

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2017

N° 091

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S de Médecine Générale

par

PODOLETS Iryna

Née le 7 juin 1986 à Sambir (Ukraine)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2017

**DETERMINANTS DE LA REALISATION DU FROTTIS CERVICO-UTERIN
CHEZ LES FEMMES DE MOINS DE 25 ANS : ENQUÊTE AUPRÈS DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DES GYNÉCOLOGUES DE LA LOIRE-
ATLANTIQUE.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Christian LABOISSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Véronique OUISSE

Membres du jury : Madame le Docteur Karine RENAUDIN

Madame le Docteur Pauline JEANMOUGIN

TABLE DES MATIÈRES :

TABLE DES MATIERES.....	3
SERMENT MEDICAL.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
MATERIEL ET METHODE.....	10
RESULTATS.....	12
DISCUSSION.....	28
CONCLUSION.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	44
ANNEXE.....	50
RESUME.....	53

SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christian Labois. Vous me faites l'honneur de votre présence et vous avez accepté la Présidence de ce Jury. Je vous en remercie profondément. Recevez l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Karine Renaudin. Soyez remerciée d'avoir accepté de prendre part à ce Jury. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Veronique Ouisse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de ta disponibilité et de tes conseils dans la réalisation de ce travail.

A Madame le Docteur Pauline Jeanmougin. Merci d'avoir eu la gentillesse de bien vouloir juger ma thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

A mes parents, merci pour vos encouragements, vos conseils judicieux et votre soutien infaillible dans toutes les circonstances... Je vous dois tout.
Merci de m'avoir permis de suivre cette voie.

A Marianne, merci pour tes encouragements et ton soutien. Rien de ce que je pourrai écrire, n'exprimerait vraiment ce que je te dois.

A mes amis : Alicia, Isabelle, Guillaume, Camille, Rachel, Caroline, Lucile merci d'avoir accompagné ces études et ces stages qui nous ont réunis et ont rendu ces années plus belles ; à Sarah, merci pour ton aide et ta bonne humeur, grâce à toi la fin de l'internat a été tenable.

A mes amis non médecins, Marie, Irène et Victoria, merci d'avoir été là.

A Armelle, merci pour ton soutien et la justesse de tes conseils ; à Sandra, Agathe, Dorothée et Cécile, merci pour votre support, votre bonne humeur contagieuse et les

chocolats ;)

A tous les médecins et les équipes soignantes qui m'ont accompagné tout au long de ces études et qui m'ont appris le soin. C'est à votre contact je suis devenue le médecin que je suis aujourd'hui...

Aux patients, auprès de qui j'ai beaucoup appris et je continue à apprendre tous les jours...

Le chemin fut long mais la route était belle...

ABREVIATIONS

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

CIN : néoplasie intra épithéliale cervicale

COM : Conseil de l'Ordre des Médecins

MG : médecin généraliste

GO/M : gynécologue obstétricien/médical

IST : Infection sexuellement transmissible

HPV : Human Papilloma Virus

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

INCA : Institut National du Cancer

ASCUS : Atypical squamous cells of Undetermined Significance

LSIL : Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion

HSIL : High-grade Squamous Intraepithelial Lesion

ALD : Affection de Longue Durée

INTRODUCTION

L'âge idéal pour entrer dans le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin (FCU) reste un sujet controversé. Les recommandations diffèrent selon les pays européens et également outre Atlantique sur cette question. Il en est de même sur la fréquence de réalisation du frottis et la méthode à utiliser (1) (2) (3) (4).

En France, le cancer du col de l'utérus est le 10^{ème} cancer en termes de mortalité chez la femme. Chaque année il y a 3 000 nouveaux cas diagnostiqués et 1 100 décès sont liés au cancer du col de l'utérus (5). Son incidence diffère selon les régions. Le pic de fréquence se situe à l'âge de 40 ans. Néanmoins, près de 2 cas sur 5 sont diagnostiqués chez les femmes de 15 - 49 ans (6) (7).

En 2010 la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations indiquait que le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne les femmes de 25 à 65 ans avec la réalisation d'un FCU tous les 3 ans, après deux FCU normaux à 1 an d'intervalle (7).

Sont exclues de façon temporaire du dépistage les femmes en cours d'un traitement conservateur de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus, patientes suspectées d'avoir un cancer du col de l'utérus, une infection sexuellement transmissible (IST) en cours, patientes enceintes de plus de 14 semaines ou ayant accouché depuis moins de 8 semaines.

Les femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel ou les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour une pathologie bénigne sont exclues du dépistage.

Les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour cancer du col nécessitent un suivi spécialisé avec modalités de surveillance adaptées.

Pour les femmes séropositives au HIV, un frottis est recommandé tous les 6 à 12 mois dans le cadre d'un suivi spécialisé (5).

Ces mêmes recommandations laissent entendre une possibilité d'entrée dans le programme de dépistage avant 25 ans sous certaines conditions, mais dans l'ensemble ces conditions restent assez floues.

Plusieurs études mettent l'accent sur le fait que la tranche d'âge des 20 - 25 ans ne devrait pas être exclue des dépistages du fait d'une prévalence importante de CIN 2 et CIN 3 dans cette population (8) (9) (10).

En pratique, même si en France le dépistage du cancer du col de l'utérus reste individuel pour le moment, les généralistes et les gynécologues font des frottis chez les femmes jeunes, ce qui va à l'encontre des recommandations actuelles. Environ 10% des FCU réalisés chaque année en France, le sont chez des femmes âgées de moins de 25 ans (11).

Plusieurs thèses ont permis de montrer que les généralistes qui pratiquaient les frottis chez les femmes de moins de 25 ans étaient influencés par leur histoire personnelle, leur entourage et la demande des patientes (12) (13) (14).

En continuité de ces travaux, nous avons souhaité savoir quels critères pouvaient amener les médecins à débiter le dépistage par FCU avant l'âge recommandé ?

Les opinions sur ce sujet des généralistes diffèrent-elles de celles de nos confrères et consœurs spécialistes ?

Pour répondre à ces questions, une enquête a été réalisée auprès des gynécologues et médecins généralistes de la Loire-Atlantique afin de comprendre et comparer leurs avis sur les critères pouvant justifier la réalisation du frottis chez les femmes jeunes de moins de 25 ans.

MATERIEL ET METHODES

1. Détermination de l'outil.

Pour étudier les différentes pratiques autour du FCU chez les femmes jeunes nous avons choisi de comparer l'opinion des médecins généralistes à celle des médecins gynécologues. En effet, le mode d'exercice des gynécologues médicaux se rapproche le plus de celui des généralistes, du fait d'un exercice libéral pour la majeure partie d'entre eux. Mais il semblait intéressant d'inclure également les gynécologues obstétriciens dans cette étude, pour connaître leurs avis sur la question.

Nous avons donc choisi d'interroger la totalité des médecins généralistes et gynécologues médicaux et obstétriciens inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins de la Loire-Atlantique.

Ont été inclus dans l'étude tous les médecins généralistes et gynécologues médicaux/obstétriciens inscrits sur le tableau de l'Ordre de la Loire-Atlantique dont le Conseil de l'Ordre des Médecins (COM) avait une adresse électronique.

Nous n'avons pas déterminé le nombre de sujets nécessaires pour notre étude, sachant que le plus grand nombre était requis pour analyser les opinions des médecins.

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, portant sur des variables qualitatives.

2. Elaboration du questionnaire.

La meilleure manière de comparer ces groupes est de les interroger directement, d'où la conception d'un questionnaire. Nous avons choisi de réaliser un questionnaire informatisé car cette méthode anonyme et rapide, favorise une bonne participation de la part des médecins.

Pour une meilleure interprétation des résultats, la plupart des questions sont des questions fermées. Nous avons choisi d'inclure une question ouverte qui nécessite une réponse spontanée et non influencée.

Le questionnaire s'articule autour de 3 groupes de questions (voir Annexes) : données démographiques (âge, sexe), la pratique médicale (spécialité, mode et lieu d'exercice, pratique des FCU) et les déterminants possibles de la réalisation de FCU chez les femmes jeunes.

Le questionnaire a d'abord été testé auprès de 10 médecins, ce qui a permis de reformuler certaines questions et de vérifier leur compréhension.

3. Réalisation de l'enquête.

L'enquête a été réalisée entre le 25 octobre et le 25 décembre 2016. Une relance a été faite le 15 novembre, puis le 27 novembre et le 6 décembre 2016.

Le questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Loire-Atlantique. Il était accompagné d'un courriel explicatif résumant les objectifs de l'étude et la simplicité de la réalisation du questionnaire.

4. Analyse statistique.

Pour l'exploitation des données le logiciel OpenOffice Calc a été utilisé.

Comparaison des réponses selon les différents critères : sexe, âge, lieu (cabinet en ville, hôpital, clinique, semi rural, rural) et modes d'exercice (en groupe ou seul).

Comparaison des réponses entre les médecins généralistes et gynécologues.

RESULTATS

Parmi les 712 courriels envoyés, nous avons eu 134 réponses.

1. Description de l'échantillon.

L'échantillon de notre étude est composé de 45 hommes et 89 femmes.

- Leur âge : 69 ont moins de 40 ans, 27 ont entre 40 et 50 ans et 38 ont plus de 50 ans.
- Année de début d'exercice : 49 ont débuté leur exercice avant 2000, 35 ont commencé entre 2000 et 2010, 50 ont débuté leur travail après 2010.
- Mode d'exercice : la majorité des médecins (115) exercent en groupe et 19 médecins déclarent travailler seuls.
- Lieu d'exercice : la majorité déclare travailler dans un cabinet en ville (109), peu travaillent en cabinet semi rural ou rural (respectivement 4 et 3), 6 travaillent exclusivement en Clinique et 6 exclusivement à l'Hôpital ; une activité mixte est déclarée par 6 médecins (Cabinet ville/Hôpital pour 3 médecins, Cabinet ville/Clinique pour 2 médecins et 1 médecin déclare travailler en Hôpital/ Clinique conjointement).

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Hommes	45	33,60 %
Femmes	89	66,40 %
Age		
Moins de 40 ans	69	51,50 %
Entre 40 et 50 ans	27	20 %
Plus de 50 ans	38	28,50 %
Année de début d'exercice		
Avant 2000	49	37 %
Entre 2000 et 2010	35	26 %
Après 2010	50	37 %
Mode d'exercice		
En groupe	115	86 %
Seul	19	14 %
Lieu d'exercice		
Cabinet en ville	109	81 %
Cabinet semi rural	4	3 %
Cabinet rural	3	2 %
Clinique	6	5 %
Hôpital	6	5 %
Cabinet en ville + Hôpital	3	2 %
Cabinet en Ville + Clinique	2	2 %
Hôpital + Clinique	1	1 %
TOTAL	134	100 %

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon.

Sur 134 répondants, 114 sont médecins généralistes et 20 gynécologues médicaux/obstétriciens.

	Echantillon	Loire Atlantique (15)
Médecins généralistes	114 (6%)	1868
Gynécologues médicaux/ obstétriciens	20 (15%)	136

Tableau 2: Comparaison de l'échantillon à la population des médecins de la Loire Atlantique.

- Parmi les 114 médecins généralistes : 75 sont des femmes et 39 sont des hommes.
 - Leur âge : 61 sont âgés de moins de 40 ans, 23 ont entre 40 et 50 ans et 30 ont plus de 50 ans.
 - Le début d'exercice : 38 ont débuté leur exercice avant 2000, 30 médecins ont débuté entre 2000 et 2010, et 46 ont débuté après 2010.
 - Mode d'exercice : 100 médecins généralistes ayant répondu exercent en groupe contre 14 qui exercent seuls.
 - Lieu d'exercice : la majorité des médecins généralistes travaillent dans un cabinet de ville (104), 4 dans un cabinet semi rural et 3 dans un cabinet rural ; 3 médecins déclarent avoir une activité double en cabinet de ville et l'hôpital.

- Parmi les 20 gynécologues médicaux/obstétriciens : 14 sont des femmes et 6 sont des hommes.
 - Leur âge : 8 médecins ont moins de 40 ans, 4 ont entre 40 et 50 ans et 8 plus de 50 ans.
 - Début d'exercice : 11 gynécologues ont débuté leur activité avant 2000, 5 ont commencé à exercer entre 2000 et 2010 et 4 après 2010.
 - Mode d'exercice : les trois quarts des gynécologues exercent en groupe (15) et seulement un quart exercent seuls (5).
 - Lieu d'exercice : ils sont en proportions égales à travailler en ville, clinique et hôpital (respectivement 5, 6 et 6), 2 déclarent une activité conjointe cabinet de ville et clinique, 1 déclare une activité hospitalière associée à une pratique en clinique.

	Généralistes		Gynécologues médicaux/obstétriciens	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Sexe				
Homme	39	34 %	6	30 %
Femme	75	66 %	14	70 %
Age				
Moins de 40 ans	61	54 %	8	40 %
Entre 40 et 50 ans	23	20 %	4	20 %
Plus de 50 ans	30	26 %	8	40 %
Début d'exercice				
Avant 2000	38	33 %	11	55 %
Entre 2000 et 2010	30	26 %	5	25 %
Après 2010	46	41 %	4	20 %
Mode d'exercice				
En groupe	100	88 %	15	75 %
Seul	14	12 %	5	25 %
Lieu d'exercice				
Cabinet en ville	104	90 %	5	20 %
Cabinet semi rural	4	4 %	0	
Cabinet rural	3	3 %	0	
Hôpital	0		6	30 %
Clinique	0		6	30 %
Clinique + Hôpital	0		1	5 %
Cabinet + Hôpital	3	3 %	0	
Cabinet + Clinique	0		2	10 %
TOTAL	114		20	

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon selon la spécialité.

2. Pratique des FCU avant 25 ans.

Parmi les médecins qui ont répondu à l'enquête, la majorité ne pratique que rarement le frottis chez la femme jeune.

Il en est de même en sous-groupes : médecins généralistes /gynécologues.

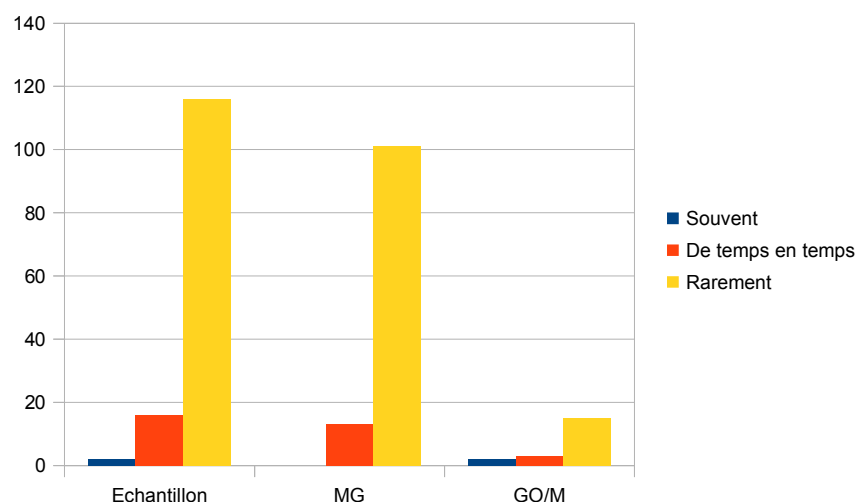


Figure 1: Pratique des FCU avant 25 ans.

Dans l'échantillon, le FCU avant 25 ans se pratique :

- rarement pour 116 médecins : 101 médecins généralistes (89%) et 15 gynécologues (75%).
- de temps en temps pour 16 médecins : 13 généralistes (11%) et 3 gynécologues (15%).
- souvent pour 2 médecins : 2 gynécologues (10%).

3. Demande de la patiente.

La réalisation du frottis sur la demande de la patiente est un item qui a recueilli des réponses partagées. Au niveau de l'ensemble de l'échantillon, 65 médecins dont 57 généralistes (50%) et 8 gynécologues (40%), prennent en compte la demande de la patiente pour la réalisation d'un frottis avant l'âge recommandé et 69 médecins ne le font pas (57 généralistes soit 50% et 12 gynécologues soit 60%).

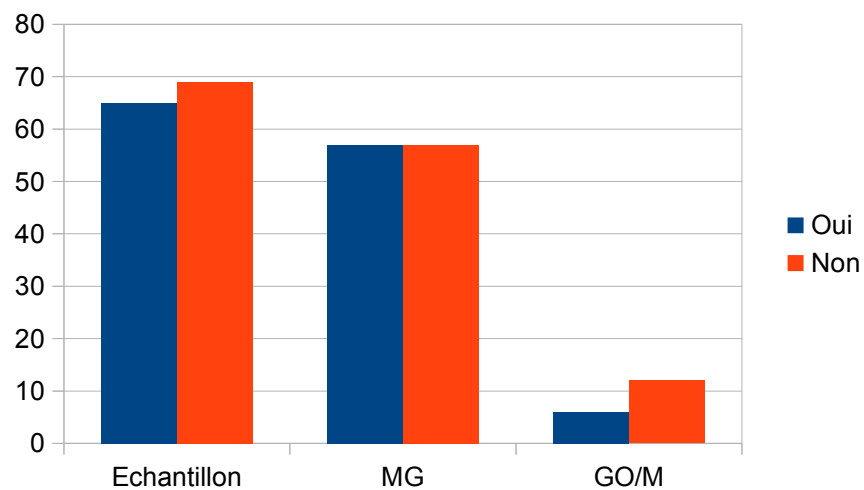


Figure 2: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : demande de la patiente.

4. Origine ethnique de la patiente.

L'ensemble des répondants ne considère pas l'origine ethnique comme déterminant pour la réalisation du premier frottis avant l'âge recommandé.

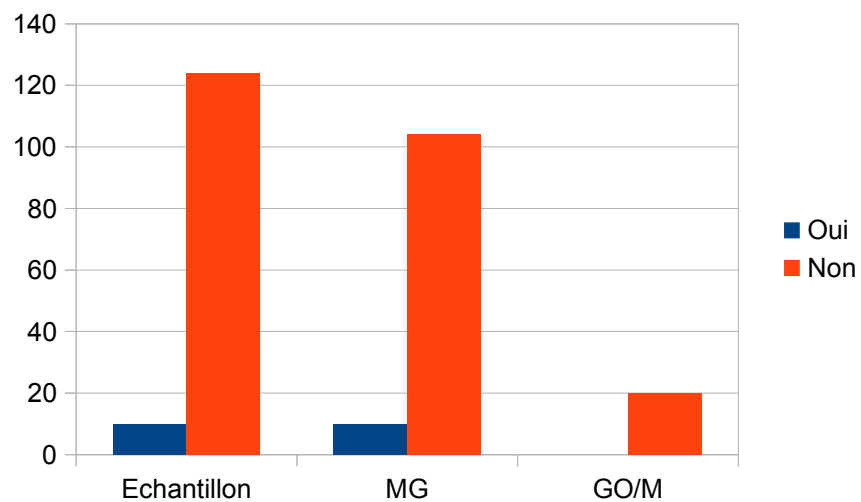


Figure 3: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : ethnie.

A la question : « L'origine ethnique pourrait-elle vous amener à pratiquer un FCU avant 25 ans ? »,

les réponses ont été :

- Oui pour 10 médecins : 10 généralistes (9%).
- Non pour 124 médecins : 104 généralistes (91%) et 20 gynécologues (100%).

5. Précarité.

Parmi les médecins ayant répondu à l'enquête, pour 53 d'entre eux la situation de précarité peut motiver la pratique du frottis chez la femme jeune : 46 médecins généralistes (40%) et 7 gynécologues (35%).

Pour 81 d'entre eux elle n'est pas prise en compte : 68 généralistes (60%) et 13 gynécologues (65%).

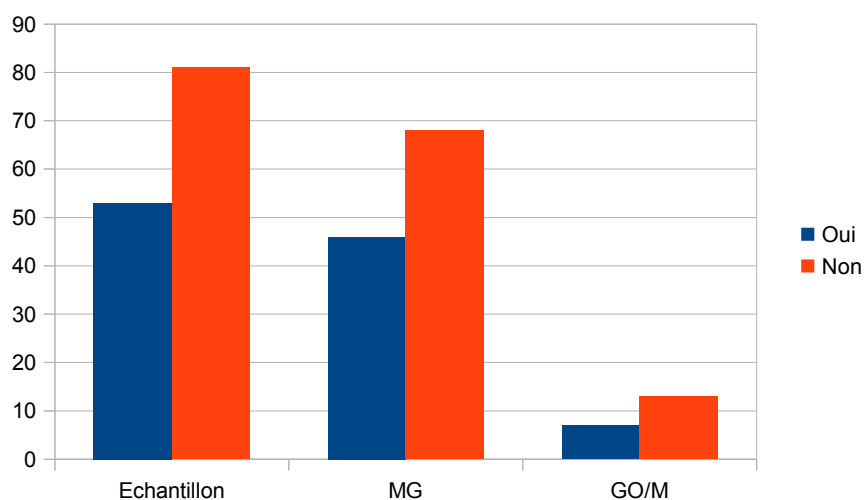


Figure 4: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : précarité.

6. Frottis antérieurs anormaux.

La grande majorité des médecins ayant répondu à l'enquête considèrent que l'existence de FCU antérieurs anormaux est un argument pouvant justifier la réalisation de cet examen plus tôt que ce qui est décrit dans les recommandations.

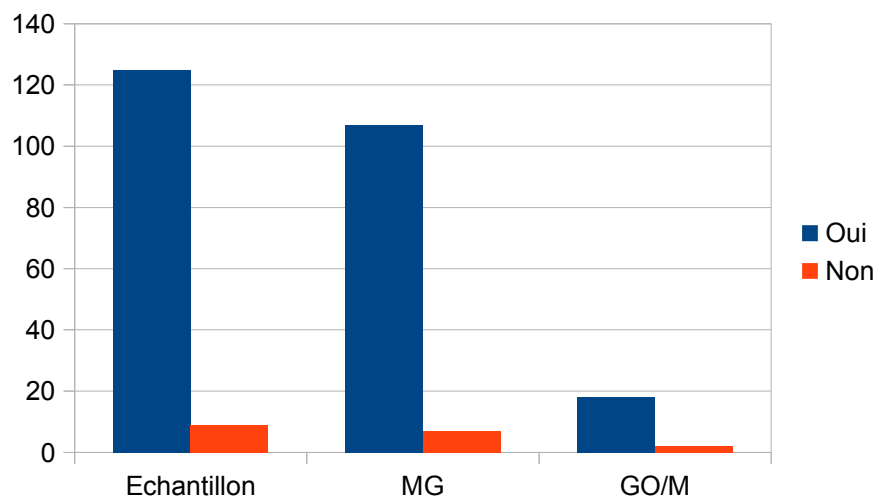


Figure 5: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : antécédents de FCU anormaux.

A la question « La présence de FCU anormaux pourrait-elle vous amener à pratiquer un FCU avant 25 ans ? » la réponse a été :

- Oui pour 125 médecins : 107 généralistes (94%) et 18 gynécologues (90%).
- Non pour 9 médecins : 7 généralistes (6%) et 2 gynécologues (10%).

7. Antécédent d'infections sexuellement transmissibles (IST) chroniques.

Pour la majorité des médecins interrogés, l'antécédent d'IST chronique est un facteur pouvant justifier un FCU chez une femme jeune.

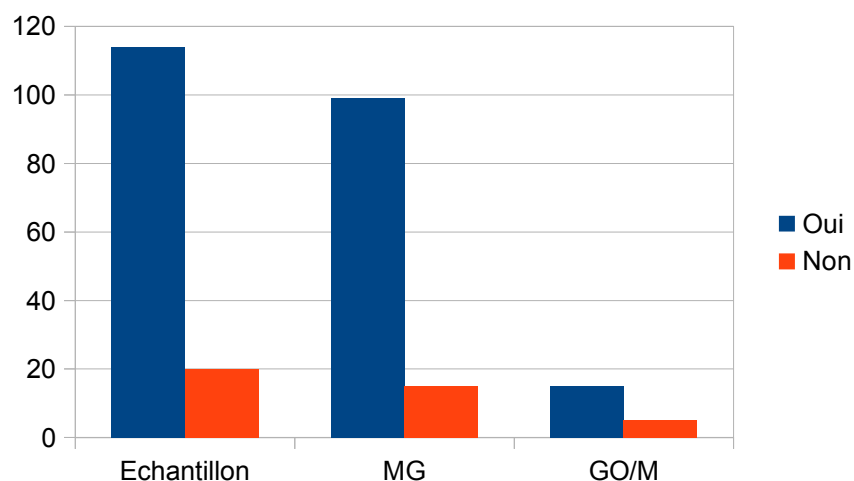


Figure 6: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : IST chroniques.

Dans l'échantillon, pour 114 médecins l'antécédent d'IST chronique peut amener à faire un frottis chez une femme de moins de 25 ans : 99 généralistes (87%) et 15 gynécologues (75%).

Pour 20 médecins ce critère ne rentre pas en compte : 5 généralistes (13%) et 5 gynécologues (25%).

8. Maladie chronique.

La majorité des médecins interrogés ne considère pas la présence d'une maladie chronique comme un critère pouvant justifier d'avancer l'âge du frottis chez une femme.

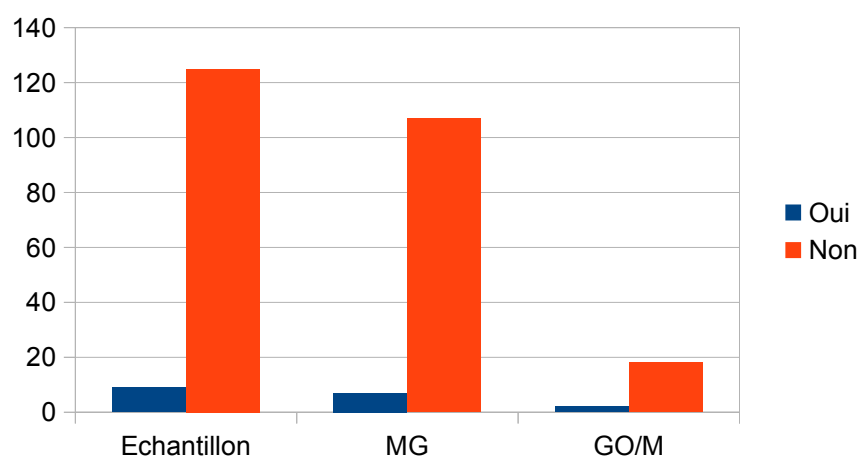


Figure 7: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : maladie chronique.

A la question « La présence d'un antécédent de maladie chronique pourrait-il vous amener à effectuer un FCU avant 25 ans ? » la réponse a été :

- Oui pour 9 médecins : 7 généralistes (6%) et 2 gynécologues (10%).
- Non pour 125 médecins : 107 généralistes (94%) et 18 gynécologues (90%).

9. Immunodépression.

Le critère d'immunodépression comme argument motivant la réalisation du frottis avant 25 ans donne des résultats suivants : globalement le « oui » emporte la majorité, mais on voit que chez les généralistes le « non » est beaucoup plus représenté que chez les gynécologues obstétriciens/médicaux.

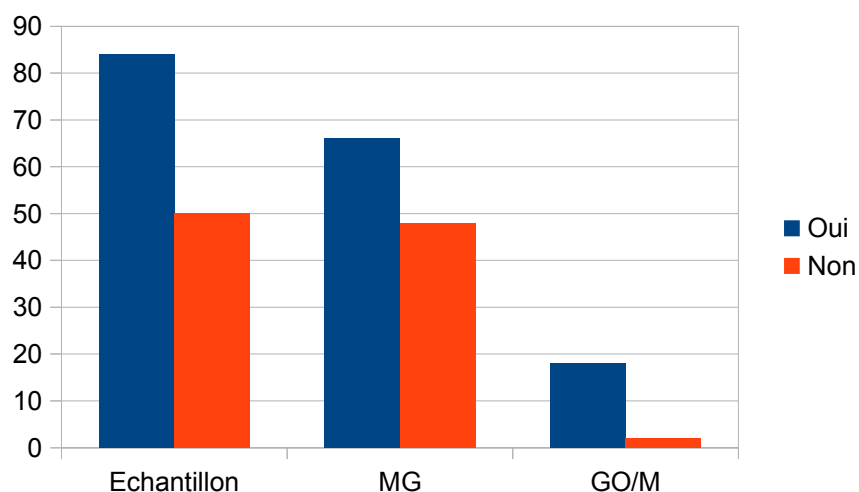


Figure 8: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : immunodépression.

Ainsi, au niveau de l'échantillon :

- Oui pour 84 médecins : 66 généralistes (58%) et 18 gynécologues (90%).
- Non pour 50 médecins : 48 généralistes (42%) et 2 gynécologues (10%).

10. Conduite à risque/partenaires multiples.

Pour la majorité des médecins ayant répondu à l'enquête la conduite à risque représente un argument suffisant pour la pratique du FCU avant l'âge recommandé.

En regardant les résultats par spécialité, les réponses sont plus partagées chez les gynécologues.

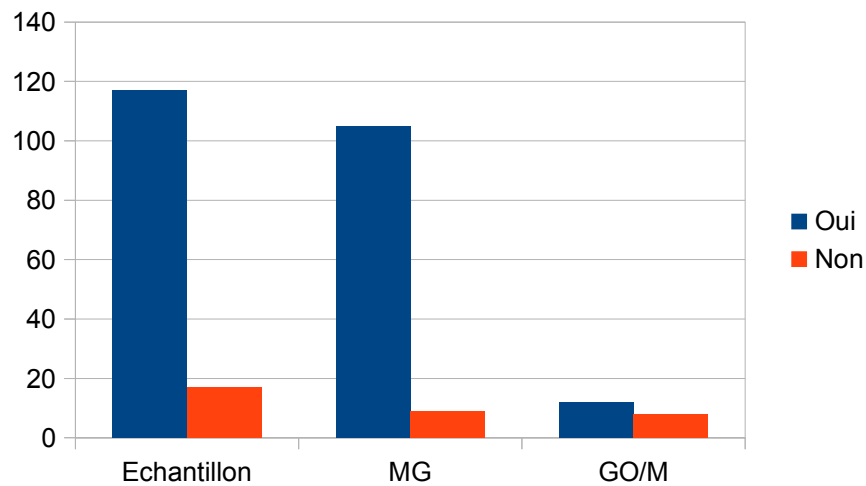


Figure 9: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : conduite à risque.

A la question « L'existence d'une conduite à risque/partenaires multiples pourrait-elle vous amener à faire un frottis avant 25 ans ? » la réponse a été :

- Oui pour 117 médecins dont 105 généralistes (92%) et 12 gynécologues (60%).
- Non pour 17 médecins dont 9 généralistes (8%) et 8 gynécologues (40%).

11. Tabac.

La présence d'un tabagisme actif ne semble pas justifier un frottis plus précoce pour les médecins.

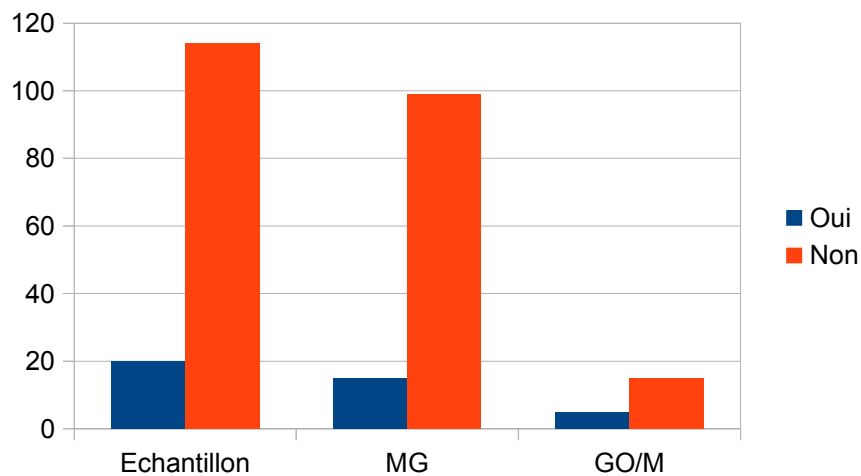


Figure 10: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : tabac.

A la question « La présence d'un tabagisme actif pourrait-elle vous amener à faire un frottis avant 25 ans ? » la réponse a été :

- Oui pour 20 médecins : 15 généralistes (13%) et 5 gynécologues (25%).
- Non pour 114 médecins : 99 généralistes (87%) et 15 gynécologues (75%).

12. Début de vie sexuelle avant 18 ans.

Ce critère souligne les différences dans les opinions des médecins : le « non » est majoritaire chez les gynécologues alors que la tendance des généralistes tend vers le « oui ».

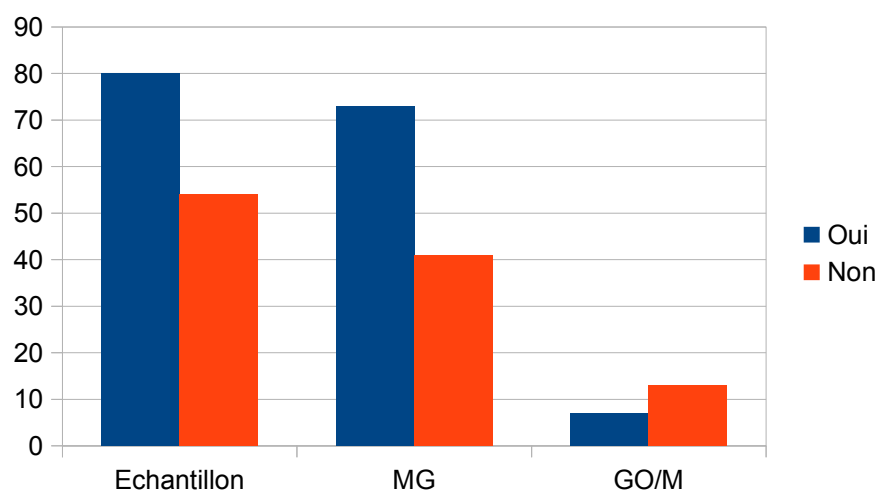


Figure 11: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : début de vie sexuelle avant 18 ans.

Ainsi dans l'échantillon, les réponses ont été :

- Oui pour 80 médecins : 73 généralistes (64%) et 7 gynécologues (35%).
- Non pour 54 médecins : 41 généralistes (36%) et 13 gynécologues (65%).

13. Grossesse avant 25 ans.

La réponse à cette question a été globalement plutôt partagée chez les médecins. Les opinions des gynécologues divergent de celles des généralistes.

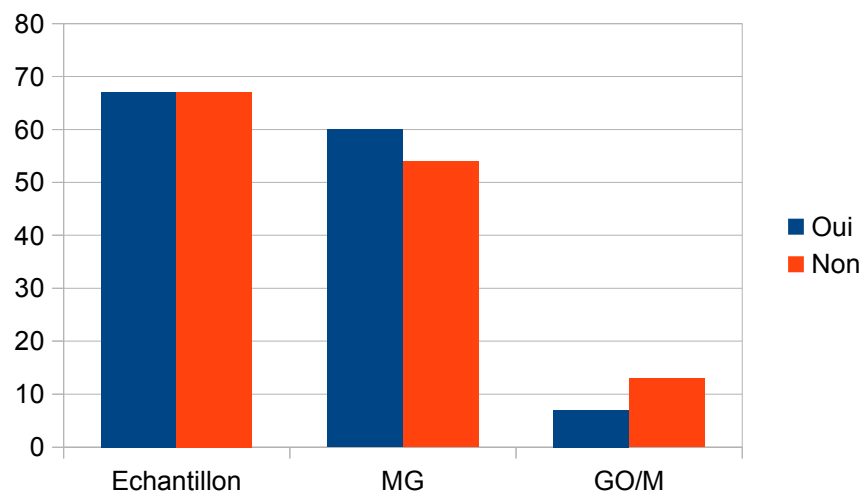


Figure 12: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : grossesse avant 25 ans.

A la question « La présence d'une grossesse avant 25 pourrait-elle vous amener à faire un frottis avant l'âge recommandé ? » la réponse a été :

- Oui pour 67 médecins : 60 généralistes (53%) et 7 gynécologues (35%).
- Non pour 67 médecins : 54 généralistes (47%) et 13 gynécologues (65%).

14. Absence de vaccination contre Human Papilloma Virus (HPV).

L'absence de vaccination contre le HPV ne semble pas justifier un frottis avant 25 ans pour les médecins interrogés.

Pour 33 médecins : 29 généralistes (25%) et 4 gynécologues (20%) l'absence de vaccin contre HPV chez une femme pourrait faire pratiquer un frottis avant 25 ans.

Pour 101 médecins : 85 généralistes (75%) et 16 gynécologues (80%) elle n'est pas prise en compte.

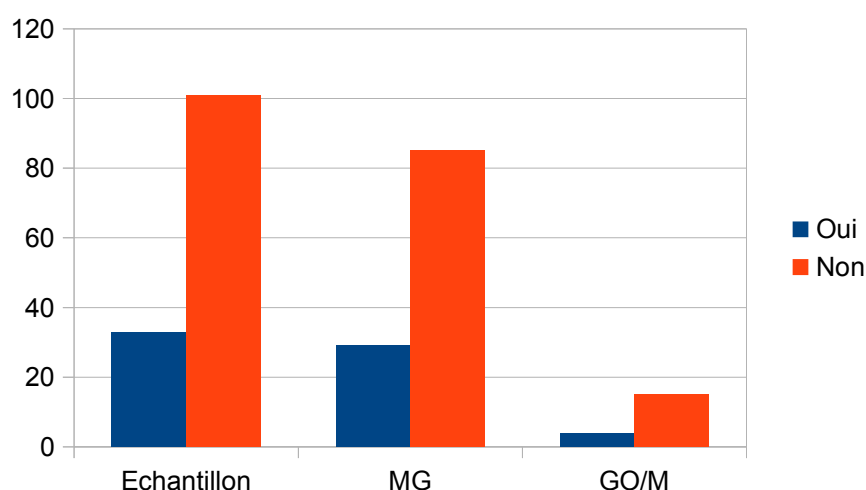


Figure 13: Déterminants à la réalisation du FCU < 25 ans : absence de vaccination contre HPV.

15. Remarques et autres commentaires.

Les commentaires les plus représentés :

- « selon connaissance de la patiente »
- « vie sexuelle précoce », sans autre précision
- « âge des premiers rapports < 16 ans »
- « âge des premiers rapports < 15 ans »
- « selon date du premier rapport »
- « poursuite du dépistage quand existence du 1er frottis même si avant 25 ans »
- « 3 ans après la date des premiers rapports »
- « avant le laser si pathologie comme condylome »
- certains relatent leur expérience professionnelle avec des cas de découverte de CIN 2 chez des patientes de moins de 25 ans.

16. Hiérarchisation des arguments par fréquence.

En regroupant les résultats par fréquence, on constate que les arguments ne sont pas tout à fait les mêmes selon les spécialités.

Chez les généralistes, les 5 déterminants les plus représentés pouvant justifier un FCU précoce sont :

- FCU anormaux : 107 médecins (94%)
- Conduite à risque : 105 médecins (92%)
- IST chroniques : 99 médecins (87%)
- Vie sexuelle < 18 ans : 73 médecins (64%)
- Immunodépression : 66 médecins (58%)

Chez les gynécologues, on retrouve dans la même proportion les FCU anormaux et l'immunodépression, les IST chroniques, la conduite à risque et en dernier la demande de la patiente.

- FCU anormaux : 18 médecins (90%)
- Immunodépression : 18 médecins (90%)
- IST chroniques : 15 médecins (75%)
- Conduite à risque : 12 médecins (60%)
- Demande de la patiente : 8 médecins (40%)

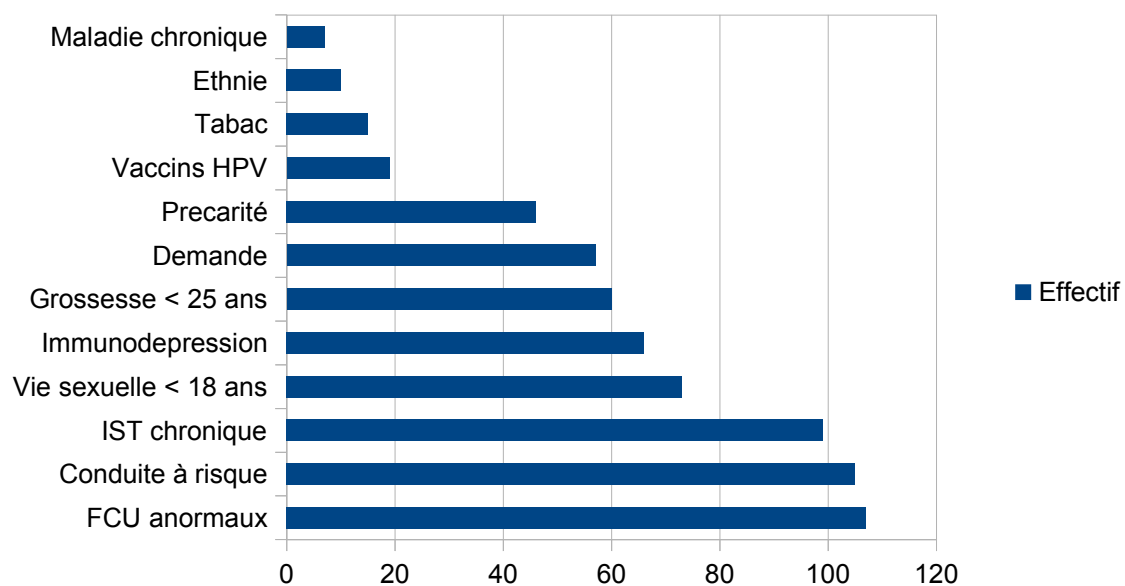


Figure 14: Arguments des MG effectuant des FCU avant 25 ans.

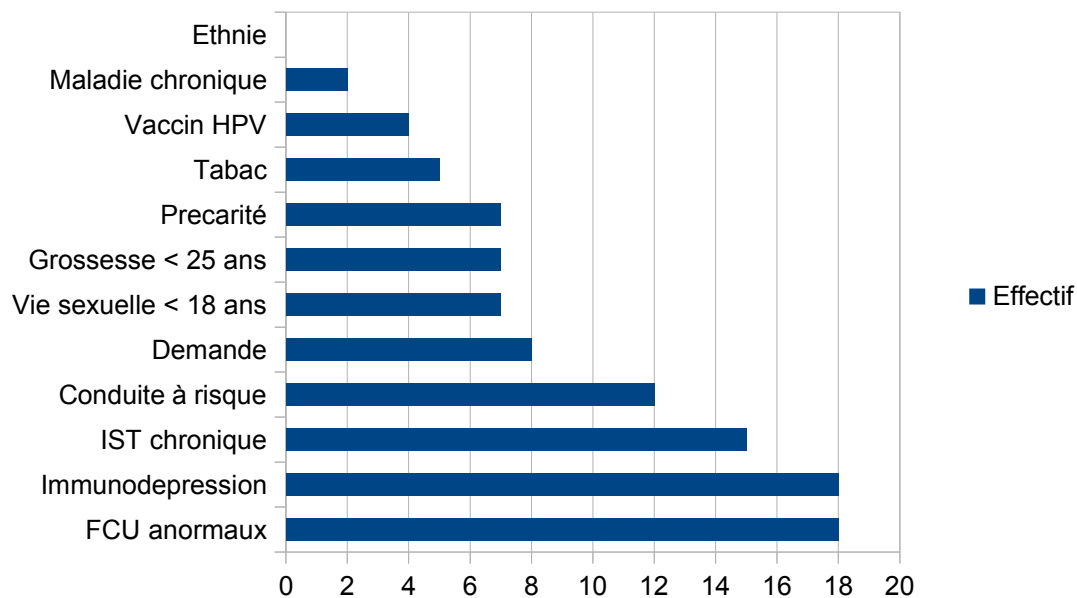


Figure 15: Arguments des GO/M effectuant des FCU avant 25 ans.

DISCUSSION

En France le cancer du col de l'utérus est le 10^{ème} cancer en termes de mortalité chez la femme. L'âge moyen du diagnostic se situe à 51 ans et l'âge moyen du décès à 64 ans (5). En 2010 il y a eu 3 000 nouveaux cas de cancer invasif (contre 3 400 en 2000) et 1 000 décès liés au cancer du col de l'utérus (1). Ce cancer constitue l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans en diminution (68 % en 1989/1991 et 64 % en 2001/2004) (16).

Plusieurs thèses et études se sont intéressées à la pratique du FCU chez la femme jeune. Le Bail a étudié les pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 18 à 25 ans suivies au Centre d'Examens de Santé de Rennes de 2002 à 2010. Son travail conclut que le dépistage doit rester exceptionnel dans cette tranche d'âge. Seules des situations « très à risques » en termes de comportements sexuels, doivent conduire à réaliser des frottis chez les femmes de moins de 25 ans (12).

Dans une autre étude, Moscicki et al. ont montré que dans une population de jeunes femmes (âge moyen de 20,4 ans), la régression des néoplasies cervicales intraépithéliales de grade 2 (CIN 2) était commune, avec près de 70% des lésions disparaissant dans les trois ans (17).

Dans la lignée de ces résultats, Sasieni et al. ont montré que le dépistage des femmes de 20-24 ans au Royaume-Uni n'avait aucun impact sur l'incidence du cancer du col utérin avant l'âge de 30 ans, concluant qu'il n'y avait aucun avantage à dépister par FCU ce groupe d'âge (18).

D'un autre côté, Herbert et al. mentionnent que le dépistage précoce est une des occasions d'aborder la prévention de manière globale (santé, vie sexuelle) avec la femme jeune (8).

Bano et al. soulignent que la population des moins de 25 ans est une population à risque et le fait de bannir le dépistage à cet âge pourrait faire manquer les CIN de haut grade qui restent, certes, rares mais présents dans cette population (10).

Speck et al. et DeCew et al. arrivent à des conclusions similaires (9) (19).

Fournier dans sa thèse s'est intéressée aux raisons qui poussent les médecins généralistes à pratiquer le FCU avant 25 ans chez les femmes. Les médecins ont évoqué leurs vécus, leurs peurs et l'influence des patientes ou de leur entourage, pour justifier un dépistage plus précoce (14).

Perraudin dans son travail a tenté de chiffrer les déterminants de la réalisation du FCU chez la femme jeune par les généralistes (13).

Notre étude s'inscrit dans la continuité de ces travaux et apporte un point de vue différent, en s'intéressant également à l'opinion des gynécologues dans ce domaine. Elle cherche à voir s'il existe des différences entre les opinions des médecins généralistes et les gynécologues concernant les critères pouvant justifier un FCU chez la femme jeune avant l'âge recommandé.

1. Méthodologie.

A. Recrutement.

Nous avons choisi d'interroger tous les médecins généralistes et gynécologues obstétriciens dont le Conseil de l'Ordre de la Loire-Atlantique possédait des coordonnées électroniques.

Il en résulte qu'un certain nombre de médecins n'a pas pu être interrogé, ce qui représente un biais de sélection.

Notre étude peut présenter aussi un biais d'information : les réponses ont pu être modifiées par notre préambule au questionnaire qui mentionnait une différence entre les recommandations et ce qui est observé dans la pratique. Certains médecins ont pu être tentés de "bien répondre" (dans le sens de la recommandation).

Cependant nous n'avons pas pu éviter un format de questionnaire qui permette au médecin répondeur de se renseigner avant de répondre ou de modifier ses réponses avant la validation finale.

Un autre risque est que les médecins aient répondu plusieurs fois. Cela nous paraît peu probable (nous ne voyons pas de motivation à de multiples réponses volontaires).

B. Questionnaire.

Le recueil de données par questionnaire a permis l'obtention de données nombreuses sur un temps assez court. Le questionnaire était facile et rapide à remplir.

Le choix des questions était volontairement simple.

La question « Pratiquez-vous des FCU ? » à l'intention des médecins généralistes n'a pas été proposée intentionnellement, car le fait de ne pas pratiquer cet examen n'empêche pas d'avoir une opinion sur le sujet.

Le taux de réponses à notre questionnaire est de 19% ce qui est déjà bien mais insuffisant pour que nos résultats soient significatifs.

2. Discussion des résultats.

A. Population.

Par comparaison des données avec l'Atlas de la démographie médicale 2015 (20) on trouve une surreprésentation des femmes dans notre population, 66,4% contre 53,5%. Elle est probablement due à la féminisation de la profession, à une pratique plus importante des femmes dans le domaine de la gynécologie et à une motivation plus importante des médecins pratiquant la gynécologie chez les généralistes pour répondre à notre étude.

C'est également une population qui est jeune : plus de la moitié des participants a moins de 40 ans (51,5% des répondants), alors que l'âge moyen des médecins dans le département se situe autour de 50 ans (20). Nous n'avons pas d'explication évidente à ce constat. Les jeunes médecins sont-ils plus motivés pour participer à des études et des questionnaires de thèse ?

Tous les milieux d'exercice sont représentés chez les généralistes (urbain, semi rural, rural) et chez les gynécologues (ville, hôpital, clinique).

Nous n'avons pas d'élément pour comparer formellement notre échantillon avec la population des médecins généralistes ou gynécologues du département sur ce point.

Le mode d'exercice en groupe est prédominant dans notre échantillon (88% chez les médecins généralistes et 75% chez les gynécologues). C'est un chiffre qui est plus fort que la moyenne régionale, car seulement 67% des médecins généralistes des Pays de la Loire travaillent en groupe selon l'Observatoire régional de la santé (21). Nous n'avons pas réussi à obtenir des données statistiques concernant les gynécologues.

Un fait intéressant ressort concernant le début d'exercice des gynécologues : 55% ont débuté leur activité avant 2000 ; 25% entre 2000 et 2010 ; 20% après 2010. Ceci illustre bien la diminution attendue de gynécologues en exercice. Selon l'Atlas de démographie médicale, les effectifs de médecins gynécologues ont diminué de 31% entre 2008 et 2015 (20).

Les médecins généralistes doivent s'attendre à une augmentation de leur activité en gynécologie et à être de plus en plus sollicités pour pratiquer les FCU.

B. Concernant les pratiques déclarées du FCU.

Dans l'ensemble, la réalisation du FCU avant 25 ans reste rare chez les médecins ayant répondu au questionnaire (86% des répondants), ce qui montre une bonne adhésion aux recommandations de l'HAS (22) qui d'une manière générale ne conseille pas la pratique de FCU avant 25 ans.

Ceci illustre un changement dans les opinions des médecins concernant le FCU chez la femme jeune, car en 1998, 56 % des médecins généralistes interrogés par Monnet préconisaient le premier frottis avant 21 ans (23).

Plus de 10 ans plus tard, en 2010, 59% des médecins généralistes préconisaient le premier frottis avant 25 ans (ou après le premier rapport sexuel) (24).

Il a été difficile de trouver des données de littérature concernant la pratique des gynécologues dans ce domaine. Nous n'avons pas trouvé de thèse de médecine s'intéressant à ce sujet. Néanmoins, en 2015 Beltzung dans son mémoire constatait que 82% des professionnels de santé alsaciens (gynécologues et sages-femmes) pratiquaient des FCU avant 25 ans (25).

C. Concernant les déterminants de la réalisation du FCU avant 25 ans.

1. Demande de la patiente.

La demande de la patiente semble être un critère qui divise les généralistes, car ils sont en proportions égales à le prendre en compte ou pas pour la réalisation du frottis chez la femme de moins de 25 ans.

Le même constat est fait par Perraudin dans sa thèse d'exercice : plus de la moitié des médecins généralistes interrogés répondent favorablement à une sollicitation d'une patiente de moins de 25 ans pour bénéficier d'un frottis (13). L'influence des patientes et du vécu des médecins sont également mis en avant dans la justification de cette pratique par les médecins dans le travail de Fournier (14).

En revanche, chez les gynécologues la proportion est plus faible car seuls 40% des répondants affirment céder à la demande de la patiente. Beltzung obtient un chiffre de 28% de gynécologues et sages-femmes interrogées qui cèdent à la pression de la part de la patiente essentiellement par peur de les perdre de vue (25).

Les médecins généralistes auraient-ils plus de mal à refuser les demandes de la part des jeunes femmes ?

2. Immunodépression.

L'immunodépression et notamment le VIH apparaissent être un critère presque unanime chez les gynécologues (90%) pour justifier un FCU chez les moins de 25 ans. Plusieurs études vont dans le même sens (26) (27). L'immunodépression en fragilisant le système immunitaire, empêche la régression du HPV et de ce fait, augmente le risque vers la transformation en lésions cancéreuses.

Les opinions des généralistes semblent moins tranchées car pour 42 % des répondants

l'immunodépression n'est pas prise en compte quant à la décision d'un frottis précoce.

Concernant la conduite à tenir pour le dépistage chez les patientes immunodéprimées, la littérature diverge à ce sujet : les recommandations françaises proposent une adaptation du suivi chez les femmes atteintes du VIH en cas d'immunodéficience sévère (FCU biannuel voire annuel) (16) tandis que l'OMS recommande d'appliquer les mêmes modalités de dépistage à toutes les femmes indépendamment de leur statut VIH (28).

Ce dernier constat est à prendre avec précaution, car selon certaines études, la vaccination contre le HPV serait moins efficace dans la population porteuse de VIH (29). D'ailleurs, les recommandations de la HAS mentionnent bien que l'immunogénicité du vaccin contre le HPV chez les personnes immunodéprimées est inconnue (22). Donc la prévention par la réalisation d'un FCU sera d'autant plus importante.

Les recommandations récentes publiées par l'Institut National du Cancer (INCA) (30) laissent entendre qu'un rapport est en cours de rédaction par la Direction Générale de la Santé sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH et qui comprendra une partie sur la conduite à tenir en cas de cytologie anormale chez la femme infectée par le VIH.

Nous n'avons pas défini exactement « l'immunodépression ». On peut donc y inclure également les traitements immunosuppresseurs dans le cadre d'une greffe d'organe ou maladies inflammatoires chroniques, les corticothérapies au long cours, les déficits immunitaires innés, etc. Nos recherches bibliographiques n'ont pas permis d'obtenir des recommandations claires dans chaque situation, bien qu'un certain nombre d'études se soit intéressé à ces sujets (31) (32) (33).

Il semblerait pourtant, selon certaines études, que certains médicaments pourraient être à l'origine d'une augmentation de risque de survenue de cancer du col de l'utérus. En 2016, l'Agence Suisse du médicament a rapporté une étude montrant une augmentation des cancers du col de l'utérus chez les femmes traitées par infliximab (Remicade® ou autre) (34). Une autre étude américaine montrait que l'exposition à un traitement issu de biotechniques a été associée à un risque accru de dysplasies de haut grade et de cancer de col (35). Les résultats de ces études incitent à renforcer l'information des patientes sur l'importance du dépistage du cancer du col par le FCU y compris après l'âge de 60 ans.

Nous pensons que des précisions dans les recommandations sur ces différents points seraient utiles aux médecins.

3. Conduite à risque.

Chez les médecins généralistes une conduite à risque et/ou des partenaires multiples est un critère justifiant un frottis précoce (92%). Les gynécologues sont plus partagés : 40% d'entre eux ne le prennent pas en compte pour légitimer un frottis avant 25 ans.

Ce résultat est assez intéressant car beaucoup d'études ont montré un lien entre le nombre de partenaires sexuels et l'augmentation du risque de développer le cancer du col de l'utérus (36) (37) (38).

La question qui pourrait se poser : « quelle est la définition de « partenaires multiples » ou de « conduite à risque » ? » Les recommandations françaises sont prudentes et n'avancent pas de chiffre ou de définition précise. Selon Roset Bahmanyar et al. l'existence de plus de 3 partenaires sur les 12 derniers mois augmente le risque d'infection à HPV, considéré comme le facteur de risque principal de développer des anomalies cervicales (36). Pour Kasap et al. ce risque augmente dès qu'il y a plus d'un partenaire (37).

On pourrait s'interroger également sur le rôle du partenaire dans la transmission du HPV.

Le travail de Liu et al. a montré que la transmission des HPV oncogènes était plus importante de l'homme vers la femme (39). Les études de Munoz, Bosch et De Lima Rocha et al. vont également dans ce sens en soulignant que le partenaire peut constituer un réservoir de portage important. En recontaminant ou en permettant un maintien prolongé de l'exposition à un HPV oncogène, il peut favoriser ainsi la survenue d'anomalies cellulaires cervicales cancéreuses chez la femme (40) (41) (42).

Faut-il alors envisager la vaccination contre HPV chez l'homme ?

Les recherches bibliographiques menées n'ont pas abouti à une préconisation d'une vaccination généralisée chez les hommes, même si le sujet a été abordé par certaines études en France et au Royaume Uni (43) (44). Les raisons sont multiples : le coût, l'opinion publique, l'acceptation de la vaccination par les hommes...

Néanmoins, il y a des pays qui ont choisi de vacciner tous les adolescents. Les canadiens ont inclus les garçons dans la vaccination contre le HPV au même titre que les filles (45). Le programme national de vaccination contre HPV des australiens concerne les filles (depuis 2007) et les garçons (qui ont rejoint la campagne de vaccination en 2013) dès le collège vers l'âge de 12-13 ans (46). Les conséquences ont été la diminution du nombre des anomalies cellulaires de haut grade ainsi que des condylomes, car actuellement plus de la moitié des jeunes Australiennes de moins de 30 ans sont vaccinées (47). De ce fait, l'Australie est aujourd'hui le pays avec le taux le plus faible d'incidence et de mortalité lié au cancer du col de l'utérus dans le monde (incidence de 9 cas de

cancer pour 100 000 femmes en 2007 et 2 décès pour 100 000 femmes).

Ces résultats sont plus que prometteurs, car nos chiffres à nous sont bien plus élevés comme nous le rappelons au début de ce travail.

Malgré les résultats encourageants obtenus par d'autres pays, les études sur la vaccination contre le HPV les plus récentes anglaises et américaines ciblent plutôt une population homosexuelle masculine en vue d'une diminution du nombre de cancers ano-génitaux et oro-pharyngés dont on sait que l'HVP joue également un rôle important (48) (49). Selon les auteurs, la vaccination dans cette population pourrait diminuer le nombre de cancers et donc permettre de « faire des économies ».

Les dernières recommandations vaccinales françaises de 2017 vont également dans ce sens (50).

4. Grossesse avant 25 ans.

La réalisation du frottis chez une femme enceinte de moins de 25 ans semble également partager l'avis des généralistes, puisqu'ils sont pratiquement en proportions égales à penser ou non qu'une grossesse avant 25 ans pourrait légitimer un frottis précoce.

Louie et al. dans leur travail montrent que l'âge jeune d'une première grossesse augmente le risque d'un cancer cervical (51).

En revanche chez les gynécologues, 65 % des répondants ne pensent pas qu'une grossesse chez une femme jeune justifie un frottis avant l'âge recommandé.

Ce constat est assez curieux quand on sait que le CNGOF et la HAS recommandent de réaliser des frottis pendant la grossesse en cas d'absence d'un frottis récent (52) (53). Par contre, ni le CNGOF ni la HAS dans leurs documents ne mentionnent si ces recommandations doivent s'appliquer à des femmes de moins de 25 ans.

C'est probablement le critère d'âge qui est responsable de l'importante prévalence du « non » chez les gynécologues, car la grossesse n'empêche pas de faire un frottis à condition de mentionner l'âge gravidique pour le laboratoire afin de rendre meilleure l'interprétation.

Les réponses partagées des généralistes pourraient être expliquées par la peur de ne plus revoir la patiente (nomadisme médical) ou une patientèle plus défavorisée comme le souligne Al Kazaz (54) dans son travail de thèse.

Il nous paraît souhaitable que les recommandations précisent l'indication ou non d'un frottis chez la femme enceinte de moins de 25 ans.

Quant à la conduite à tenir chez la femme enceinte en cas de frottis anormal, l'INCA (30) a émis des nouvelles recommandations qui préconisent une abstention de tout examen en cas de frottis ASCUS ou LSIL (lésions de bas grade) chez la femme enceinte. Par contre, une cytologie de contrôle à 3 mois du post-partum est recommandée.

Un avis spécialisé avec la réalisation d'une colposcopie est justifié en cas de frottis présentant des lésions de haut grade (HSIL) chez la femme enceinte.

5. Début de vie sexuelle précoce.

Le critère qui a suscité le plus de commentaires libres de la part des médecins toutes spécialités confondues est le « début de la vie sexuelle avant 18 ans ». Nous avons délibérément fixé le critère d'âge à 18 ans, car l'âge moyen du premier rapport en France est de 17 ans et 6 mois pour les femmes (55).

Dans notre étude la majorité des médecins généralistes (64%) semblent prendre en compte l'âge précoce des premiers rapports dans la décision d'un frottis avant 25 ans.

Beltzung dans son mémoire retrouvait des chiffres similaires chez les gynécologues et les sages-femmes : parmi les professionnels pratiquant un FCU avant 25 ans, 75% prenaient en compte l'âge précoce des premiers rapports (25).

Par contre, dans notre étude, 65% des gynécologues interrogés ne pensent pas que l'âge jeune de début de la vie sexuelle justifie un frottis précoce.

Les données de la littérature semblent converger vers le constat que l'âge des premiers rapports inférieur à 15 ans augmente le risque d'avoir des FCU avec des anomalies cellulaires (37) (36) (56) (57). Ces données pourraient expliquer les réponses des médecins généralistes à cette question.

Ils ont été nombreux, à donner des exemples de leur pratique avec la découverte des cancers chez des femmes jeunes, ce qui influence sûrement leurs opinions et leur pratique ultérieure.

Bien que les femmes jeunes soient plus exposées à l'HPV, cette infection est transitoire et les anomalies cellulaires régressent spontanément (28) (17). C'est probablement ce constat qui guide le choix des gynécologues. Mais eux aussi, ont relaté leur expérience personnelle et professionnelle concernant des cancers du col chez des femmes de moins de 25 ans.

Néanmoins, selon certains auteurs, il y aurait une augmentation de la vitesse de progression des lésions précancéreuses chez la femme jeune. Cet argument s'appuie sur le fait que les cancers d'intervalle (cancers survenant dans les trois ans après un frottis de dépistage normal, sans lésions

cervicales) seraient plus fréquents chez les femmes jeunes. Une étude américaine montre que chez les femmes âgées de 20 à 29 ans, 80,8% des cancers surviennent dans l'intervalle entre deux frottis de dépistage, sans anomalie détectable au précédent frottis (38). Une étude concernant les cancers observés en Grande-Bretagne entre 1990 et 2008 suggère que les cancers d'intervalle sont plus avancés chez les femmes de 20 à 24 ans que chez les femmes plus âgées (18) (58).

6. Antécédents de FCU anormaux et d'IST chroniques.

L'antécédent de FCU anormal est considéré par la majorité des médecins (93%) comme critère pouvant justifier un frottis précoce.

L'INCA a publié récemment des directives concernant la conduite à tenir en cas de cytologie anormale chez la femme (30). Ce travail vise à harmoniser les pratiques de tous les intervenants (médecins, biologistes, virologues, sages-femmes...).

Les recommandations concernent les patientes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, immunocompétentes et âgées de 25 à 65 ans. « Cependant, ces recommandations ne permettent pas d'envisager l'ensemble des situations cliniques et ne peuvent donc se substituer au jugement et à la responsabilité du médecin vis-à-vis de sa patiente », comme le précisent les auteurs. Ceci sous-entend-il que le choix final quant à la pratique du FCU avant l'âge recommandé revient au médecin selon la situation particulière de chaque patiente ?

Une information intéressante ressort de ce document : pour un frottis ASCUS la conduite à tenir diffère selon l'âge : moins ou plus de 30 ans.

Le changement important - un frottis ASCUS ne se contrôle pas, il se complète par au choix : soit le typage viral d'HPV soit le double immuno-marquage (les deux examens pouvant être prescrits par le médecin et réalisés au laboratoire). Le frottis de contrôle à 6 mois n'est plus validé.

Le frottis retrouvant des atypies cellulaires de bas grade (LSIL) doit mener à une colposcopie avec la réalisation des biopsies, tout comme pour des frottis avec atypies cellulaires de haut grade (HSIL).

Les algorithmes résumant toutes les situations sont disponibles sur le blog de .Gyn'Orama (59) ou directement dans le document publié par INCA (30).

L'antécédent d'IST chroniques semble également être un critère à prendre en compte pouvant légitimer un frottis avant 25 ans pour 85% des médecins ayant répondu au questionnaire.

Nos recherches bibliographiques vont dans ce sens. Roset Bahmanyar et al. dans leur travail retrouvent une association significative entre l'infection HPV et un antécédent d'IST (36).

Les travaux de Kasap et al. et de Winer et al. arrivent à des résultats similaires (37) (38). Une autre étude retrouve un risque significatif de développer une CIN 2 chez les patientes porteuses de Chlamydia (60).

Les recommandations françaises de la HAS destinées aux médecins exerçant dans les Centres d'Examen de Santé laissent la possibilité de pratiquer des FCU avant 25 ans en cas d'IST chronique (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhœae et Herpès simplex virus 2) (22). Nous ne pouvons que nous demander pourquoi ces recommandations sont destinées uniquement aux Centres de Santé et non à tous les préleveurs (généralistes, gynécologues, sages-femmes, laboratoires de biologie médicale) ?

7. Les arguments les moins représentés : l'ethnie, le tabac, la vaccination HVP, la précarité, les maladies chroniques.

Parmi les critères les moins retenus par les médecins il y a le tabagisme actif. Seulement 15% des répondants considèrent le tabac comme argument pouvant amener à la réalisation d'un frottis de façon plus précoce.

La littérature est concordante et montre une relation linéaire entre le tabagisme et le développement des lésions cancéreuses ou précancéreuses du col (36–38,56,61).

Les risques de développer une lésion du col sont de même ordre en cas de consommation tabagique ou d'IST chronique.

Pourtant, seulement 15% des médecins répondants estiment que le tabac justifie un frottis anticipé, alors qu'ils sont 85% à le penser en cas d'antécédent d'IST chronique. L'explication possible pourrait être que l'IST chronique est considérée comme un facteur de risque immédiat, alors que l'exposition au tabac serait vue comme un facteur de risque à long terme avec un effet cumulatif.

L'item de « maladie chronique » n'est pas gardé par les médecins comme important dans la décision d'un frottis précoce. Seulement 7% le retiennent dans leur décision.

Nous n'avons pas défini exactement le terme des « maladies chroniques ». On peut donc y inclure toutes les maladies impliquant un traitement ou un suivi au long cours comme le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle etc. Il serait judicieux de différencier également les maladies chroniques ayant pour conséquence une immunodépression des autres maladies chroniques. Dans ce cas, le

diabète ou des maladies nécessitant par exemple une corticothérapie au long cours seraient à regrouper dans la catégorie d'« immunodépression ».

Nos recherches bibliographiques n'ont pas permis d'avoir des données précises concernant l'âge de début de dépistage dans cette population.

La précarité est également un critère qui n'a pas retenu l'attention des médecins interrogés toutes spécialités confondues, car seulement 40% le prennent en compte pour avancer éventuellement la réalisation du FCU.

Les données de la littérature ne donnent pas d'indication particulière concernant la justification d'un frottis précoce chez les femmes en situation de précarité.

En revanche, les études qui s'intéressent à la non-participation des femmes au dépistage de cancer du col de l'utérus s'accordent sur le fait que les femmes présentant des conditions socio-économiques défavorables, atteintes d'affection de longue durée (ALD), obèses, diabétiques ou ayant un moindre recours au système de santé se font moins dépister (22) (62–65).

L'origine ethnique est aussi un critère qui semble peu jouer en faveur d'un frottis avant 25 ans. Ils ne sont que 7% des médecins à le prendre en compte.

Pourtant, les recommandations françaises de la HAS de 2010 abaissent l'âge d'entrée dans le dépistage du cancer du col de l'utérus à 20 ans en Guyane du fait d'une « situation épidémiologique particulière » (7) (22). Donc, il semblerait que l'on doit débiter le dépistage plus précocement chez les femmes d'origine guyanaise. Doit-on le faire chez toutes les femmes d'origine guyanaise ou seulement chez celles vivant en Guyane ? Qu'entend-on par « situation épidémiologique particulière » guyanaise ? Cela représente-t-il la difficulté d'accès aux soins, la précarité, la multiparité ou les différences culturelles ?

L'absence de vaccination contre le HVP ne retient pas non plus l'attention des médecins, car ils ne sont que 25% à le prendre en compte pour possiblement avancer l'âge du frottis.

Actuellement, les recommandations de la HAS ne prévoient pas de modification de l'âge du dépistage du cancer du col selon le statut vaccinal de la jeune femme, car rappelons-le, la

vaccination ne protège pas contre tous les HPV oncogènes (22). Elles affirment également que la vaccination est inefficace chez les femmes déjà infectées par le HPV, d'où la préconisation de vacciner les jeunes filles tôt, dès l'âge de 11 ans (50).

S'il y a une modification de l'âge de début de dépistage, il sera bien sûr question de reculer l'âge d'entrée dans le dépistage chez les femmes vaccinées, comme le suggèrent certaines études (66) (67).

3. Résultats révélés par le questionnaire.

Les résultats de notre étude montrent que la réalisation de FCU chez les femmes jeunes semble être une pratique plutôt rare. Ils montrent également qu'il y a une uniformisation des pratiques entre les médecins généralistes et les gynécologues de la Loire-Atlantique concernant le FCU chez la femme de moins de 25 ans.

En regroupant les arguments des médecins avancés le plus fréquemment pour légitimer un frottis précoce, on retrouve globalement les mêmes éléments dans les 2 spécialités. Ce qui change, c'est leur ordre de priorité chez les médecins.

Ainsi l'immunodépression, les IST chroniques, les antécédents de FCU anormaux et la conduite à risque sont retrouvés le plus fréquemment dans les argumentations des médecins toutes spécialités confondues pouvant justifier un FCU précoce.

Les différences résident dans la présence de la « demande de la patiente » qui arrive en 5ème position par ordre de fréquence chez les gynécologues. Chez les généralistes la « vie sexuelle précoce » figure à la 4ème position.

Ces résultats sont tout à fait compatibles avec les conclusions obtenues par Perraudin dans son travail réalisé auprès des médecins généralistes (13). Al Kazaz dans sa thèse sur les pratiques quotidiennes du FCU par les médecins généralistes et les gynécologues dans le Pays D'Aix arrive à des conclusions similaires (54).

En s'appuyant sur les résultats de l'étude et nos recherches, il nous semble que des précisions sur de nombreux points concernant le frottis chez la femme jeune sont nécessaires :

- L'existence des FCU anormaux semble justifier un suivi adapté selon les nouvelles recommandations de l'INCA rappelées plus haut, peu importe l'âge de la patiente.

- Le suivi de la femme atteinte du VIH semble également justifier un FCU précoce et des rythmes de surveillance plus rapprochés. Nous sommes dans l'attente de nouvelles recommandations de la part de la Direction Générale de la Santé qui doivent mettre à jour les recommandations actuelles.

Par contre, il serait utile que les textes précisent s'il y a lieu d'avoir une surveillance particulière ainsi que son rythme dans d'autres situations d'immunodépression : traitements immunosuppresseurs, diabète, corticothérapies au long cours, etc.

- L'antécédent d'IST chronique légitime un frottis plus précoce selon les recommandations actuelles.
- Que faire de la demande de la patiente ? Refus systématique ou s'adapter à l'histoire de vie de chaque femme ?
- Une définition plus précise de la « conduite à risque » permettrait une harmonisation des pratiques des médecins. Il en est de même pour l'âge de début de vie sexuelle. Doit-il être pris en compte ? Les dernières recommandations de l'INCA semblent laisser le choix de la décision finale au praticien.
- Les recommandations devraient expliciter également s'il y a lieu de pratiquer un FCU chez une femme enceinte de moins de 25 ans.
- Il n'y a pas de raison d'avancer l'âge du FCU en absence de vaccination contre le HPV, en cas de maladie chronique ou de précarité. Par contre, il serait judicieux de rappeler que ces derniers facteurs sont souvent liés à la moindre participation au dépistage par les femmes.
- L'origine ethnique devrait être prise en compte pour avancer la pratique du FCU selon les recommandations actuelles. Néanmoins, il serait pertinent de préciser dans quel contexte : pour toutes les femmes d'origine guyanaise ou seulement celles vivant en Guyane ?
- Le tabac, bien que reconnu comme un facteur de risque important d'évolution vers des lésions cancéreuses au même titre que les IST, ne justifierait pas l'avancement d'un frottis avant 25 ans.

En absence de programme de dépistage national en France, c'est le dépistage individuel qui est pratiqué par les médecins. Qui dit « individuel », sous-entend qu'il « concerne une seule personne » par opposition à « collectif ». Le dépistage individuel est adapté à une seule personne, à son histoire

de vie, son vécu et ses questions... Ne serait-il pas plus pertinent d'ajuster les examens proposés à chaque individu ? Appliquer les recommandations en absence de risque identifié et réviser la conduite à tenir en cas de présence de facteurs de risque sans s'en tenir strictement aux bornes de l'âge ? C'est ce que l'on pratique déjà dans le cadre d'autres dépistages. Il s'agit d'une approche centrée sur le patient. Encore faudrait-il que les facteurs de risque soient clairement précisés dans les recommandations comme c'est le cas pour le dépistage du cancer colorectal par exemple.

L'élaboration des recommandations, basées sur les meilleures connaissances en l'état de la science, tenant compte aussi des déterminants des pratiques de terrain seraient un avantage pour leur meilleure application. Il serait nécessaire de formuler plus clairement les indications ou non de la réalisation des FCU avant 25 ans.

CONCLUSION

La population des médecins gynécologues en exercice étant en diminution, les médecins généralistes seront de plus en plus sollicités pour le suivi gynécologique des femmes. Il semble donc important que les médecins généralistes se sentent impliqués dans ce rôle et suivent les bonnes recommandations.

En attendant la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, prévue pour 2018 par le plan Cancer de 2014-2019 qui vise à augmenter le taux de couverture de la population à 80% (contre 50-60% actuellement) (68), les médecins continuent à pratiquer le dépistage individuel, en s'adaptant à l'histoire de chaque femme, quitte à s'éloigner des recommandations actuelles concernant l'âge du début d'entrée dans le dépistage. Cette pratique reste plutôt rare comme le montre notre étude.

Un certain nombre de déterminants qui sont susceptibles de guider les médecins dans la réalisation d'un FCU avant 25 ans ne sont pas les mêmes selon la spécialité.

Les antécédents de FCU anormaux ou d'IST chroniques et la conduite à risque sont des critères évoqués de façon commune par les généralistes et les gynécologues (plus de 80%). Néanmoins, chez les gynécologues, l'immunodépression (90%) et la demande de la patiente (40%) tiennent également une place importante, tandis que chez les généralistes l'âge précoce des rapports (64%) semble peser dans la décision de proposer un FCU avant l'âge recommandé.

Les deux spécialités évoquent pareillement leur vécu personnel et professionnel avec la découverte des lésions cancéreuses chez les jeunes femmes de moins de 25 ans.

Les recommandations actuelles et les recherches bibliographiques effectuées soutiennent que chez une femme immunocompétente il n'y a pas lieu de commencer le dépistage avant 25 ans, car toute femme avant cet âge ayant une vie sexuelle active a probablement été en contact avec le HPV et dans la majorité des cas, cette infection a été transitoire.

Les résultats de notre étude montrent que des précisions claires sont nécessaires concernant les indications ou non d'un frottis avant 25 ans surtout dans des situations particulières comme la grossesse ou encore une immunodépression en dehors du VIH. Doit-on également prendre en compte la demande de la patiente, la conduite à risque ou l'âge des premiers rapports ? Si oui, dans quelles conditions et quelles en sont des définitions précises ? Les réponses à ces questions permettraient d'harmoniser les pratiques de tous les intervenants qui ont un rôle à jouer dans la santé de la femme.

A notre connaissance il n'y a pas eu de travail de thèse effectué jusque-là intégrant les avis des gynécologues sur les pratiques du FCU avant l'âge recommandé. Notre étude semble montrer une uniformisation des positions des médecins concernant ce sujet.

Il serait intéressant de mener une étude sur plusieurs départements, voire nationale, en intégrant également les sages-femmes qui pratiquent aussi des FCU pour voir si les résultats sont comparables.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dumont D, Feuilien C. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons. [Internet]. 2011 p. 1-23. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2078.1/133772>
2. Institut National de santé publique du Québec. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec. [Internet]. 2011 [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf
3. Elfström KM, Arnheim-Dahlström L, von Karsa L, Dillner J. Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes. *Eur J Cancer*. mai 2015;51(8):950-68.
4. Moyer VA. Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 19 juin 2012;156(12):880-91.
5. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Access-thematique/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
6. Institut National du Cancer. Les cancers en France - Edition 2015. [Internet]. 2016 [cité 6 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2015>
7. Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. [Internet]. 2010 [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
8. Herbert A, Holdsworth G, Kubba AA. Cervical screening: why young women should be encouraged to be screened. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 1 janv 2008;34(1):21-5.
9. Speck NM de G, Pinheiro J da S, Pereira ER, Rodrigues D, Focchi GR de A, Ribalta JCL, et al. Cervical cancer screening in young and elderly women of the Xingu Indigenous Park: evaluation of the recommended screening age group in Brazil. *Einstein São Paulo*. mars 2015;13(1):52-7.
10. Bano F, Kolhe S, Zamblera D, Jolaoso A, Folayan O, Page L, et al. Cervical screening in under 25s: a high-risk young population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juill 2008;139(1):86-9.
11. Maura G, Chaignot C, Weill A, Alla F, Heard I. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. *Bull Épidémiologique Hebd*. 24 janv 2017;(2-3):32-8.
12. Le Bail B. Analyse des pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 18 à 25 ans suivies au Centre d'Examens de Santé de Rennes de 2002 à 2010 [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.

13. Perraudin A. Déterminants de la préconisation des frottis cervico-utérins chez les femmes âgées de moins de 25 ans en médecine générale: hiérarchisation par étude quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
14. Fournier M. La pratique des frottis cervico-utérins chez les femmes âgées de moins de 25 ans en médecine générale: étude qualitative à partir de 4 focus groups [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
15. Démographie médicale interactive | Démographie médicale [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
16. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
17. Moscicki A-B, Ma Y, Wibbelsman C, Darragh TM, Powers A, Farhat S, et al. Rate of and Risks for Regression of CIN-2 in adolescents and young women. *Obstet Gynecol.* déc 2010;116(6):1373-80.
18. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ* [Internet]. 2009;339. Disponible sur: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2968>
19. DeCew AE, Hadler JL, Daley AM, Niccolai L. The Prevalence of HPV Associated Cervical Intraepithelial Neoplasia in Women under Age 21: Who Will Be Missed under the New Cervical Cancer Screening Guidelines? *J Pediatr Adolesc Gynecol.* déc 2013;26(6):346-9.
20. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015. [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
21. Bournot M-C, Tuffreau F, Goupil M-C, Cercier E, Hérault T. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Observatoire régional de la santé; 2013.
22. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). [Internet]. 2013 [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
23. Monnet E, Mauny F, Marquant A, Michaud C, Ferry JP. Knowledge and participation of general practitioners in cervical cancer screening: survey in a French pilot area. *Rev Epidemiol Sante Publique.* mars 1998;46(2):108-14.
24. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers : synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCA/BVA septembre 2010. [Internet]. 2011 [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers>
25. Beltzung J. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de moins de 25 ans : état des lieux des pratiques des professionnels alsaciens. [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-

femme]. Ecole de sages-femmes de Strasbourg; 2015.

26. Wieland U, Kreuter A, Pfister H. Human papillomavirus and immunosuppression. *Curr Probl Dermatol.* 2014;45:154-65.
27. Chaturvedi AK, Madeleine MM, Biggar RJ, Engels EA. Risk of human papillomavirus-associated cancers among persons with AIDS. *J Natl Cancer Inst.* 19 août 2009;101(16):1120-30.
28. Organisation mondiale de la Santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus: guide des pratiques essentielles. [Internet]. Geneva: Organisation mondiale de la Santé.; 2007. 287 p. (Prise en charge intégrée de la santé génésique et sexuelle et des maladies chroniques). Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43662/1/9789242547009_fre.pdf
29. Heard I. Prevention of cervical cancer in women with HIV. *Curr Opin HIV AIDS.* janv 2009;4(1):68-73.
30. Institut National du Cancer. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale/Thésaurus. [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale-Thesaurus>
31. Singh H, Demers AA, Nugent Z, Mahmud SM, Kliever EV, Bernstein CN. Risk of cervical abnormalities in women with inflammatory bowel disease: a population-based nested case-control study. *Gastroenterology.* févr 2009;136(2):451-8.
32. Chin-Hong PV. Human Papillomavirus in Kidney Transplant Recipients. *Semin Nephrol.* sept 2016;36(5):397-404.
33. Tanaka Y, Ueda Y, Kakuda M, Kubota S, Matsuzaki S, Nakagawa S, et al. Clinical outcomes of abnormal cervical cytology and human papillomavirus-related lesions in patients with organ transplantation: 11-year experience at a single institution. *Int J Clin Oncol.* août 2016;21(4):730-4.
34. Swissmedic. HPC - infliximab (Remicade® et les biosimilaires de l'infliximab: Inflectra®, Remsima®) Risque de cancers du col utérin chez les patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PAR) traitées avec l'infliximab. [Internet]. [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.swissmedic.ch/marktueberwachung/00135/00157/03423/index.html?lang=fr>
35. Kim SC, Schneeweiss S, Liu J, Karlson EW, Katz JN, Feldman S, et al. Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Risk of High-Grade Cervical Dysplasia and Cervical Cancer in Rheumatoid Arthritis: A Cohort Study. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ.* sept 2016;68(9):2106-13.
36. Roset Bahmanyar E, Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Chow S-N, Apter D, et al. Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial. *Gynecol Oncol.* déc 2012;127(3):440-50.
37. Kasap B, Yetimlar H, Keklik A, Yildiz A, Cukurova K, Soyly F. Prevalence and risk factors for human papillomavirus DNA in cervical cytology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* nov 2011;159(1):168-71.

38. Winer RL, Lee S-K, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol*. 1 févr 2003;157(3):218-26.
39. Liu M, He Z, Zhang C, Liu F, Liu Y, Li J, et al. Transmission of genital human papillomavirus infection in couples: a population-based cohort study in rural China. *Sci Rep*. 23 juill 2015;5:10986.
40. Bosch FX, Castellsagué X, Muñoz N, de Sanjosé S, Ghaffari AM, González LC, et al. Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain. *J Natl Cancer Inst*. 7 août 1996;88(15):1060-7.
41. de Lima Rocha MG, Faria FL, Gonçalves L, Souza M do CM, Fernandes PÁ, Fernandes AP. Prevalence of DNA-HPV in male sexual partners of HPV-infected women and concordance of viral types in infected couples. *PloS One*. 2012;7(7):e40988.
42. Muñoz N, Castellsagué X, Bosch FX, Tafur L, de Sanjosé S, Aristizabal N, et al. Difficulty in elucidating the male role in cervical cancer in Colombia, a high-risk area for the disease. *J Natl Cancer Inst*. 7 août 1996;88(15):1068-75.
43. Abramowitz L, Descamps P, Denis F, Dommergues M-A, Pradat P, St Guily JL, et al. Papillomavirus and cancers: should we extend vaccination to boys in France? *J Public Health Oxf Engl*. 27 sept 2016;
44. Masterson L, O'Mahony J, Lechner M. Expanding the benefits of HPV vaccination to boys and men. *The Lancet*. 17 déc 2016;388(10063):2992.
45. Page 13 : Guide canadien d'immunisation : Partie 1 – Information clé sur l'immunisation - Canada.ca [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-13-calendriers-immunisation-recommandes.html>
46. Australian Government Department of Health. Human Papillomavirus (HPV). [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/immunise-hpv>
47. National Centre for Immunisation Research & Surveillance. Evaluation of the National Human Papillomavirus Vaccination Program FINAL REPORT. [Internet]. 2014 [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: [https://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/87C904B208B22554CA257E38001A5FBB/\\$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Human%20Papillomavirus%20Vaccination%20Program.pdf](https://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/87C904B208B22554CA257E38001A5FBB/$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Human%20Papillomavirus%20Vaccination%20Program.pdf)
48. Han JJ, Beltran TH, Song JW, Klaric J, Choi YS. Prevalence of Genital Human Papillomavirus Infection and Human Papillomavirus Vaccination Rates Among US Adult Men: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2013-2014. *JAMA Oncol*. 19 janv 2017;
49. Lin A, Ong KJ, Hobbelen P, King E, Mesher D, Edmunds WJ, et al. Impact and cost-effectiveness of selective human papillomavirus vaccination of men who have sex with men. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 23 déc 2016;

50. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017. [Internet]. 2017. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf
51. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsagué X, Herrero R, Meijer CJ, et al. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *Br J Cancer*. 7 avr 2009;100(7):1191-7.
52. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2007 [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_19.HTM
53. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [Internet]. 2016 [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
54. Al Kazaz Sheikh Saloo K. Pratiques quotidiennes des médecins généralistes et gynécologues obstétriciens concernant le frottis cervico-vaginal : étude qualitative sur le Pays Aix. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2; 2015.
55. Institut National des Études Démographiques. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
56. Doris B, Boyer L, Lavoué V, Riou F, Henno S, Tas P, et al. Pratique du frottis cervico-utérin dans une population épidémiologiquement exposée : idées reçues, faits et arguments. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. janv 2014;43(1):26-34.
57. Edelstein ZR, Madeleine MM, Hughes JP, Johnson LG, Schwartz SM, Galloway DA, et al. Age of Diagnosis of Squamous Cell Cervical Carcinoma and Early Sexual Experience. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. avr 2009;18(4):1070-6.
58. Sasieni P, Castanon A, Parkin DM. How many cervical cancers are prevented by treatment of screen-detected disease in young women? *Int J Cancer*. 15 janv 2009;124(2):461-4.
59. RECO INCA 2017 – 15 Arbres décisionnels pour la pratique courante [Internet]. .Gyn'Orama. 2017 [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://bluegyn.com/gynorama/blog/2017/01/17/inca2017/>
60. Lehtinen M, Ault KA, Lyytikäinen E, Dillner J, Garland SM, Ferris DG, et al. Chlamydia trachomatis infection and risk of cervical intraepithelial neoplasia. *Sex Transm Infect*. août 2014;87(5):372-6.
61. Luhn P, Walker J, Schiffman M, Zuna RE, Dunn ST, Gold MA, et al. The role of co-factors in the progression from human papillomavirus infection to cervical cancer. *Gynecol Oncol*. févr 2010;128(2):265-70.
62. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. *Bull Épidémiologique Hebd*. 24 janv 2017;(2-3):39-47.

63. Jalil NAC, Zin AAM, Othman NH. Prevalence of Cancers of Female Organs among Patients with Diabetes Type 2 in Kelantan, Malaysia: Observations over an 11 Year Period and Strategies to Reduce the Incidence. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2015;16(16):7267-70.
64. Constantinou P, Dray-Spira R, Menvielle G. Cervical and breast cancer screening participation for women with chronic conditions in France: results from a national health survey. *BMC Cancer*. 31 mars 2016;16:255.
65. Richard A, Rohrmann S, Schmid SM, Tirri BF, Huang DJ, Güth U, et al. Lifestyle and health-related predictors of cervical cancer screening attendance in a Swiss population-based study. *Cancer Epidemiol*. déc 2015;39(6):870-6.
66. Giorgi Rossi P, Carozzi F, Federici A, Ronco G, Zappa M, Franceschi S, et al. Cervical cancer screening in women vaccinated against human papillomavirus infection: Recommendations from a consensus conference. *Prev Med*. mai 2017;98:21-30.
67. Kim JJ, Burger EA, Sy S, Campos NG. Optimal Cervical Cancer Screening in Women Vaccinated Against Human Papillomavirus. *J Natl Cancer Inst*. févr 2017;109(2).
68. Institut National du Cancer. Cibles et indicateurs - Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs. [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Cibles-et-indicateurs>

ANNEXE

Questionnaire : Enquête sur les opinions des médecins concernant la pratique des frottis cervico-utérins (FCU) avant 25 ans.

Q1. Vous êtes ?

Homme

Femme

Q2. Votre âge ?

Q3. Année du début d'exercice ?

Q4. Mode d'exercice ?

En groupe

Seul

Q5. Lieu d'exercice ?

Cabinet en ville

Cabinet semi-rural

Cabinet rural

Hôpital

Clinique

Q6. Votre spécialité ?

Médecin généraliste

Gynécologue médical/obstétricien

Q7. Pratiquez-vous des FCU chez les femmes jeunes de moins de 25 ans ?

Rarement (< 3 par mois)

De temps en temps (entre 3 et 5 par mois)

Souvent (> 5 par mois)

Parmi les propositions suivantes, laquelle/lesquelles peuvent vous amener à faire un FCU avant 25 ans ?

Q8. Demande de la patiente ?

Oui

Non

Q9. Origine ethnique ?

Oui

Non

Q10. Situation de précarité ?

Oui

Non

Q11. Antécédents de FCU anormaux ?

Oui
Non

Q12. IST chronique ?

Oui
Non

Q13. Maladie chronique (diabète, obésité...) ?

Oui
Non

Q14. Situation d'immunodépression ?

Oui
Non

Q15. Conduite à risque/partenaires multiples ?

Oui
Non

Q16. Tabagisme actif ?

Oui
Non

Q17. Début de vie sexuelle avant 18 ans ?

Oui
Non

Q18. Grossesse avant 25 ans ?

Oui
Non

Q19. Absence de vaccination contre HPV ?

Oui
Non

Q20. Autres remarques

Vu, le Président du Jury,
(Indiquer les Nom, prénom et titre)

Vu, le Directeur de Thèse,
(Indiquer les Nom, prénom et titre)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(Nous nous chargeons de faire signer le Doyen)

TITRE : Déterminants à la réalisation du FCU chez les femmes de moins de 25 ans : enquête auprès des médecins généralistes et gynécologues de la Loire-Atlantique.**RESUME**

Introduction : Environ 10% des frottis cervico-utérins (FCU) réalisés chaque année en France, sont pratiqués chez les femmes de moins de 25 ans. Ce qui est en désaccord avec les recommandations françaises actuelles. Plusieurs études menées auprès de médecins généralistes ont relevé les déterminants de cette pratique et leur importance aux yeux des médecins. Nous avons voulu inclure les gynécologues à ce débat et comparer leurs opinions à celles des médecins généralistes.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive portant sur les variables qualitatives, menée à l'aide d'un questionnaire en ligne auprès des médecins généralistes et gynécologues de la Loire-Atlantique. L'étude a été réalisée entre octobre et décembre 2016.

Résultats : La pratique des FCU chez la femme jeune de moins de 25 ans par les médecins généralistes ainsi que par les gynécologues reste rare. Un certain nombre de déterminants qui sont susceptibles de les guider dans cet examen ne sont pas les mêmes selon la spécialité. Les antécédents de FCU anormaux ou d'IST chroniques et la conduite à risque sont des critères évoqués de façon commune par les généralistes et les gynécologues. Néanmoins, chez les gynécologues, l'immunodépression et la demande de la patiente tiennent également une place importante, tandis que chez les généralistes l'âge précoce des rapports semble peser dans la décision de proposer un FCU avant l'âge recommandé. Les deux spécialités évoquent pareillement leur vécu personnel et professionnel avec la découverte des lésions cancéreuses chez les jeunes femmes de moins de 25 ans.

Conclusion : En l'absence d'un dépistage organisé au niveau national en France, il semble judicieux d'adapter le dépistage du cancer du col utérin aux particularités de chaque femme. Il serait utile pour tous les intervenants d'avoir des recommandations précises en cas de situation particulière.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, Dépistage, Frottis cervico-utérin, Femme jeune avant 25 ans