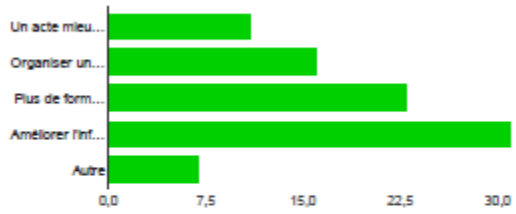
-« l'échographie endovaginale n'est pas réalisée »

-« présence d'accompagnant »

-«les tarifs du laboratoire sont excessifs »

-2 répondants n'ont pas donné d'explications

Nous savons qu'en 2012 en Belgique près de 97% des frottis de col de l'utérus étaient réalisés par les gynécologues. Selon vous quels éléments inciteraient les médecins généralistes à réaliser plus de frottis de col?



Un acte mieux rémunéré	11	24.4 %
Organiser un dépistage systématique	16	35.6 %
Plus de formation complémentaire en gynécologie	23	51.1 %
Améliorer l'information auprès des médecins et des patientes en ce qui concerne le dépistage	31	68.9 %
Autre	7	15.6 %

Autre :

-« palier à la pénurie afin de pouvoir consacrer plus de temps à chaque patiente en consultation »

-« région pauvre intellect »

-« ne pas considérer que le frottis ne concerne que le carcinome, j'ai un bon microscope et je trouve aussi du monilia, gonocoque »

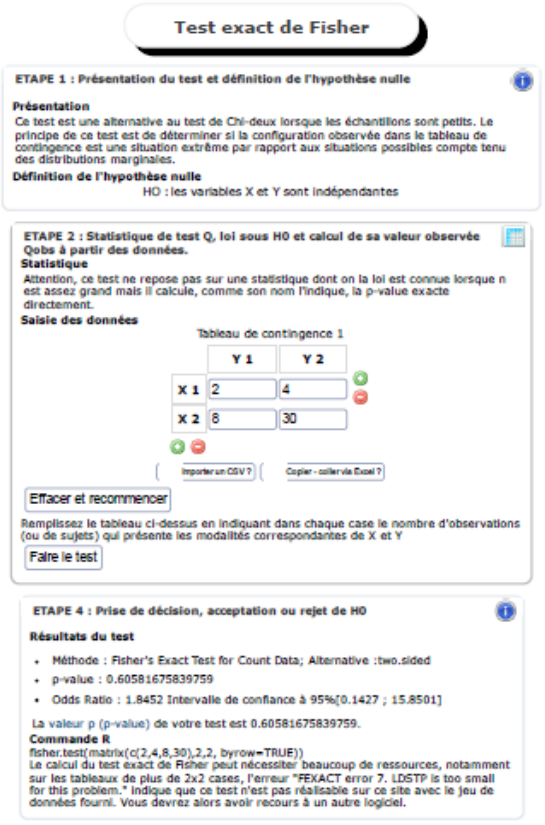
-« revaloriser l'image du médecin généraliste »

-« dans ce pays le gynécologue est devenu le médecin généraliste des femmes, prenant le relais après le pédiatre jusqu'au gériatre… que faire »

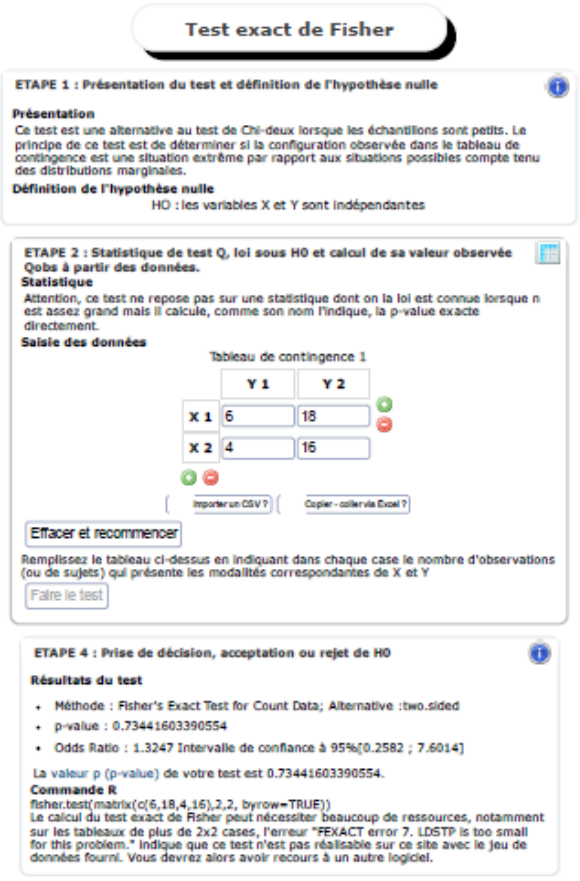
-« surcharge en curatif »

-« l'information auprès des patientes uniquement »

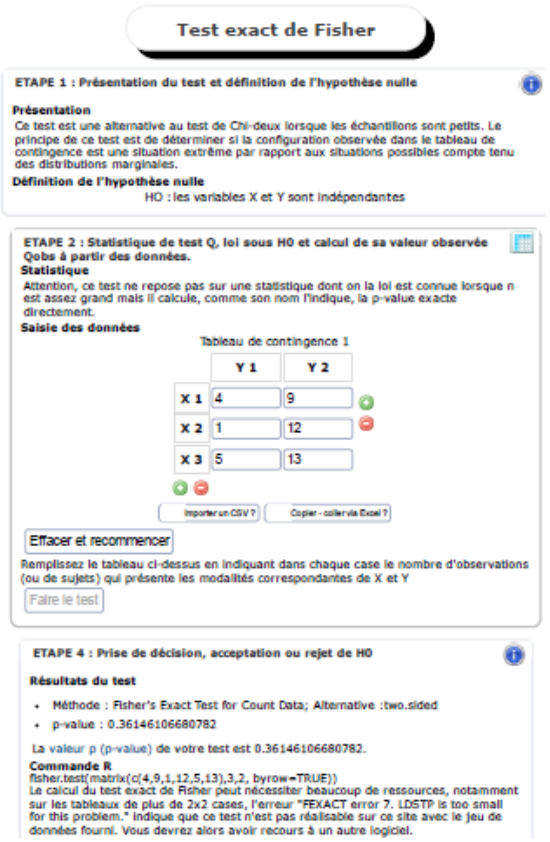
Annexe 7 : comparaison de variables



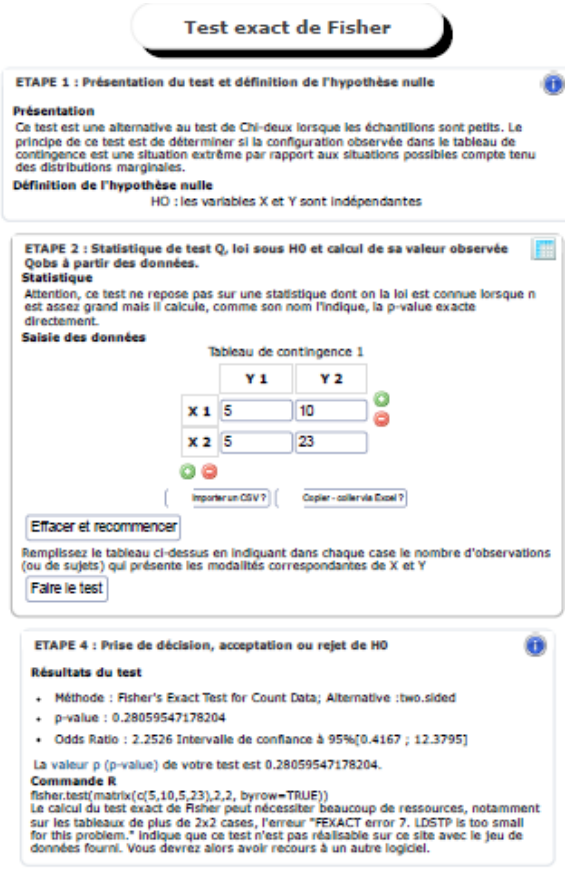
Lien entre la formation gynécologique et la réalisation du frottis de col utérin
https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher



Lien entre le lieu d'activité et la réalisation du frottis de col utérin
https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher



Lien entre l'âge du médecin et la réalisation du frottis de col utérin
https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher



Lien entre le sexe du médecin et la réalisation du frottis de col utérin
https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher

Annexe 8 : dépliant informatif à destination des patientes [30]

Pourquoi vacciner les jeunes filles ?

D'après des études scientifiques, les vaccins offrent la meilleure protection lorsqu'ils sont administrés avant l'exposition à des HPV. C'est pourquoi la vaccination doit idéalement être effectuée avant l'âge des premières relations sexuelles, c'est-à-dire de préférence avant l'âge de 16 ans. Ces vaccins s'administrent par injection, en trois doses séparées, sur une période de 6 mois. Pour plus d'information à ce sujet, n'hésitez pas à contacter votre médecin.

Et les femmes qui ont déjà eu des contacts sexuels ?

Même si vous avez déjà eu des relations sexuelles et avez déjà été en contact avec certains types de HPV, le vaccin offre encore une protection, qui peut cependant être plus limitée. La vaccination complète avant les premiers contacts sexuels reste donc plus efficace. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin.

Le dépistage toujours indispensable

Le vaccin ne signifie pas du tout la fin du dépistage. En effet, la vaccination diminue très fortement le risque de cancers du col mais elle n'offre pas une protection absolue.
Le vaccin ne protège pas contre certaines souches de HPV moins fréquentes. Et on ne connaît pas encore la durée de la protection donnée par la vaccination. D'où l'importance de continuer le dépistage par frottis.

PARLEZ-EN !
Vous-même ou votre fille êtes intéressées par cette vaccination ?
Vous voulez faire réaliser un frottis de dépistage ?
N'hésitez pas à en parler à votre médecin.
Car il est possible d'éviter les cancers du col de l'utérus !

Renseignez-vous auprès de votre mutualité pour connaître les conditions de remboursement (en fonction de votre tranche d'âge) par l'assurance obligatoire et/ou par votre éventuelle assurance complémentaire.

En collaboration avec :

Avec le soutien de :

A qui en parler ?

Vous cherchez de l'aide ou d'autres informations ?
Vous avez besoin de parler ?
Vous cherchez des informations sur un type de cancer ou ses possibilités de traitement ?
Vous voulez savoir comment faire appel à un service de la Fondation contre le Cancer ?

Dans ce cas, appelez Cancerinfo gratuitement et de façon anonyme.
Des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers et assistants sociaux) sont à l'écoute de toute personne confrontée au cancer.

Cancerinfo
POUR TOUTES VOS QUESTIONS SUR LE CANCER
0800 15 801
cancer.be/info
publications

Fondation contre le Cancer
Fondation d'utilité publique
Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles
T. 02 736 99 99
info@cancer.be - www.cancer.be
Soutenez-nous : IBAN : BE45 0000 0000 8989 - BIC : BPOTBEBI
Suivez-nous sur
www.facebook.com/fondationcontrelecancer

Fondation contre le Cancer

Cancers du col de l'utérus et vaccination

La vaccination réduit fortement le risque de cancer du col de l'utérus. Une bonne nouvelle pour toutes les adolescentes.

On enregistre chaque année environ 600 nouveaux cas de cancers du col utérin en Belgique. Environ 270 femmes décèdent encore chaque année dans notre pays des suites de ces maladies. En outre, de nombreuses femmes chez qui un frottis a montré des cellules en cours de cancérisation au niveau du col de l'utérus doivent être traitées.

Heureusement, cette transformation des cellules normales en cellules cancéreuses est habituellement très lente. C'est pourquoi **le dépistage** est tellement important, puisqu'il permet d'intervenir à temps.

Ce qui est récent, c'est qu'en plus du dépistage, **la vaccination permet de renforcer la protection** contre ces cancers. Cette vaccination peut faire diminuer très fortement le nombre de femmes atteintes par cette maladie dans les décennies à venir. Vaccin et dépistage sont deux vraies chances à saisir ! Car les cancers du col de l'utérus ne doivent pas être négligés.

Qu'est-ce que le col de l'utérus ?

On appelle col la partie inférieure de l'utérus qui communique avec le vagin. Il s'agit d'une zone très fragile qui subit des modifications importantes au cours de la vie d'une femme (puberté, accouchements, ménopause...). C'est à ce niveau que se développent les cancers du col de l'utérus.

A quel âge les cancers du col se manifestent-ils ?

Très rares avant 25 ans, les cancers du col de l'utérus deviennent plus fréquents dès la trentaine, pour culminer vers 50 ans. 40 % des femmes atteintes ont entre 35 et 54 ans. La majorité d'entre d'entre elles ont probablement été en contact avec des papillomavirus humains (HPV) à un âge beaucoup plus jeune (généralement entre 15 et 25 ans).

Ces virus sont-ils responsables des cancers du col ?

Oui, en effet. Plus de 99 % des cancers du col de l'utérus sont causés par ces virus.
Les **papillomavirus humains (HPV)** sont très répandus (jusqu'à 80 % des femmes sexuellement actives seront infectées par un HPV à un moment dans leur vie) et très contagieux. Ils sont souvent très discrets et peuvent persister longtemps sans être découverts. La plupart des femmes et des hommes y sont exposés, sans même s'en rendre compte, une ou plusieurs fois au cours de leur vie. Ces virus se transmettent surtout lors des rapports sexuels ou des jeux amoureux.

Dans la majorité des cas, les papillomavirus sont éliminés spontanément par les défenses naturelles du corps. Il n'y a alors aucun risque particulier de cancers du col à moyen terme. Mais il arrive parfois que certains types de papillomavirus s'installent de façon permanente au niveau du col de l'utérus. Ils peuvent alors transformer petit à petit les cellules normales en cellules cancéreuses. Cette transformation est habituellement très lente et s'étale sur des années, voire des dizaines d'années.

D'autres types de HPV peuvent être responsables du développement de petites verrues bénignes et visibles sur les organes génitaux (condylomes), qui ne se transforment pas en cancer du col.

Peut-on se protéger contre ces cancers ?

La réponse est oui ! D'abord grâce au **dépistage** : celui-ci se fait par frottis, tous les 3 ans à partir de l'âge de 25 ans et jusqu'à 65 ans. Le frottis consiste à prélever des cellules qui se trouvent à la surface du col de l'utérus. Ces cellules sont ensuite examinées au laboratoire, afin de repérer d'éventuelles anomalies qui indiquent une possible évolution vers un cancer.

Si ce dépistage était réalisé tous les 3 ans chez toutes les femmes entre 25 et 65 ans, 93 % des cancers du col pourraient être évités. Malheureusement, plus de 40 % des femmes n'effectuent pas un tel dépistage en Belgique.

Par ailleurs, les cancers du col utérin sont liés à la présence chronique de certains types de papillomavirus. La **vaccination** empêche les plus fréquents d'entre eux de s'installer à demeure et permettra à l'avenir d'éviter la majorité des cancers du col.

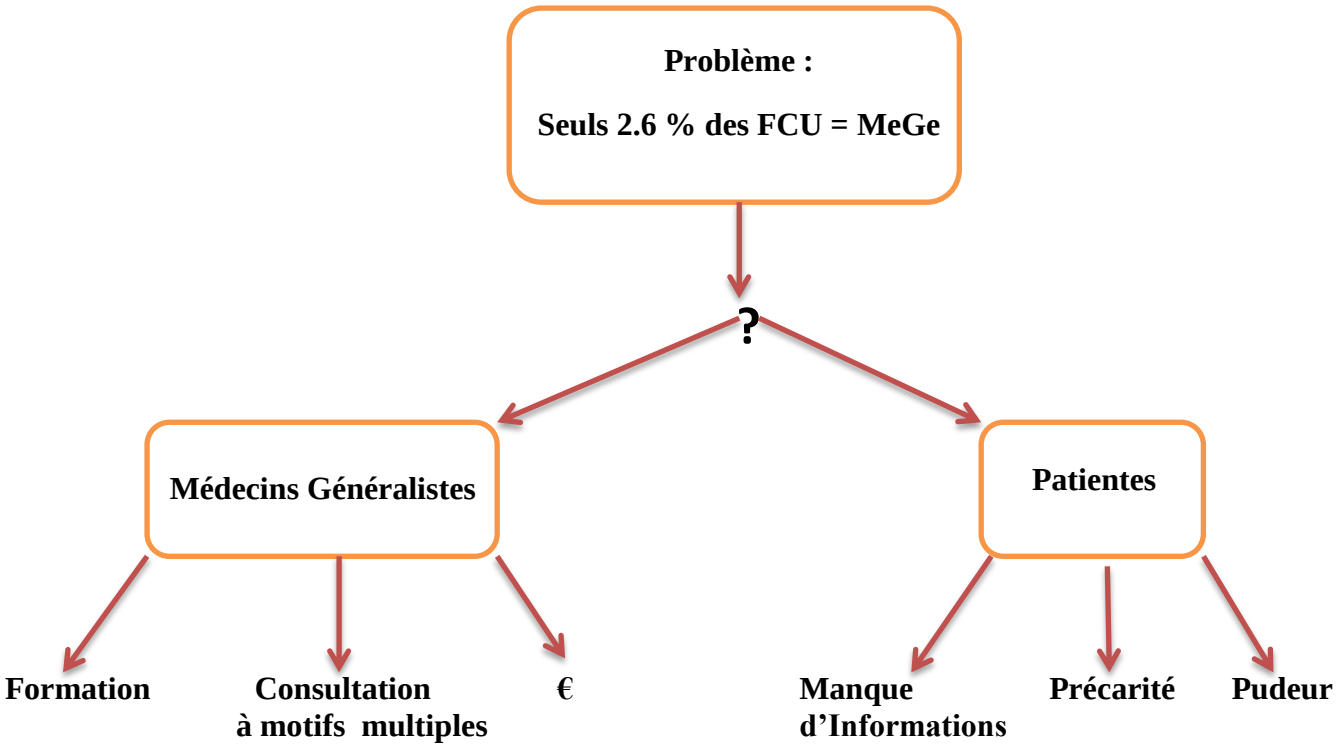
Mais actuellement, cette vaccination ne protège pas contre les souches moins fréquentes de HPV (20 à 30 %). D'où l'importance de continuer le dépistage par frottis même chez les femmes vaccinées.

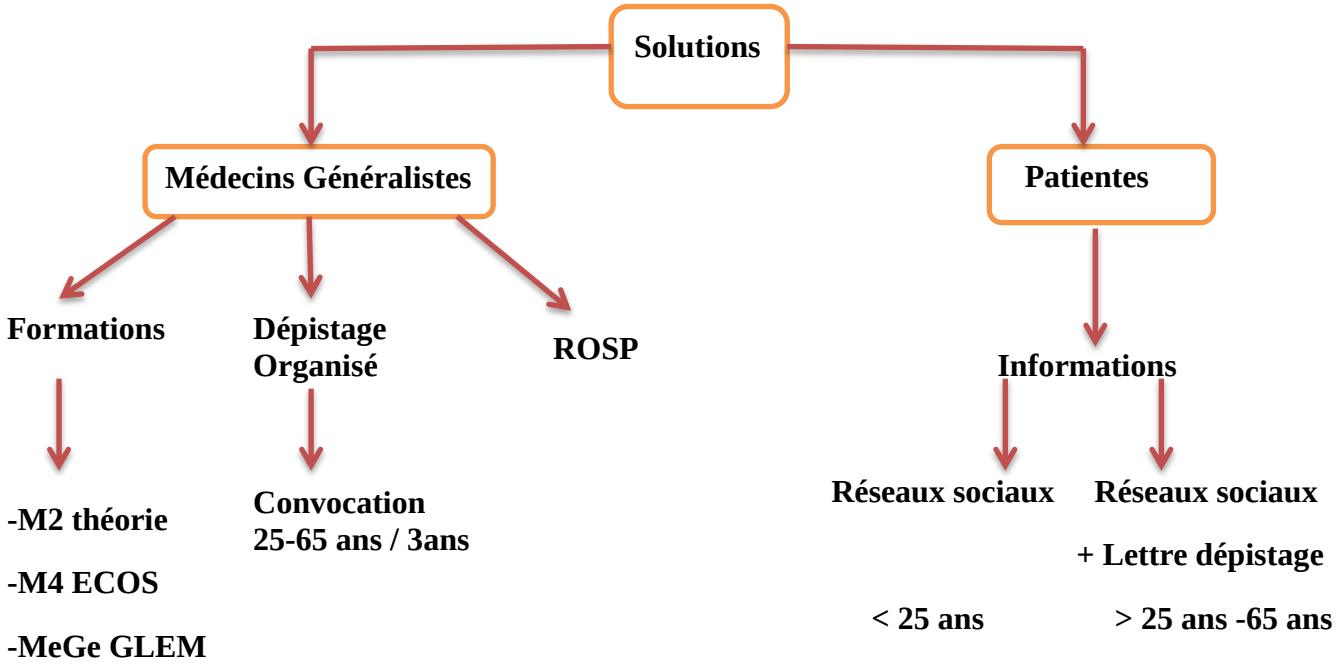
Qui est concerné par cette vaccination ?

Les études scientifiques déjà réalisées recommandent la vaccination des **jeunes filles avant leurs premières relations sexuelles**. Pour les adolescentes et les femmes adultes qui ont peut-être déjà été en contact avec un HPV, l'utilité de cette vaccination se discute au cas par cas avec le médecin traitant. Par contre, la vaccination n'est pas utilisée comme moyen de traitement pour les femmes atteintes par ces virus.

Depuis la rentrée scolaire de septembre 2011, cette vaccination est proposée dans le cadre de la médecine scolaire dans les établissements subsidiés par la Communauté française. Les filles, âgées de 13-14 ans et scolarisées, peuvent bénéficier gratuitement de la vaccination contre le papillomavirus (HPV) avec l'accord de leurs parents.

Annexe 9 : Take Home Message





Avenue Mounier, 50 bte B1.50.04, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique **www.uclouvain.be/mede**