

Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 mai 2023

Par Lucie MICHAUD

Née le 26 février 1994 à Colombes (92)

Le frottis cervico utérin dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans en Corrèze

Thèse dirigée par le Professeur associé Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

Madame la Professeure Nathalie DUMOITIER
Monsieur le Professeur associé Gaëtan HOUDARD
Madame le Docteur Léa SEVE
Madame le Docteur Pauline PEPY

Présidente
Directeur de thèse
Juge
Membre invitée



Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 mai 2023

Par Lucie MICHAUD

Née le 26 février 1994 à Colombes (92)

Le frottis cervico utérin dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans en Corrèze

Thèse dirigée par le Professeur associé Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

Madame la Professeure Nathalie DUMOITIER
Monsieur le Professeur associé Gaëtan HOUDARD
Madame le Docteur Léa SEVE
Madame le Docteur Pauline PEPY

Présidente
Directeur de thèse
Juge
Membre invitée



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER	Maxime OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame la Professeure Nathalie DUMOITIER

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Professeur associé Gaëtan HOUDARD

Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse. Merci pour votre disponibilité, vos précieux conseils et votre bienveillance. Merci également pour les échanges intéressants et stimulants lors des GEP.

A Madame le Docteur Léa SEVE

Merci d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse et de me faire l'honneur de participer à ce jury.

A Madame le Docteur Pauline PEPY

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Et merci pour ces 6 mois de stage enrichissants, pour tes conseils, ta confiance et ton soutien. C'était un plaisir de travailler ensemble.

Aux professionnels de santé

A toutes les équipes médicales et paramédicales des services des urgences, de gynécologie et de gériatrie du CH de Brive, merci pour leur encadrement et tout ce qu'elles m'ont transmis.

Aux médecins et infirmiers des urgences devenus des amis pour certains, merci pour vos conseils au sein des urgences et pour les bons moments en dehors.

A l'équipe de l'EMOG avec qui j'ai passé 3 mois riches en travail mais dans la bonne humeur, avec beaucoup de partage et de rire, je garde un excellent souvenir de mon passage avec vous.

Aux gynécologues qui m'ont beaucoup appris et plus particulièrement à Bibi, une cheffe extraordinaire devenue une amie.

A mes maîtres de stage de médecine libérale : Jean Luc, Martial et Emilie pour ces premiers pas en médecine libérale, vous m'avez soutenue et rassurée quand j'en avais besoin. A Martine et Marie Julie, vous m'avez redonné confiance et envie. A Marion B, Cécile et Marion D, vous m'avez permis de m'autonomiser et de me familiariser avec la pédiatrie. A Pauline, Annelise et Agnès vous m'avez fait confiance et m'avez beaucoup appris. Merci pour vos expériences respectives, vos conseils, vos expertises et nos échanges instructifs.

A ma famille

A ma mère, pour ta présence, ton soutien sans faille et ta patience au quotidien pendant toutes ces années. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, même si je n'ai pas été toujours facile à vivre. Le parcours aurait été impossible sans toi.

A mon père, pour nos longues discussions, tes conseils et tes mots me permettant de relativiser quand ça devenait compliqué de le faire. Merci d'avoir toujours été là, même à distance. Et à Cathy pour ton optimisme et ta spiritualité.

A mon frère, qui a suivi tout ce chemin de près et de loin, et qui m'a toujours encouragé. Et à mon incroyable belle-sœur Pauline. Nos moments tous ensemble me sont tellement précieux. J'ai hâte de vivre plus proche de vous et de vous voir encore plus souvent.

A mes grands-parents, pour tout ce qu'ils m'ont appris et transmis depuis ma petite enfance. J'aurai aimé que vous puissiez tous être là pour la fin de ce long chemin. A mes grands-mères, vous y êtes pour beaucoup si je suis ici aujourd'hui, je pense tellement à vous.

A toute ma famille. Mes oncles, Franck, Fanfan, David et mes tantes, Coco, Sophie, Cathy et Valérie. Mes cousins Max, Alex, Kevin, Mickael, Elliott, et mes cousines Leslie et Elyn. Merci pour votre compréhension dans les moments écourtés par des révisions impératives. Je n'oublie rien de tous nos moments ensemble, je regrette seulement qu'ils ne soient pas plus fréquents.

A mon Quentin, pour ta patience, tes conseils, tes encouragements, et ton amour. Tu n'as jamais cessé de me pousser à y croire, à faire mieux, à faire plus, et même si je râle parfois (souvent), tu m'as été d'une aide plus que précieuse. Alors merci. Maintenant, j'ai hâte de débiter vraiment ma vie avec toi, et de continuer à découvrir le monde à tes côtés.

A ma belle-famille, pour son soutien, sa générosité et tous les bons moments partagés tous ensemble.

A mes amis

A vous les filles. Marie, pour tout le chemin parcouru à tes côtés, depuis le tout début de ces longues études, et même avant, tu as été d'un soutien infaillible. Chloé, de nous avoir ouvert le chemin et apporter de précieux conseils. Mathilde, Clara et Cécile, pour ces longues heures passées ensemble à la BU, au RU, au fitness, vous avez aiguayé mes journées. Claco et Lola, pour vos présences aux soirées où vous apportiez tellement de fraîcheur. Et plus récemment Amélie et Agathe, pour votre bonne humeur et votre ouverture d'esprit. Merci d'avoir été là pendant toutes ces années, et merci d'être toujours là aujourd'hui pour des moments encore plus enrichissants, ressourçants, et plaisants. Vous êtes de vraies amies, toutes différentes et tellement inspirantes. J'ai hâte de continuer à vivre d'incroyables moments avec vous toutes. Merci.

A ma Léa, pour tous nos bons moments depuis la P2, et puis toutes nos galères partagées jusqu'au bout. Merci d'avoir toujours été là.

A la team. Arnaud pour ton amitié sincère et tous ces stages partagés depuis le début, dans la bonne humeur et les fous rires au quotidien. Vincent et Pierre pour ces longues sessions BU et ces pauses café. Et puis évidemment Justine, notre interne la plus stylée de tout l'externat, devenue une amie.

A mes co internes de la première heure. Camille, pour ton optimisme et ton dynamisme à toute épreuve. Morgane, pour ta joie de vivre et ta motivation sans faille. Marielle pour ta sincérité et ton rire communicatif. Et Simon, pour ton humour (parfois douteux) et ta bonne humeur quotidienne. Cet internat n'aurait vraiment pas eu la même saveur sans vous au quotidien. Vous m'avez fait apprécier le Limousin. Merci pour tous nos moments, pour notre colocation incroyable, pour notre entraide, notre amitié, et tous nos fous rires. Ce n'est que le début.

A mes plus belles rencontres Brivistes. Enora pour cette coloc rapprochée et nos discussions à n'en plus finir, j'ai hâte de partir découvrir ton île avec toi. Claudine pour toutes ces gardes partagées, cette collocation et le reste. Et Manon pour tous nos bons moments, toujours accompagnés de bonnes choses.

A Alex, Estelle, Nathan et Manon, merci de m'avoir intégrée dans ce groupe de bons vivants et de bons moments. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous. Et un petit merci aux deux petits soleils, les plus mignonnes des petites filles.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

AME : Aide médicale d'état

APV : Auto-prélèvement vaginal

ARS : Agence régionale de santé

ASCUS : Atypical squamous cells of undetermined significance ou Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée

CCU : Cancer du col de l'utérus

CIN : Néoplasies cervicales intra-épithéliales

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CRCDC : Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

CSS : Complémentaire santé solidaire

DGS : Direction générale de la santé

DOCCR : Dépistage organisé du cancer colo rectal

DOCCU : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

DOCS : Dépistage organisé du cancer du sein

FCU : Frottis cervico utérin

HAS : Haute autorité de santé

HPV : Papillomavirus humains

HPV-HR : Papillomavirus humains à haut risque

INCa : Institut national du cancer

IST : Infection sexuellement transmissible

MSA : Mutualité sociale agricole

MSU : Maitre de stage universitaire

NHS : National Health Service

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNDO : Programme national de dépistage organisé

Table des matières

Table des matières	17
Introduction	22
I. Contexte.....	23
I.1. L'organisation du dépistage en France	23
I.1.1. Le dépistage.....	23
I.1.1.1. Définition.....	23
I.1.1.2. Les 10 principes de la politique de dépistage	23
I.1.2. Evolution de l'organisation des dépistages	24
I.1.3. Le dépistage organisé	25
I.2. Le cancer du col de l'utérus (CCU)	26
I.2.1. Contexte épidémiologique	26
I.2.2. L'infection à papillomavirus humain et l'histoire naturelle du CCU	26
I.2.2.1. Les papillomavirus humains	27
I.2.2.2. Le cancer du col de l'utérus	27
I.2.2.3. Les facteurs de risque.....	29
I.3. La prévention	29
I.3.1. Prévention primaire ou vaccination.....	29
I.3.2. Prévention secondaire : programme national de dépistage organisé (PNDO) du cancer du col de l'utérus.....	30
I.3.2.1. Les objectifs.....	30
I.3.2.2. La population cible	31
I.3.2.3. La prise en charge du dépistage	32
I.3.2.4. Le prélèvement	32
I.3.2.5. Le test de dépistage primaire	32
I.3.2.5.1. Pour les patientes âgées de 25 à 29 ans	32
I.3.2.5.2. Pour les patientes âgées de 30 à 65 ans	33
I.3.2.6. Les résultats.....	34
I.4. Etat des lieux en Corrèze du dépistage du CCU	34
II. Matériel et méthodes	36
II.1. Type d'étude	36
II.2. Objectifs.....	36
II.3. Population étudiée	36
II.4. Réalisation de l'étude.....	36
II.4.1. Questionnaire	36
II.4.2. Recrutement.....	37
II.4.3. Déroulement.....	37
II.4.4. Recueil des données et analyse statistique	38
II.4.5. Méthode de recherche bibliographique.....	38
III. Résultats	39
III.1. Taux de réponses	39
III.2. Caractéristiques de la population étudiée.....	40
III.2.1. Suivi annuel par gynécologues ou sage-femmes.....	40
III.2.1.1. Influence de l'âge sur le suivi annuel.....	41
III.2.1.2. Influence du lieu de vie sur le suivi annuel	41
III.2.2. Réalisation d'un frottis durant les 3 dernières années.....	42

III.2.2.1. Mode d'entrée dans le dépistage	42
III.3. Courrier d'invitation	43
III.3.1. Réception ou non	43
III.3.2. Action entreprise suite à la réception du courrier	43
III.3.3. Le délai avant consultation	44
III.3.4. La réalisation du dépistage effectué après réception du courrier	45
III.3.4.1. Délai et réalisation du dépistage après réception du courrier	45
III.3.4.2. Influence de l'âge sur la réalisation du dépistage après réception du courrier	46
III.3.4.3. Influence du lieu de vie sur la réalisation du dépistage après réception du courrier	46
III.4. Les avantages et les freins perçus par les patientes à la réalisation du dépistage	47
III.4.1. Les avantages perçus	47
III.4.2. Les freins perçus	48
III.5. L'auto-test	48
III.5.1. Influence de l'âge sur la perception de l'auto-test	49
III.5.2. Influence du lieu de vie sur la perception de l'auto-test.....	49
IV. Discussion	50
IV.1. Les forces et limites de l'étude.....	50
IV.1.1. Les forces de l'étude	50
IV.1.1.1. Sujet actuel.....	50
IV.1.1.2. Validité interne	50
IV.1.1.3. Validité externe	50
IV.1.2. Les limites de l'étude.....	51
IV.1.2.1. Biais de sélection.....	51
IV.1.2.2. Biais d'information	51
IV.1.2.3. Biais de méthodologie	51
IV.2. Principaux résultats de l'étude	52
IV.2.1. Objectif principal.....	52
IV.2.2. Objectifs secondaires	52
IV.2.2.1. Les avantages	53
IV.2.2.2. Les inconvénients	53
IV.3. Discussion et comparaison des résultats avec les données de la littérature	54
IV.3.1. Les données socio-démographiques de la population étudiée	54
IV.3.1.1. L'âge.....	54
IV.3.1.2. Le lieu de vie	54
IV.3.2. Le suivi annuel	55
IV.3.3. Réalisation d'un frottis de moins de 3 ans	55
IV.3.4. Influence de l'âge	56
IV.3.5. Influence du lieu de vie	56
IV.4. Les perspectives.....	57
IV.4.1. Place centrale du médecin généraliste	57
IV.4.2. Le promouvoir avec les autres dépistages	57
IV.4.3. L'auto-prélèvement vaginal	57
IV.4.4. L'auto-prélèvement urinaire.....	58
IV.4.5. La prévention primaire via la vaccination, le cas de l'Australie	59
Conclusion	60

Références bibliographiques	61
Annexes	66
Serment d'Hippocrate.....	69

Table des illustrations

Figure 1 : L'histoire naturelle et les facteurs favorisants (10)	28
Figure 2 : Chronologie de l'infection par HPV au cancer du col de l'utérus (10).....	28
Figure 3 : Algorithme de prise en charge pour les patientes de 25 à 29 ans (10).....	33
Figure 4 : Algorithme de prise en charge pour les patientes de 30 à 65 ans (10).....	34
Figure 5 : Diagramme de flux	39
Figure 6 : Répartition des patientes ayant un suivi annuel ou non (n=337).....	40
Figure 7 : Répartition des patientes ayant réalisé un frottis durant les 3 dernières années (n=337).....	42
Figure 8 : Répartition des patientes à jour, selon leur mode d'entrée dans le dépistage (n=281).....	42
Figure 9 : Répartition des patientes ayant reçu un courrier d'invitation dans le cadre du dépistage organisé (n=337).....	43
Figure 10 : Répartition des actions suite à la réception du courrier (n=51)	43
Figure 11 : Répartition du délai entre réception du courrier et consultation (n=51)	44
Figure 12 : Répartition des patientes à jour dans la réalisation de leur dépistage après la réception du courrier (n=51)	45
Figure 13 : Répartition des patientes à jour après réception du courrier, selon le délai (n=29)	45
Figure 14 : Répartition des avantages perçus par les patientes au dépistage organisé	47
Figure 15 : Répartition des freins perçus par les patientes à la réalisation du dépistage	48
Figure 16 : Répartition des patientes concernant leur avis sur l'auto-test (n=337)	48

Table des tableaux

Tableau 1 : Couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25 à 65 ans.....	35
Tableau 2 : Caractéristiques des patientes étudiées	40
Tableau 3 : Répartition du suivi annuel ou non en fonction de l'âge	41
Tableau 4 : Répartition du suivi annuel ou non en fonction du lieu de vie	41
Tableau 5 : Répartition de la réalisation du frottis après réception du courrier selon les tranches d'âge.....	46
Tableau 6 : Répartition de la réalisation du frottis après réception du courrier selon le lieu de vie	46
Tableau 7 : Répartition de la perception de l'auto-test selon les tranches d'âge	49
Tableau 8 : Répartition de la perception de l'auto-test selon le lieu de vie	49

Introduction

Le cancer du col de l'utérus constitue un problème de santé publique mondial.

En France, il est le 12^{ème} cancer féminin avec 3 000 nouveaux cas par an, et la 12^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme avec 1 100 décès par an. (1)

Le cancer du col de l'utérus est très largement induit par une infection à papillomavirus humains (HPV).

A l'heure où la prévention primaire semble s'accélérer, via l'organisation d'une campagne de vaccination contre les HPV, gratuite et généralisée pour les collégiens, la prévention secondaire via le dépistage du cancer du col de l'utérus, a également été modifiée récemment.

Le dépistage repose sur la réalisation d'un examen cytologique : un frottis cervico utérin (FCU), chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans. Ce dépistage était jusqu'en 2018, à l'exception de certains programmes pilotes dans plusieurs départements, un dépistage individuel, non organisé.

La mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est une des actions phares du Plan cancer 2014-2019. Son objectif est d'augmenter la couverture, qui est actuellement autour de 60%, à un taux de 80% en réduisant les inégalités d'accès à ce dépistage et de diminuer l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus de 30% à 10 ans. (2)

Ce dépistage organisé est fondé sur un système d'invitation par courrier aux femmes n'ayant pas réalisé de dépistage spontanément dans les trois dernières années.

Des études ont été menées sur des programmes pilotes afin d'étudier l'impact du dépistage organisé et ont mis en évidence une augmentation du taux de couverture de près de 12 points de pourcentage. (3) (4)

Depuis 2020, le dépistage organisé se met en place en Corrèze. Deux ans après cette mise en route, nous avons voulu nous intéresser à l'impact qu'il avait eu chez les patientes corréziennes.

C'est dans ce contexte que nous avons réalisé cette étude.

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer l'impact du dépistage organisé chez les patientes cibles consultant leur médecin généraliste de Corrèze, à travers un auto-questionnaire.

I. Contexte

I.1. L'organisation du dépistage en France

I.1.1. Le dépistage

I.1.1.1. Définition

Le dépistage vise à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes a priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptôme apparent. L'objectif est de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression. (1)

Il existe deux types de dépistage :

- Le dépistage individuel : il s'agit d'un dépistage proposé dans le cadre d'un suivi particulier, en fonction du contexte médical de la personne concernée. C'est une démarche envisagée dans le cadre de la relation entre un patient et son médecin.
- Le dépistage organisé : il s'agit d'un dépistage où les pouvoirs publics invitent à intervalles réguliers une partie de la population à pratiquer régulièrement un examen bien précis.

I.1.1.2. Les 10 principes de la politique de dépistage

Un dépistage est qualifié de pertinent lorsqu'il concourt à améliorer les indicateurs de morbidité et de mortalité d'une population. Mettre en place un dépistage organisé suppose qu'une série de critères soit remplie. (2)

L'OMS se fonde sur les 10 principes de *Wilson et Jungner* permettant de déterminer si le dépistage est bien la ligne de conduite à adopter pour améliorer la santé publique :

1. La maladie doit représenter un important problème de santé publique,
2. Il doit exister un traitement accepté pour les patients ayant une maladie reconnue,
3. Les équipements de diagnostic et de traitement doivent être disponibles,
4. Il doit exister une phase latente ou symptomatique précoce reconnaissable,
5. Il doit exister un test ou un examen approprié,
6. Le test doit être acceptable pour la population,
7. L'histoire naturelle de la maladie, notamment son développement du stade latent à celui de la maladie déclarée, doit être correctement connue,
8. Il doit exister une politique convenue spécifiant qui sont les patients à traiter,
9. Le coût de la recherche des cas (qui inclut un diagnostic et le traitement des patients diagnostiqués) doit être économiquement équilibré, en termes de possibles dépenses pour les soins médicaux dans leur ensemble,
10. La recherche des cas doit être un processus continu et non une opération conduite « une fois pour toutes ».

Dans ce cadre, le dépistage organisé a pour but d'éviter certains cancers grâce à la détection de lésions précancéreuses, d'augmenter les chances de guérison tout en limitant les traitements grâce à une détection et à une prise en charge du cancer à un stade précoce.

I.1.2. Evolution de l'organisation des dépistages

Depuis 2003, la France s'est dotée d'une approche intégrée de lutte contre le cancer à travers les Plans Cancer successifs :

- Le premier Plan cancer 2003-2007 a permis de structurer le paysage de la cancérologie et de créer l'Institut national du cancer (INCa), opérateur dédié disposant de moyens importants pour traiter la globalité de la question du cancer, de la recherche à l'après-cancer (7). Ses principaux objectifs étaient :
 - Généraliser le dépistage organisé du cancer du sein d'ici fin 2003 et assurer l'accès aux tests de prédisposition génétique des formes familiales de cancer,
 - Faciliter le développement du dépistage du cancer du côlon,
 - Favoriser le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus,
 - Améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.
- Le Plan cancer 2009-2013 a mis l'accent sur la personnalisation des prises en charge et le déploiement des innovations thérapeutiques (8). Ses principaux objectifs étaient :
 - Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage,
 - Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers,
 - Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire,
 - Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers.
- Le Plan cancer 2014-2019 a pour premier objectif de répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens. Il a notamment instauré le droit à l'oubli pour les malades (2). Ses principaux objectifs étaient :
 - Faire reculer les inégalités face au cancer du col utérin et réduire son incidence,
 - Réduire la mortalité et la lourdeur des traitements du cancer du sein et du cancer colorectal grâce aux dépistages,
 - Permettre à chacun de mieux comprendre les enjeux des dépistages,
 - Identifier de nouvelles opportunités de diagnostics précoces.
- La stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 a pour objectif de réduire significativement le poids des cancers dans le quotidien des Français (9). Ses principaux objectifs sont :
 - Développer des approches proposant un dépistage après une intervention de prévention ou de soins non programmés,
 - Doter tous les professionnels des secteurs santé, social et médicosocial d'outils d'information de premier contact,
 - Simplifier l'accès au dépistage : envoi à domicile des kits de dépistage du cancer colorectal grâce au site de commande en ligne et expérimenter l'envoi direct avec l'invitation.

I.1.3. Le dépistage organisé

La stratégie française en matière de dépistage, portée par les plans cancer successifs, s'inscrit dans un cadre international. La recommandation du Conseil européen du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer assigne notamment des objectifs de participation pour la population cible : 45 % pour le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR), 70 % pour le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) et 80 % pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU). (6)

- Le dépistage organisé du cancer du sein (2004) cible les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, avec la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans.
- Le dépistage organisé du cancer colorectal (2008) cible les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, avec la réalisation d'un test de détection de sang occulte dans les selles, tous les 2 ans.
- Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (2018) cible les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans. Il est constitué d'un examen cytopathologique de dépistage effectué chez les femmes asymptomatiques entre 25 et 30 ans et d'un test de recherche de papillomavirus humains à haut risque (test HPV-HR) chez les femmes asymptomatiques à partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans, réalisés à partir d'un prélèvement du col de l'utérus. Contrairement aux deux autres dépistages organisés, seules les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les délais recommandés sont invitées à consulter leur gynécologue, médecin traitant ou sage-femme, afin d'effectuer un test de dépistage.

Le dépistage organisé fait intervenir de nombreux acteurs à différents niveaux. La répartition des rôles entre les acteurs résulte d'une évolution historique.

Au niveau national :

- Direction générale de la santé (DGS) : pilotage stratégique des programmes
- Haute autorité de santé (HAS) : élaboration des recommandations de pratiques professionnelles
- L'institut national du cancer (INCa) : pilotage opérationnel des programmes
- L'assurance maladie (CNAM, MSA et leurs réseaux) : cofinancement et donc copilotage régional des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)
- Santé publique France : évaluation des programmes en lien avec la commission européenne
- L'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) : autorité compétente pour les dispositifs médicaux
- La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) : édicton des règles structurantes pour l'échange d'informations entre les acteurs et la protection des données personnelles

Au niveau régional : les programmes de dépistage sont pilotés par l'agence régionale de santé (ARS) en lien avec la CNAM et la MSA.

L'activité des CRCDC est régie par le cahier des charges national qui leur assigne huit missions : la mise en œuvre du dispositif et la contribution au pilotage national et régional, les relations avec la population, le suivi de la population, les relations avec les professionnels de santé, la gestion du système d'information, l'évaluation du dispositif, l'assurance qualité du dispositif, la recherche et les expérimentations.

Enfin, la mise en œuvre des dépistages repose sur les professionnels de santé, essentiellement de ville, à commencer par les médecins traitants.

I.2. Le cancer du col de l'utérus (CCU)

I.2.1. Contexte épidémiologique

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus représente le 4^{ème} cancer de la femme avec 570 000 nouveaux cas par an et 266 000 décès par an, le classant en 4^{ème} cause de mortalité par cancer.

En France, le cancer du col de l'utérus représente le 12^{ème} cancer féminin avec environ 3 000 nouveaux cas par an. Trois quarts de ces cas sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 25 à 64 ans. Il est également la 12^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme avec 1 100 décès par an (10). L'âge médian au diagnostic et au décès est respectivement de 53 et 64 ans, soit plus précoce de dix ans par rapport au cancer du sein et de quinze ans par rapport au cancer du corps de l'utérus (11).

Le cancer du col de l'utérus est un cancer dont la fréquence varie fortement en fonction des pays dans le monde. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés dans les pays en voie de développement. Alors qu'on observe une augmentation de l'incidence et de la mortalité dans les pays en voie de développement, la tendance est inverse dans les pays développés dans lesquels les femmes peuvent bénéficier d'un dépistage individuel ou organisé.

L'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué constamment depuis 1980 avec toutefois un ralentissement de cette baisse depuis le début des années 2000 (-2,5% en moyenne par an entre 1980 et 2012, -1,2% entre 2005 et 2012). La mortalité a diminué selon les mêmes tendances (diminution annuelle de 3,2% entre 1980 et 2012, et de 2% entre 2005 et 2012) (11). Ces diminutions sont essentiellement expliquées par l'existence, depuis les années soixante, du dépistage individuel par cytologie à partir d'un frottis cervico-utérin (FCU) qui permet de diagnostiquer et de traiter des lésions précancéreuses ou des cancers à un stade précoce. Le ralentissement de cette baisse à partir des années 2000, peut être mis en parallèle avec un taux de couverture par frottis qui stagne et les limites d'un dépistage individuel.

I.2.2. L'infection à papillomavirus humain et l'histoire naturelle du CCU

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie due à une infection persistante causée par un ou plusieurs papillomavirus humains à haut risque oncogène (HPV-HR).

I.2.2.1. Les papillomavirus humains

Les papillomavirus humains (HPV) sont des virus à ADN de petite taille, très résistants, qui infectent les épithéliums cutanés et les muqueuses. Ils englobent 200 types d'HPV, dont à peu près 40 infectent les épithéliums muqueux de l'appareil génital. Ils sont classés en fonction de leur potentiel oncogène. 12 sont classés à haut risque oncogène (HPV-HR), principalement les types 16 et 18 (12).

Les HPV peuvent être responsables :

- De lésions précancéreuses et de cancers du col de l'utérus (100%), dans plus de 70% des cas il s'agit des virus HPV 16 et 18,
- De lésions précancéreuses et cancers de l'anus (90%),
- De lésions précancéreuses et cancers de l'oropharynx (35%),
- D'une partie des lésions précancéreuses et cancers de la vulve/vagin, du pénis, de la sphère ORL,
- De verrues ano-génitales et condylomes (HPV 6 et 11 principalement).

Les infections à HPV sont les infections sexuellement transmissibles (IST) virales, les plus répandues, puisque 85 à 90% des individus seraient en contact avec un HPV au cours de leur vie. La plupart des femmes dans le début de leur activité sexuelle en est porteuse. Cette infection se propage par contacts cutanéomuqueux même lors de rapports protégés.

L'incidence de l'infection à HPV augmente fortement après l'âge moyen du premier rapport sexuel et diminue ensuite avec l'âge. Cette diminution est due d'une part à la diminution du rythme de rencontre de nouveaux partenaires sexuels et d'autre part à l'immunité spécifique qui se développe chez certaines femmes.

Dans la majorité des cas, ces infections sont asymptomatiques et deviennent rapidement indétectables dans les tissus. Environ 90% des infections ne sont plus détectables après 2 ans.

I.2.2.2. Le cancer du col de l'utérus

L'infection à papillomavirus humains est habituellement transitoire, le virus étant le plus souvent supprimé par le système immunitaire en quelques mois ou années. Lorsque le HPV n'est pas éliminé, l'infection persistante se traduit par des lésions de néoplasies cervicales intra épithéliales de différent grade. (Figure 1)

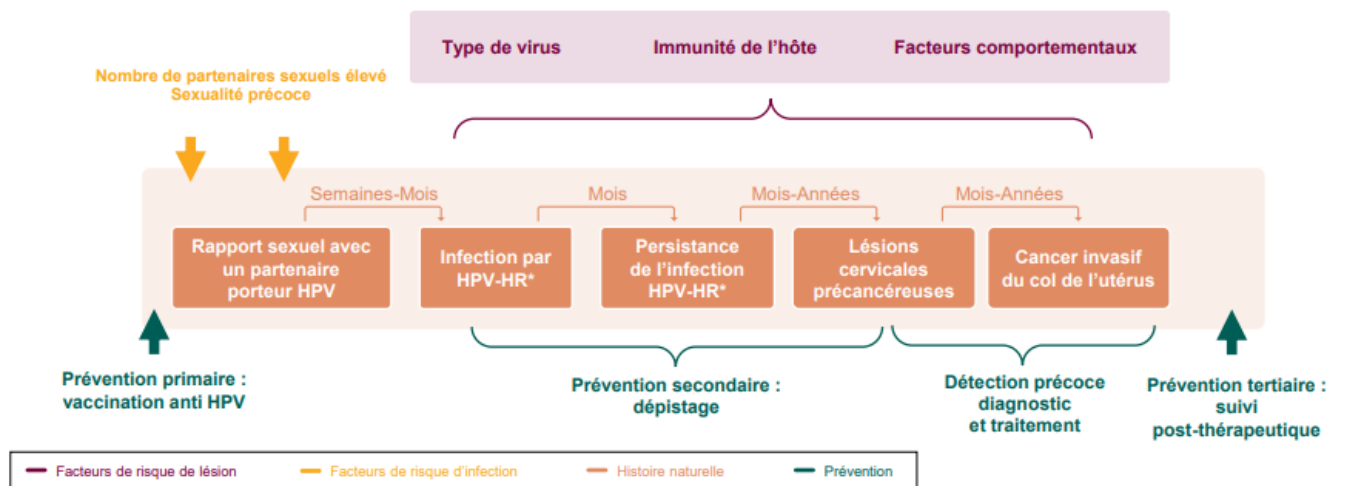


Figure 1 : L'histoire naturelle et les facteurs favorisants (10)

Ces lésions peuvent régresser spontanément, persister ou évoluer vers un cancer du col de l'utérus dans un délai de quelques à plusieurs dizaines d'années. (Figure 2)

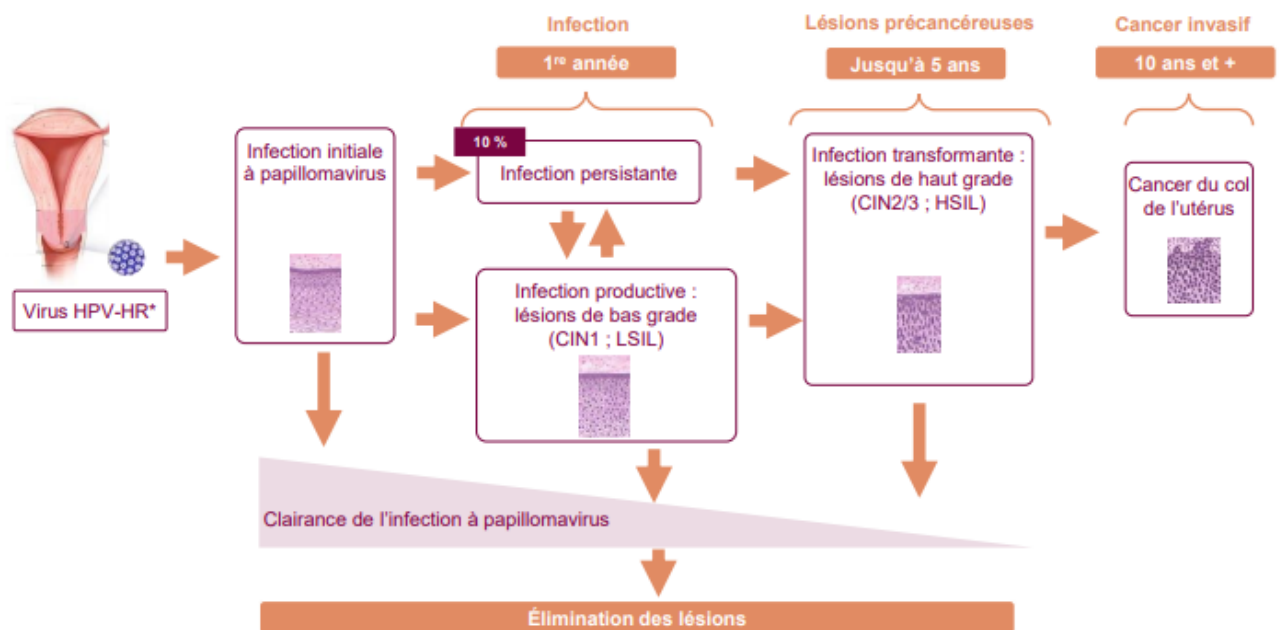


Figure 2 : Chronologie de l'infection par HPV au cancer du col de l'utérus (10)

Il existe deux types de cancer du col de l'utérus :

- Les carcinomes épidermoïdes du col de l'utérus qui sont dans 99% des cas liés à des HPV HR.
- Les adénocarcinomes cervicaux qui sont également en rapport avec l'HPV, mais la proportion de certains types viraux (HPV 18 et 45) est supérieure, l'HPV 16 restant le principal HPV responsable.

I.2.2.3. Les facteurs de risque

Différents facteurs favorisent la persistance de l'infection ou interviennent dans la carcinogenèse : les cofacteurs liés au virus, les facteurs exogènes ou endogènes. Ces facteurs sont communs aux carcinomes épidermoïdes et aux adénocarcinomes du col.

Les facteurs de risque de contracter l'HPV sont principalement, la précocité des rapports sexuels, la multiplicité des partenaires, l'existence d'autres infections génitales, et le bas niveau socioéconomique.

Des facteurs exogènes favorisant la persistance de l'infection à HPV semblent avoir été identifiés, mais certains restent encore controversés :

- Le tabagisme (actif, passif ou sevré) : risque dose-dépendant et âge-dépendant (plus particulièrement pour les carcinomes épidermoïdes),
- L'immunodéficience acquise (VIH ou immunosuppresseurs),
- La co infection à *Chlamydiae trachomatis*,
- L'utilisation de contraceptifs oraux (CO) au long cours,
- La multiparité.

Enfin, les facteurs génétiques, même s'ils sont exceptionnels, dont le syndrome de Peutz-Jeghers qui prédispose aux cancers du col. Il s'agit d'un syndrome autosomal dominant par mutation de STK11 (gène suppresseur de tumeur) (13).

I.3. La prévention

I.3.1. Prévention primaire ou vaccination

La seule réelle prévention est d'empêcher l'infection des cellules de la couche basale de l'épithélium cervical par les virus HPV oncogènes. C'est pour cet objectif que les vaccins anti-HPV prophylactiques ont été développés et ont démontré leur redoutable efficacité. (13)

L'efficacité est proche de 100% pour les lésions cervicales pré invasives dues à HPV 16 et HPV 18.

La vaccination contre les HPV constitue un moyen de prévention complémentaire avec le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

La vaccination permet de prévenir jusqu'à 90% des infections à papillomavirus responsables du cancer du col de l'utérus. Pourtant la couverture vaccinale reste basse en France, avec un taux d'environ 24% pour le schéma complet. (14)

La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles et tous les garçons, dès 11 ans et jusqu'à 14 ans, et en rattrapage de 15 à 19 ans.

Le schéma vaccinal est le suivant :

- Enfants de 11 ans à 14 ans : 2 doses espacées de 6 à 12 mois,
- Enfants de 14 ans à 19 ans : 3 doses réalisées selon le schéma suivant : 0, 6 et 12 mois.

Plus récemment, le gouvernement a mis en place une campagne de vaccination gratuite généralisée dans les collèges pour les enfants en classe de 5^{ème}, afin d'augmenter la couverture vaccinale. De plus, les pharmaciens, les sage-femmes et les infirmiers pourront prescrire et vacciner contre le HPV à partir de septembre 2023.

I.3.2. Prévention secondaire : programme national de dépistage organisé (PNDO) du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est aisé à réaliser, indolore, sans effet secondaire, pas trop onéreux et ses résultats ont un bon niveau de fiabilité. Dans tous les pays où il a pu être largement utilisé, il a provoqué non seulement une diminution drastique de la mortalité par CCU, mais il a aussi permis de réduire l'incidence même de cette maladie. En effet, ce dépistage permet d'identifier, en plus des patientes à haut risque de cancer, les lésions précancéreuses. Ainsi la prise en charge de ces dysplasies évite la survenue de cancer invasif (15).

Un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DO CCU) a donc été mis en place depuis 2018 en France.

I.3.2.1. Les objectifs

L'objectif du programme national de dépistage organisé (PNDO) du cancer du col de l'utérus, est d'augmenter le taux de couverture de 20 points pour atteindre les 80% et de réduire de 30% l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans. Cela, en rendant le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé. Il vise également à améliorer les pratiques de ce dépistage et à optimiser les pratiques professionnelles.

Le PNDO est un programme unique avec deux modes de participation :

- La participation spontanée : elle représente actuellement 60% des femmes de la population cible qui participent spontanément au dépistage du CCU. Pour ces femmes rien ne change. Elles pourront rejoindre le programme sur proposition du professionnel de santé qui réalise l'examen.
- La participation après invitation : elle concerne les femmes n'ayant pas réalisé de test de dépistage dans les intervalles recommandés. Elles recevront par courrier une information et une invitation à consulter leur professionnel de santé pour réaliser le test de dépistage. Une relance est adressée 12 mois après l'envoi de la première invitation si elles n'ont pas encore réalisé le test de dépistage.

I.3.2.2. La population cible

Toutes les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans ayant un col de l'utérus sont éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus. (16) Ce qui inclue :

- Les femmes ayant été invitées par courrier à participer au dépistage ainsi que celles suivies après avoir participé spontanément,
- Y compris les femmes enceintes, les femmes ménopausées, et les femmes vaccinées contre les infections HPV,
- Y compris les femmes à risque majoré nécessitant un suivi particulier (immunodéprimées ou exposées au diéthylstilbestrol).

A l'inverse, ne sont pas éligibles au dépistage :

- Les femmes asymptomatiques de moins de 25 ans et de plus de 65 ans,
- Les femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel,
- Les femmes ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus,
- Les femmes ayant eu un traitement conservateur pour une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus,
- Les femmes ayant une absence de col de l'utérus soit acquise (hystérectomie totale), soit congénitale (Sd de Mayer Rokitansky Küster Hauser).

Avant 25 ans et après 65 ans, c'est le professionnel de santé qui assure le suivi gynécologique de la femme et qui détermine, au cas par cas, si la situation nécessite de réaliser un dépistage.

Il n'est pas recommandé d'effectuer un dépistage avant 25 ans car la détection d'une majorité de lésions régressera spontanément et/ou n'évoluera pas jusqu'au stade de cancer. Le dépistage dans cette tranche d'âge entraînerait des traitements inutiles et une balance bénéfique/risque défavorable, pour les raisons suivantes :

- L'infection HPV est fréquente avant 25 ans mais passagère dans la plupart des cas,
- Le risque de cancer du col de l'utérus est faible avant 25 ans,
- Il s'agit d'un cancer d'évolution lente : entre 10 et 20 ans pour progresser d'un stade précancéreux au stade de cancer invasif.

De même, il n'est pas recommandé de réaliser un dépistage systématique après 65 ans car il y a une forte diminution du risque de développer un cancer du col utérin après cet âge et la balance bénéfique/risque du dépistage devient défavorable.

I.3.2.3. La prise en charge du dépistage

Les prises en charge varient en fonction du mode d'entrée dans le dépistage et des statuts administratifs.

Ainsi, pour les femmes invitées à participer par un professionnel de santé, la prise en charge de la consultation, du prélèvement et de l'analyse du test se font dans les conditions habituelles, par leur caisse d'assurance maladie et leur complémentaire santé.

Pour les femmes invitées à participer par un courrier du CRCDC, elles bénéficient d'une prise en charge en intégralité, sans avance de frais, de l'analyse du test de dépistage (et des tests effectués en réflexe sur le même prélèvement) par l'assurance maladie. Mais concernant la consultation et le prélèvement, la prise en charge se fait dans les conditions habituelles par leur caisse d'assurance maladie et leur complémentaire santé.

Enfin, les femmes bénéficiaires de la CSS ou de l'AME bénéficient d'une prise en charge intégrale de la consultation, du prélèvement et de l'analyse du test, sans avance de frais et sans dépassement d'honoraire.

I.3.2.4. Le prélèvement

Le prélèvement de référence pour les deux types de tests est le prélèvement cervico-utérin réalisé par un clinicien. Il est recommandé d'utiliser un milieu liquide validé pour l'examen cytologique et pour la recherche d'HPV-HR. Cela permettra, si indiqué, la réalisation d'un test de triage en réflexe (test HPV-HR ou cytologie réflexe) ne nécessitant pas de reconvoquer la patiente.

Le prélèvement est le plus souvent réalisé par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de la femme (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme). Mais les médecins biologistes exerçant en laboratoire de biologie médicale et les anatomocytopathologistes peuvent également réaliser le prélèvement, sur prescription médicale.

I.3.2.5. Le test de dépistage primaire

I.3.2.5.1. Pour les patientes âgées de 25 à 29 ans

Le dépistage primaire s'effectue par cytologie cervico-utérine, il consiste en une analyse morphologique des cellules du col de l'utérus pour détecter précocement la présence de cellules anormales et de cellules précancéreuses qui pourraient évoluer en lésions cancéreuses. La sensibilité de l'examen cytologique pour la détection des lésions précancéreuses (CIN 2+) est comprise entre 51% et 53% et sa spécificité entre 96% et 98%. (12)

Le dépistage est fondé sur la réalisation de 2 examens cytologiques à 1 an d'intervalle, suivi d'un nouveau dépistage 3 ans plus tard si les résultats des 2 premiers sont normaux. (Figure 3)

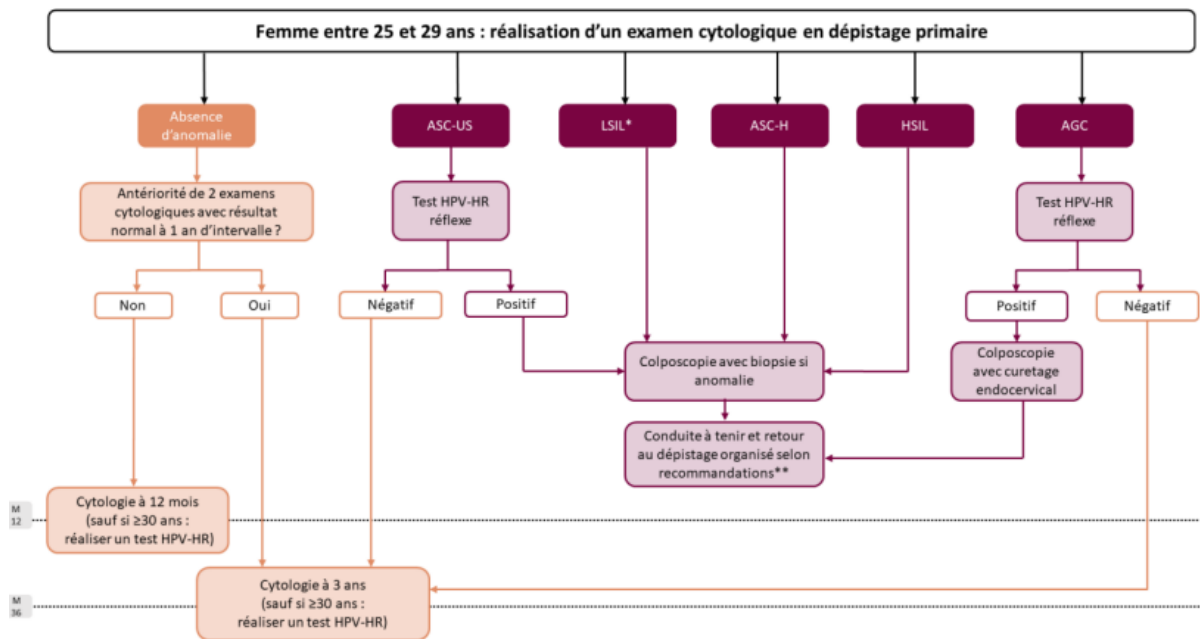


Figure 3 : Algorithme de prise en charge pour les patientes de 25 à 29 ans (10)

Le test HPV n'est pas recommandé en dépistage primaire pour cette tranche d'âge, en raison de la prévalence élevée des infections transitoires par le HPV chez les moins de 30 ans et de l'absence de preuve d'une meilleure efficacité du dépistage par test HPV dans ce groupe d'âge.

I.3.2.5.2. Pour les patientes âgées de 30 à 65 ans

Le dépistage primaire par test HPV est une méthode de détection moléculaire permettant de détecter les acides nucléiques des génotypes d'HPV à haut risque. Sa réalisation n'a pas pour objectif d'identifier les infections à HPV en elles-mêmes mais celles associées au risque de développer une lésion cervicale pré-cancéreuse ou cancéreuse.

Ce test peut être réalisé à partir d'un prélèvement cervico-utérin fait par un clinicien ou d'un auto-prélèvement vaginal.

Le dépistage est fondé sur la réalisation d'un test HPV 3 ans après le dernier examen cytologique normal, ou dès 30 ans si pas de test cytologique antérieur, puis répété tous les 5 ans. (Figure 4)

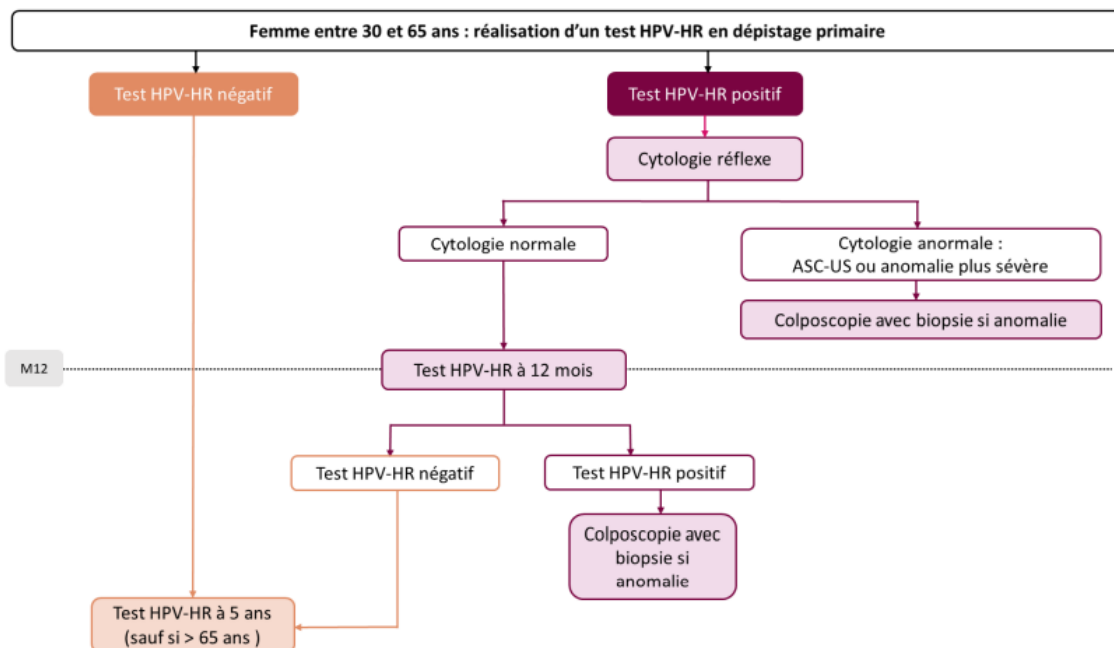


Figure 4 : Algorithme de prise en charge pour les patientes de 30 à 65 ans (10)

Attention, le co-testing, qui consiste en une association systématique d'une cytologie et d'un test HPV-HR, n'est pas recommandé dans le cadre du dépistage. En effet, devant le manque de preuve du bénéfice de son utilisation, il convient de privilégier le recours à un seul test de dépistage (examen cytologique ou test HPV-HR) selon l'âge de la femme.

I.3.2.6. Les résultats

Les résultats du prélèvement cervico-utérin sont ensuite adressés par la structure d'anatomocytopathologie et/ou le laboratoire de biologie médicale au préleveur/prescripteur/médecin traitant, ainsi qu'au CRCDC (sauf si opposition de la femme) et à la femme elle-même.

Quel que soit le test utilisé en dépistage primaire, lorsque des examens complémentaires sont effectués en réflexe, leurs résultats doivent être intégrés dans un seul et même compte rendu final, c'est ce qu'on appelle le compte rendu intégré. (16)

I.4. Etat des lieux en Corrèze du dépistage du CCU

Le programme national de dépistage organisé (PNDO) du cancer du col de l'utérus, en cours de déploiement depuis 2018, a pour objectif d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80%, de réduire les inégalités d'accès à ce dépistage et de diminuer de 30% l'incidence et la mortalité par CCU à 10 ans. Mais qu'en est-il au niveau des chiffres en Corrèze ?

Voici l'évolution du taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en Corrèze, comparativement aux autres départements du Limousin, de la région Nouvelle Aquitaine et du niveau national. (17)

Tableau 1 : Couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25 à 65 ans.

	Corrèze	Haute Vienne	Creuse	Région Nouvelle-Aquitaine	France
2018-2020	57,8%	59,8%	53,8%	61,7%	N/A
2017-2019	57%	59,6%	52,7%	60,7%	N/A
2016-2018	59%	61,7%	53,2%	61,8%	59,5%
2015-2017	59,1%	61,2%	52,9%	61,6%	58,7%
2014-2016	59,8%	59,6%	52,6%	61,0%	59,2%
2013-2015	60,6%	58,1%	52,7%	60,7%	59,1%

La Corrèze a un taux de couverture globalement comparable au taux national, mais légèrement inférieur au taux de couverture régional. (Tableau 1)

II. Matériel et méthodes

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, se déroulant en soins primaires dans le département de la Corrèze.

Cette étude est réalisée sous forme d'un questionnaire destiné aux patientes de 25 à 65 ans, se rendant chez leur médecin généraliste de Corrèze.

II.2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mis en place depuis juillet 2020, dans le département de la Corrèze.

Les objectifs secondaires sont d'identifier :

- les avantages perçus par les patientes au dépistage organisé,
- les freins à la réalisation du dépistage organisé,
- la place éventuelle de l'auto-test dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

II.3. Population étudiée

La population cible de l'étude concerne toutes les patientes de 25 à 65 ans, consultant leur médecin traitant de Corrèze durant la période de l'étude.

Les critères d'inclusions sont :

- Etre une femme âgée de 25 à 65 ans,
- Se rendre chez son médecin généraliste de Corrèze.

Les critères d'exclusions sont :

- Avoir subi une hystérectomie, et/ou,
- Avoir un cancer du col de l'utérus ou un antécédent de cancer du col de l'utérus.

II.4. Réalisation de l'étude

II.4.1. Questionnaire

Les questionnaires adressés aux patientes se composent de 12 questions. Ils ne comportent que des questions fermées, à choix unique ou multiple, dans un désir de simplicité et de rapidité de réponse au questionnaire. (Annexe 1)

Le questionnaire a été testé auprès d'un échantillon de 15 patientes, d'âge et de lieu de vie différents. L'objectif était de vérifier la clarté et la bonne compréhension des questions, avec un vocabulaire compréhensible de toutes, et d'évaluer la durée de réponse au questionnaire.

Le questionnaire a ainsi été modifié après retour des patientes interrogées. La durée de réponse a été estimée à environ 3 minutes.

Les premières questions concernent :

- La tranche d'âge de la patiente,
- Le lieu de vie,
- Le suivi annuel par un gynécologue ou une sage-femme ou non,
- La réalisation d'un frottis dans les 3 dernières années ou non,
- Les critères d'exclusion (hystérectomie, cancer du col de l'utérus, actuel ou ancien).

Le questionnaire s'intéresse ensuite au courrier d'invitation à la réalisation du frottis, envoyé dans le cadre du dépistage organisé :

- La réception ou non de cette invitation,
- Son impact sur la réalisation du dépistage.

Enfin, il s'intéresse aux avantages et aux freins de ce dépistage organisé et à l'éventuelle place de l'auto-test.

II.4.2. Recrutement

Le recrutement s'est déroulé sur 2 mois entre décembre 2021 et janvier 2022. Initialement, tous les médecins généralistes maitres de stage universitaire (MSU) de Corrèze ont été contactés par téléphone. En cas de non-réponse, un deuxième appel à 2 semaines d'intervalle a été passé.

Les 48 MSU de Corrèze ont donc été contactés. Parmi eux :

- 20 ont accepté de participer,
- 3 ont refusé par manque de temps,
- 25 n'ont pas donné de réponse.

II.4.3. Déroulement

Après accord de participation à l'étude, les médecins généralistes ont été contactés à nouveau pour convenir d'un rendez-vous en présentiel.

Entre février et mars 2022, 20 questionnaires par médecin participant ont été distribués, en main propre. Cela a permis de leur présenter le projet avec le questionnaire, et d'échanger avec eux sur le sujet du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Au total, 400 questionnaires ont donc été distribués.

Les médecins étaient libres de laisser les questionnaires en salle d'attente à disposition des patientes, de les faire distribuer par le secrétariat, ou de les proposer eux-mêmes à l'issue d'une consultation.

Une relance par téléphone a été effectuée au bout d'un mois afin de connaître l'avancement des réponses aux questionnaires. Deux médecins ont pris l'initiative de réimprimer un petit nombre de questionnaires lorsque les 20 initiaux avaient été remplis.

II.4.4. Recueil des données et analyse statistique

Le recueil des questionnaires s'est effectué entre avril et juin 2022. Les questionnaires ont été récupérés en main propre pour la plupart, ou par courrier postal pour les quelques MSU plus éloignés (3 d'entre eux seulement).

L'ensemble des réponses au questionnaire a été retranscrit dans un tableur EXCEL® afin de faciliter l'analyse et le croisement des données.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel BiostaTGV®. Les valeurs qualitatives étaient exprimées en nombre et en pourcentage. Les tests du Chi² ou de Fischer (s'il y avait moins de 5 patients dans un groupe) ont été utilisés pour les comparaisons des variables qualitatives. Le risque d'erreur de première espèce a été fixé à 5% pour l'ensemble des tests statistiques mis en œuvre, ainsi le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques était fixé avec un $p < 0,05$.

II.4.5. Méthode de recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée sur des bases de données et des moteurs de recherches francophones et anglo-saxons (Pubmed®, Sudoc®, Thèses®, EM Premium®, Docdocpro® et Cairn®). Il a été établi une liste de mots clés en français : dépistage organisé, cancer du col de l'utérus, frottis cervico utérin, avantage.

Les données pertinentes et en lien avec notre étude ont été classées et organisées dans Zotero®, permettant la réalisation de la bibliographie selon le style de citation Vancouver.

III. Résultats

III.1. Taux de réponses

Dans le cadre de l'étude, 20 médecins ont été recrutés. 20 questionnaires patients ont été distribués à chacun d'entre eux entre janvier et février 2022, soit 400 questionnaires distribués au total. Les réponses ont été obtenues entre mars et mai 2022.

355 questionnaires ont été récupérés entre avril et juin 2022. Mais 18 questionnaires ont été exclus car ils répondaient positivement aux critères d'exclusion. (Figure 5)

Le taux de réponse est donc de 84 %.

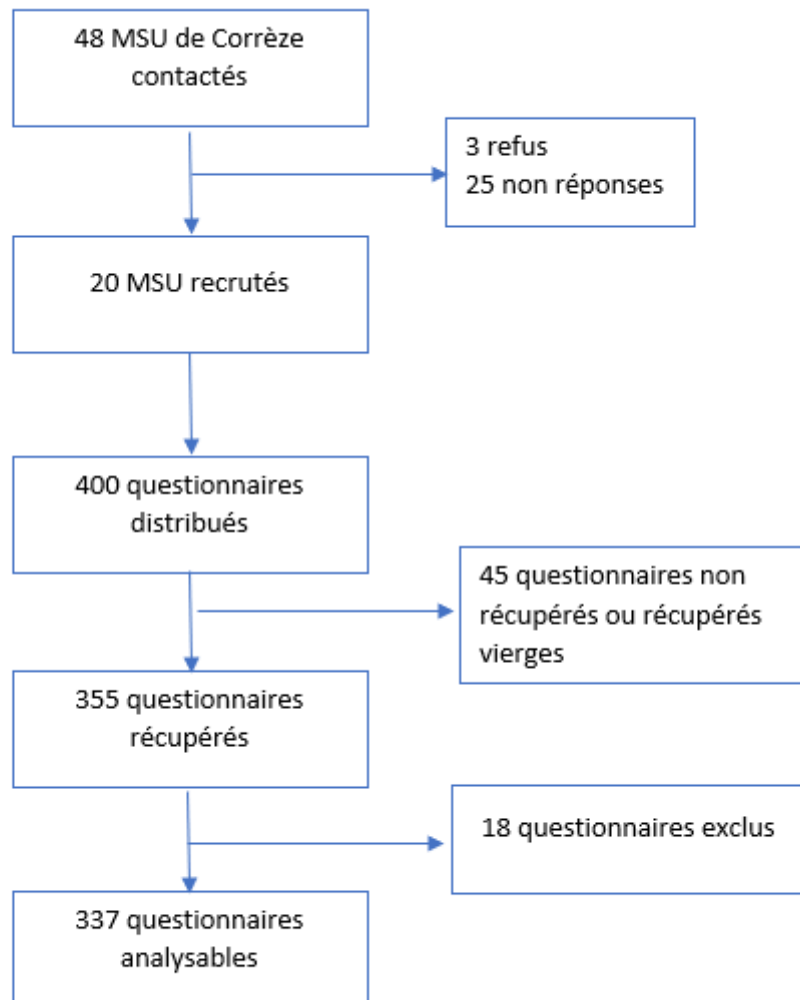


Figure 5 : Diagramme de flux

III.2. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes étudiées

Caractéristiques des patientes étudiées	Effectifs n=337	Pourcentage
Age		
25-30 ans	36	11%
31-45 ans	128	38%
46-65 ans	173	51%
Lieu de vie		
Rural	157	47%
Semi rural	101	30%
Urbain	79	23%

Parmi les patientes interrogées, on retrouvait une prédominance de patientes âgées de plus de 45 ans, et de milieu rural. (Tableau 2)

III.2.1. Suivi annuel par gynécologues ou sage-femmes

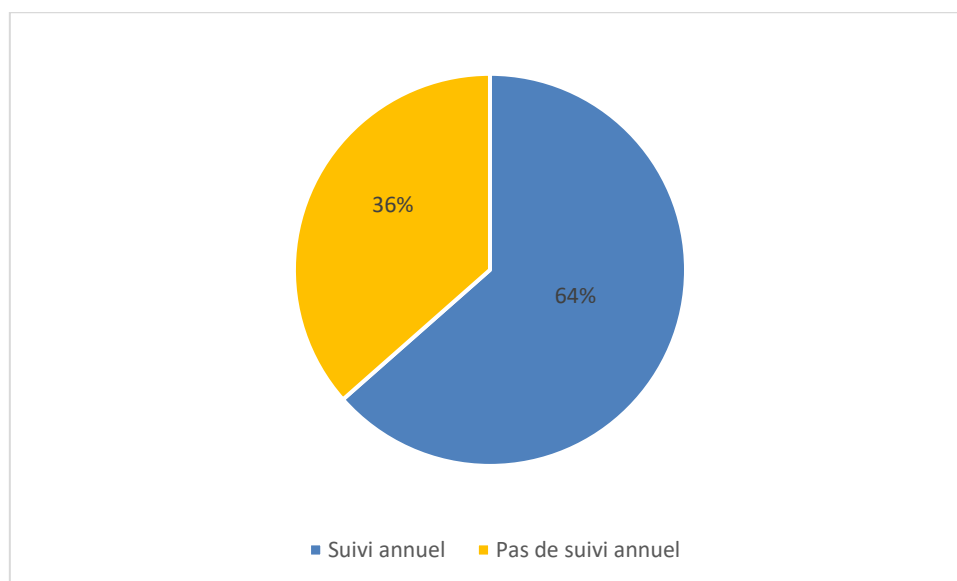


Figure 6 : Répartition des patientes ayant un suivi annuel ou non (n=337)

Près des deux tiers des patientes (64%) déclaraient avoir un suivi annuel par un gynécologue ou une sage-femme. (Figure 6)

III.2.1.1. Influence de l'âge sur le suivi annuel

Tableau 3 : Répartition du suivi annuel ou non en fonction de l'âge

	Suivi annuel		Pas de suivi annuel		p value
	Effectif n=214	%	Effectif n=123	%	
Age					0.07
25-30 ans	22	10,20%	14	11,40%	
31-45 ans	91	42,60%	37	30,10%	
46-65 ans	101	47,20%	72	58,50%	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différentes tranches d'âges pour le suivi annuel ou non par un gynécologue ou une sage-femme ($p=0,07$) (Tableau 3).

Mais les patientes dans la tranche d'âge 31-45 ans ont tendance à être plus suivies annuellement.

III.2.1.2. Influence du lieu de vie sur le suivi annuel

Tableau 4 : Répartition du suivi annuel ou non en fonction du lieu de vie

	Suivi annuel		Pas de suivi annuel		p value
	Effectif n=214	%	Effectif n=123	%	
Lieu de vie					0.09
Rural	104	48,70%	53	43,10%	
Semi rural	68	31,70%	33	26,80%	
Urbain	42	19,60%	37	30,10%	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différents lieux de vie pour le suivi annuel ou non par un gynécologue ou une sage-femme ($p=0,09$) (Tableau 4).

Les patientes en zone urbaine ont tendance à être moins suivies annuellement.

III.2.2. Réalisation d'un frottis durant les 3 dernières années

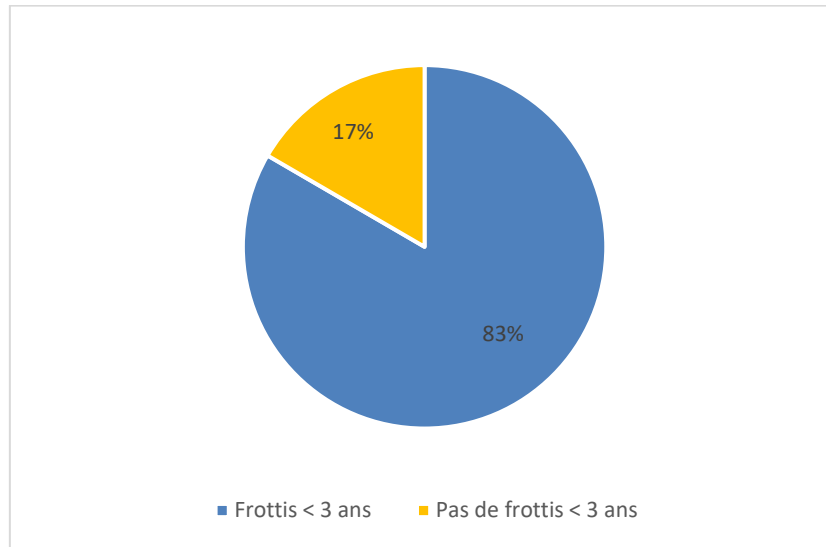


Figure 7 : Répartition des patientes ayant réalisé un frottis durant les 3 dernières années (n=337)

La grande majorité des patientes interrogées (83%), déclarait avoir réalisé un frottis durant les 3 dernières années. (Figure 7)

III.2.2.1. Mode d'entrée dans le dépistage

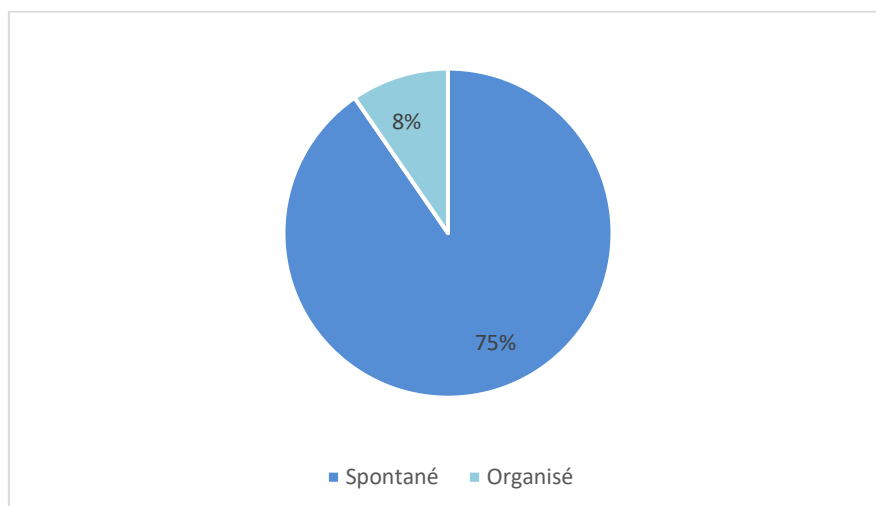


Figure 8 : Répartition des patientes à jour, selon leur mode d'entrée dans le dépistage (n=281)

Sur les 83% des patientes déclarant avoir réalisé un frottis de moins de 3 ans, 75% ont réalisé ce frottis de manière spontanée, contre 8% de manière organisée. (Figure 8)

III.3. Courrier d'invitation

III.3.1. Réception ou non

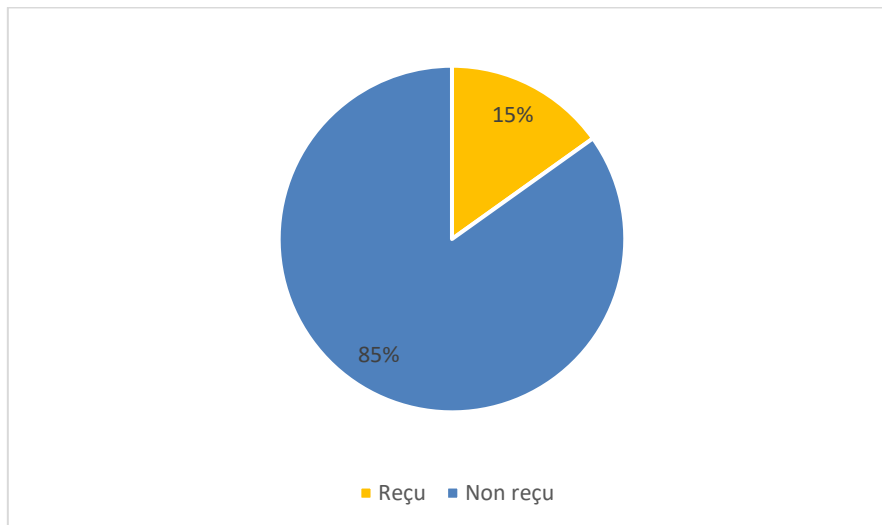


Figure 9 : Répartition des patientes ayant reçu un courrier d'invitation dans le cadre du dépistage organisé (n=337)

Sur les 337 patientes interrogées, une nette majorité des patientes (85%) déclarait ne pas avoir reçu de courrier d'invitation à la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus depuis le lancement du dépistage organisé courant de l'été 2020. (Figure 9)

Les 15% restants représentent les patientes ayant reçu le courrier d'invitation à la réalisation du dépistage, soit un effectif de 51 patientes.

III.3.2. Action entreprise suite à la réception du courrier

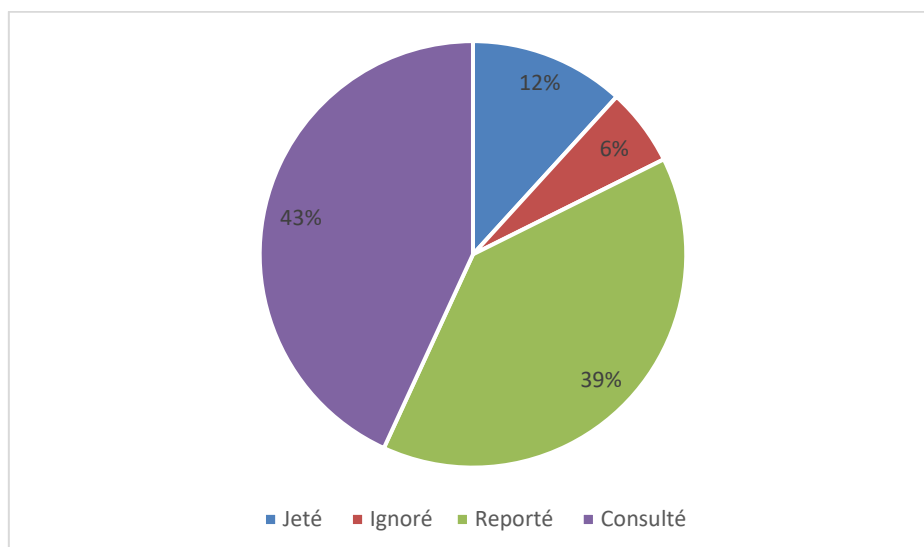


Figure 10 : Répartition des actions suite à la réception du courrier (n=51)

Pour les 51 patientes déclarant avoir reçu le courrier d'invitation à la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, quelques questions leur étaient posées concernant l'impact qu'avez eu ce dernier.

Ainsi, à la question « Qu'avez-vous fait de ce courrier ? » près de la moitié des patientes (43%) a déclaré avoir consulté leur médecin. 18% des patientes ont déclaré avoir jeté ou ignoré ce courrier, et 39% avoir reporté la consultation à plus tard. (Figure 10)

III.3.3. Le délai avant consultation

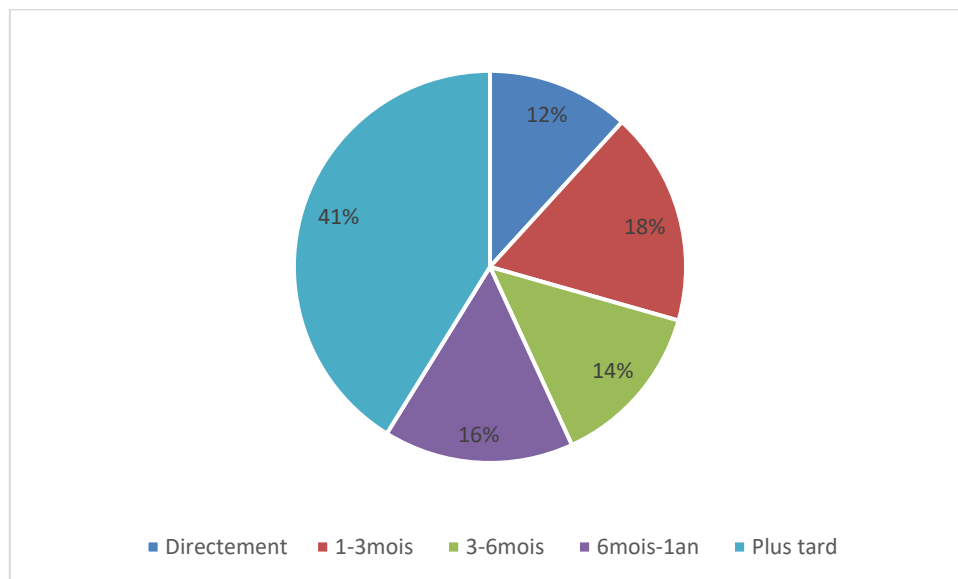


Figure 11 : Répartition du délai entre réception du courrier et consultation (n=51)

Concernant le délai avec lequel la patiente avait consulté après la réception du courrier, plus de la moitié des patientes (57%) déclarait reporter à plus de 6 mois la consultation avec leur médecin. (Figure 11)

Les données concernant le délai de consultation ont été simplifiées. Nous les avons réparties en deux groupes pour faciliter les analyses ultérieures :

- Un délai inférieur à 6 mois, soit un effectif de 22 patientes (43%),
- Un délai supérieur à 6 mois, soit un effectif de 29 patientes (57%).

III.3.4. La réalisation du dépistage effectué après réception du courrier

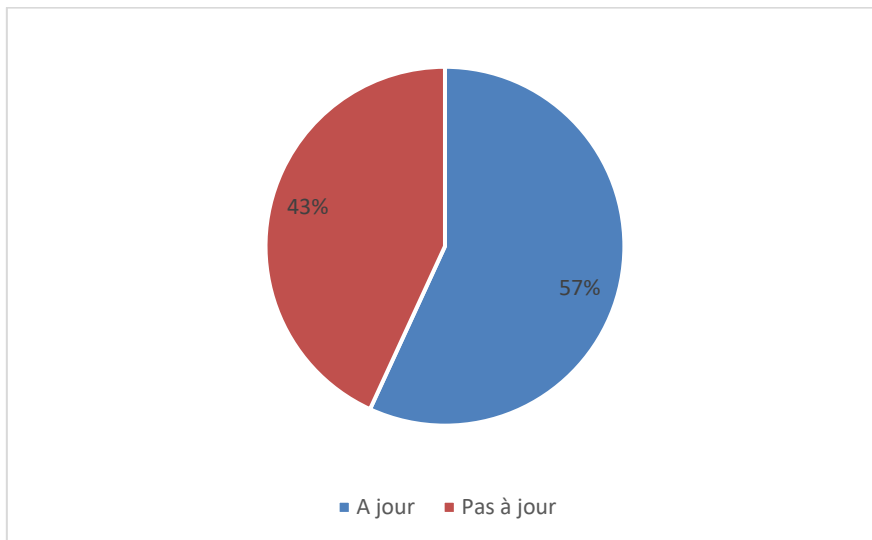


Figure 12 : Répartition des patientes à jour dans la réalisation de leur dépistage après la réception du courrier (n=51)

Après réception du courrier, 57% des patientes déclaraient avoir désormais réaliser leur frottis de dépistage, soit un effectif de 29 patientes. (Figure 12)

III.3.4.1. Délai et réalisation du dépistage après réception du courrier

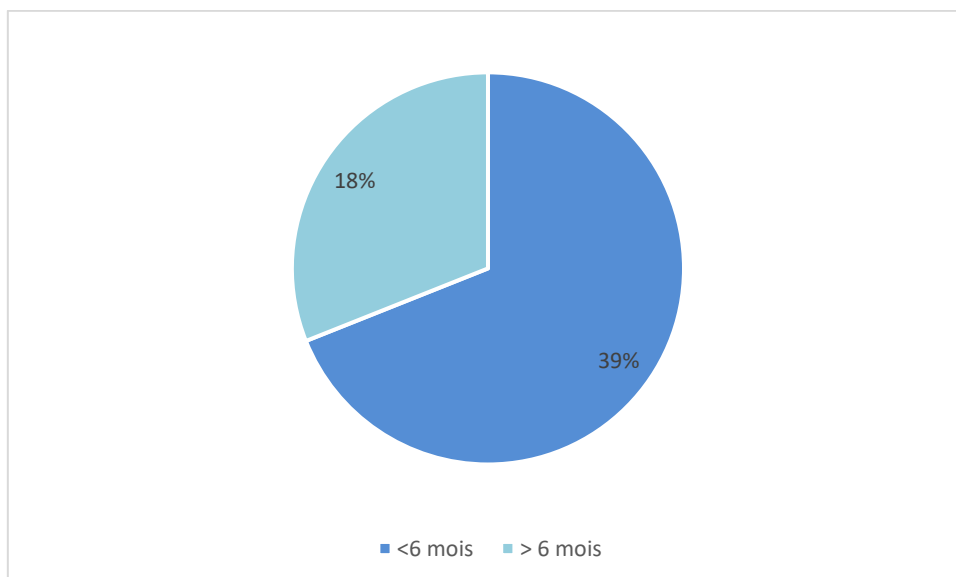


Figure 13 : Répartition des patientes à jour après réception du courrier, selon le délai (n=29)

Sur les 57% déclarant avoir réalisé un frottis suite à la réception du courrier, plus des deux tiers (39%) des patientes déclaraient réaliser leur frottis de dépistage dans les 6 mois suivant la réception de ce dernier. (Figure 13)

III.3.4.2. Influence de l'âge sur la réalisation du dépistage après réception du courrier

Tableau 5 : Répartition de la réalisation du frottis après réception du courrier selon les tranches d'âge

	Réalisation du FCV après courrier		Non réalisation du FCV après courrier		p value
	Effectif n=29	%	Effectif n=22	%	
Age					0,26
25-30 ans	4	14,00%	7	32,00%	
31-45 ans	2	7,00%	2	9,00%	
46-65 ans	23	79,00%	13	59,00%	

Il n'y a pas de différence significative pour la réalisation du frottis après réception du courrier d'invitation selon les tranches d'âge ($p=0,26$). (Tableau 5)

Il existe une tendance à la réalisation du frottis après réception du courrier pour la tranche d'âge des 46-65 ans.

III.3.4.3. Influence du lieu de vie sur la réalisation du dépistage après réception du courrier

Tableau 6 : Répartition de la réalisation du frottis après réception du courrier selon le lieu de vie

	Réalisation du FCV après courrier		Non réalisation du FCV après courrier		p value
	Effectif n=29	%	Effectif n=22	%	
Lieu de vie					0,66
Rural	10	34,00%	10	45,00%	
Semi rural	11	38,00%	6	27,50%	
Urbain	8	28,00%	6	27,50%	

Il n'y a pas de différence significative pour la réalisation du frottis après réception du courrier selon le lieu de vie ($p=0,66$). (Tableau 6)

III.4. Les avantages et les freins perçus par les patientes à la réalisation du dépistage

III.4.1. Les avantages perçus

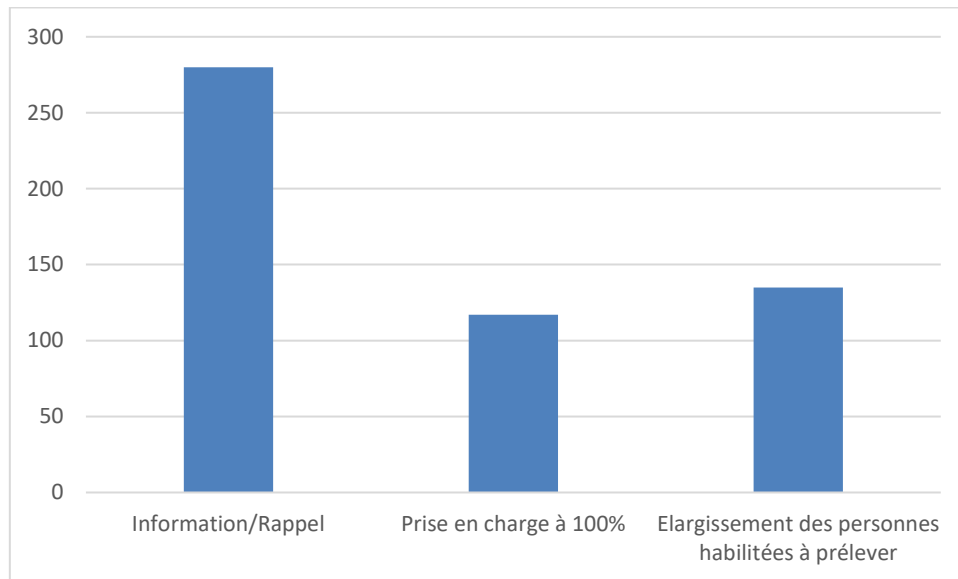


Figure 14 : Répartition des avantages perçus par les patientes au dépistage organisé

A cette question, les patientes avaient la possibilité de donner plusieurs réponses.

Pour une majorité de patientes, le dépistage organisé présente l'avantage d'informer et de diminuer les oublis grâce à l'information que le courrier permet. Pour plus d'un tiers des patientes (40%) l'élargissement des personnes habilitées à réaliser l'examen est perçu comme un avantage. (Figure 14)

III.4.2. Les freins perçus

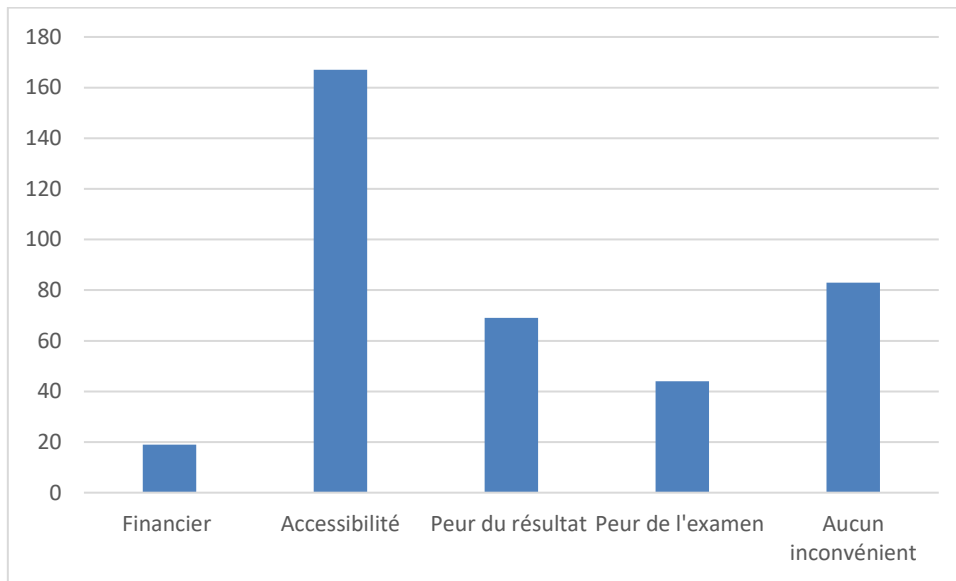


Figure 15 : Répartition des freins perçus par les patientes à la réalisation du dépistage

A cette question, les patientes avaient la possibilité de donner plusieurs réponses.

Pour la moitié d'entre elles, le principal frein évoqué pour la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus est l'accessibilité, à savoir la difficulté à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé habilité à réaliser l'examen. (Figure 15)

III.5. L'auto-test

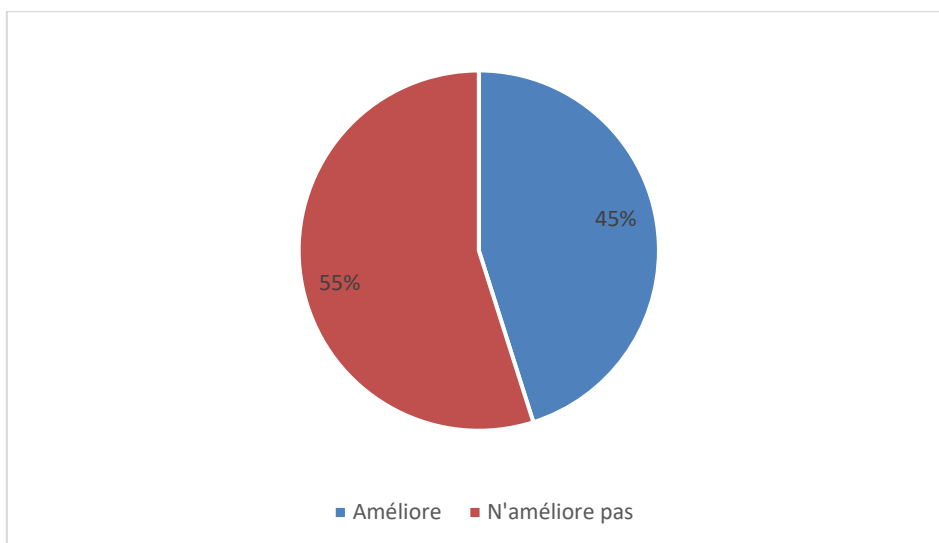


Figure 16 : Répartition des patientes concernant leur avis sur l'auto-test (n=337)

A la question « Pensez-vous que vous seriez plus à jour dans la réalisation de votre frottis s'il vous était possible de réaliser un auto-prélèvement ? », les avis étaient partagés. Un peu plus de la moitié des patientes (55%) ne pense pas que l'auto-test améliorerait leur adhésion au dépistage, contre 45% qui pense l'inverse. (Figure 16)

III.5.1. Influence de l'âge sur la perception de l'auto-test

Tableau 7 : Répartition de la perception de l'auto-test selon les tranches d'âge

	Auto-test oui		Auto-test non		p value
	Effectif n=152	%	Effectif n=185	%	
Age					0.11
25-30 ans	22	14,50%	14	7,50%	
31-45 ans	57	37,50%	71	38,50%	
46-65 ans	73	48,00%	100	54,00%	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la perception de l'auto-test en fonction de l'âge ($p=0,11$). (Tableau 7)

Les patientes âgées de 25 à 30 ans ont tendance à percevoir l'auto-test comme une amélioration potentielle au dépistage.

III.5.2. Influence du lieu de vie sur la perception de l'auto-test

Tableau 8 : Répartition de la perception de l'auto-test selon le lieu de vie

	Auto-test oui		Auto-test non		p value
	Effectif n=152	%	Effectif n=185	%	
Lieu de vie					0.14
Rural	68	45,00%	89	48,00%	
Semi rural	41	27,00%	60	32,50%	
Urbain	43	28,00%	36	19,50%	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la perception de l'auto-test en fonction du lieu de vie ($p=0,14$). (Tableau 8)

IV. Discussion

IV.1. Les forces et limites de l'étude

IV.1.1. Les forces de l'étude

IV.1.1.1. Sujet actuel

Le sujet du cancer du col de l'utérus est un sujet d'actualité. La lutte contre le papillomavirus est au cœur de l'actualité avec la mise en place d'une campagne de vaccination généralisée et gratuite à partir de la rentrée 2023 pour les élèves de 5^{ème}.

De plus, le passage au dépistage organisé est encore récent, puisqu'il est en cours de déploiement au niveau national depuis 2018 et en application en Corrèze depuis 2020 seulement.

Les recommandations internationales reprises par l'union européenne donnent l'objectif de 80% de couverture pour le test de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Une évaluation du programme expérimental de dépistage organisé a amené à différentes publications. Dans les premiers résultats publiés en 2013, le dépistage organisé permettait une augmentation du taux de couverture sur 3 ans de 13,2 points. (18) Dans les résultats finaux publiés en 2016, une augmentation de la participation au dépistage de 12 points de pourcentage avait été retrouvée. (19)

De nombreuses études ont déjà étudié l'impact du dépistage organisé sur le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus. Mais nous avons voulu étudier son impact suite à sa mise en place en Corrèze, où le taux de couverture est encore bien loin des 80%.

IV.1.1.2. Validité interne

La puissance de notre étude vient du taux de participation qui atteint 84% et du recrutement.

L'échantillon de patientes étudiées a une taille importante, avec un recrutement de 337 patientes, par le biais de 20 médecins généralistes de Corrèze, sur une population d'environ 69 000 femmes âgées de 15 à 65 ans.

Les 20 médecins généralistes recrutés étaient répartis dans différents secteurs de la Corrèze pour être représentatif de la population Corrèzienne. La répartition géographique de l'échantillon semble représentative du département, avec une prédominance rurale et semi rurale.

Les questions posées étaient toutes des questions fermées pour diminuer le risque de non-réponse.

IV.1.1.3. Validité externe

L'interprétation des résultats a été réalisée dans le contexte des données actuelles en réalisant une revue de la littérature sur le sujet. Les données n'ont pas été uniquement comparées aux études corroborant nos résultats mais avec tous les travaux pertinents.

IV.1.2. Les limites de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive donc avec un niveau de preuve scientifique faible.

IV.1.2.1. Biais de sélection

On peut noter un premier biais de sélection sur le recrutement des médecins invités à participer à l'étude. Les médecins contactés étaient uniquement des maîtres de stage universitaire, ce qui n'est pas forcément représentatif des médecins de Corrèze de manière générale. De plus, leur participation était ensuite basée sur le volontariat.

On identifie un autre biais de sélection lié à l'influence du médecin ou de la secrétaire médicale dans la proposition ou non du questionnaire aux patientes, ainsi qu'un biais de désirabilité sociale. En effet, les réponses ont pu être obtenues de deux manières :

- les questionnaires étaient distribués en salle d'attente par la secrétaire médicale sur place et les patientes ont donc répondu en autonomie avant de voir le médecin. Seul le biais de sélection pouvait s'appliquer ici.
- les questionnaires étaient proposés par le médecin traitant dans son bureau, où les patientes répondaient. Dans ce cas, elles pouvaient être influencées dans leur réponse par la présence du médecin, entraînant un biais de désirabilité sociale en plus du biais de sélection.

Par ailleurs, cette étude nécessite une compréhension du français ce qui a exclu de façon systématique les femmes ne le maîtrisant pas, alors même que cette notion de difficulté de communication et de compréhension est reconnue comme une barrière à la participation au dépistage. (20)

IV.1.2.2. Biais d'information

Dans le cadre d'une enquête déclarative, il peut également y avoir un biais de mémorisation.

Il pouvait en effet y avoir des oublis ou des erreurs de mémorisation puisque nous interrogeons les patientes sur la réalisation d'un frottis durant les 3 dernières années, ou encore la réception d'un courrier durant les 2 années passées.

A l'inverse, puisqu'il s'agissait d'une enquête déclarative il pouvait également y avoir une sur déclaration. Ce biais est inhérent à l'utilisation de questionnaires autoadministrés qui peuvent conduire à une sur déclaration des conduites de dépistage.

IV.1.2.3. Biais de méthodologie

Il peut également exister un biais méthodologique avec une mauvaise formulation des questions.

En effet, dans un souci de simplicité et de rapidité de réponse au questionnaire, les questions posées étaient simples et fermées, limitant les possibilités d'expression des patientes. Mais certaines remarques concernant les questions posées sont à considérer.

Dans la question 7 où on s'intéresse à l'impact qu'avait eu le courrier sur les patientes, les propositions « ignorer » et « jeter » peuvent être considérées comme similaire.

Dans la question 8 où on étudie le délai de consultation après réception du courrier, la formulation de la question est imprécise. En effet, le « allez-vous » est déclaratif et repose sur une supposition. De plus les propositions auraient pu être simplifiées en deux propositions telles que « plus ou moins de 6 mois » seulement.

Pour les questions relatives à l'impact du courrier, seules les patientes ayant déclaré avoir reçu ce courrier étaient invitées à y répondre. Mais quelques rares patientes ont également répondu à ces questions. Ces réponses n'ont donc pas été prise en compte.

Concernant la question 11 où on s'intéresse aux inconvénients perçus, beaucoup de patientes ont rajouté une case « aucun ». Devant la proportion de patiente répondant « aucun », nous avons intégré cette réponse aux résultats. Mais peut-être qu'un nombre plus important de patientes auraient envisagé cette proposition si elle avait été notée d'emblée.

Enfin, le questionnaire étant distribué aux patientes se rendant chez leur médecin généraliste, les femmes de notre échantillon bénéficiaient d'un suivi médical et étaient peut-être davantage sensibilisées au dépistage par rapport à la population générale.

IV.2. Principaux résultats de l'étude

IV.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Corrèze. Malheureusement, l'impact du courrier d'invitation à la réalisation du dépistage n'a pas pu être étudié sur un échantillon très important, puisque seulement 15% des patientes interrogées déclaraient avoir reçu ce courrier du CRCDC.

85% des patientes déclaraient donc ne pas avoir reçu de courrier d'invitation, ce qui semble correspondre à peu près au 83% des patientes qui déclaraient avoir un frottis de moins de 3 ans. En effet, dans ce dépistage organisé, seules les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage dans les délais recommandés sont invitées à réaliser un FCU.

En conséquence, les analyses effectuées sur les 51 patientes ayant reçu un courrier d'invitation, montrent que 57% déclaraient avoir réalisé un frottis après réception du courrier, dont 39% dans les 6 mois suivant la réception, et 18% dans l'année.

Nos résultats semblent supérieurs aux résultats des études menées jusqu'à présent. Dans l'étude menée de 2010 à 2014, 17,5% seulement des femmes incitées/invitées ont réalisé un test dans les douze mois suivant l'incitation. Ainsi, la performance des incitations était globalement estimée à 17,5% à 12 mois. (4)

IV.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les avantages et les freins perçus par les patientes au dépistage organisé.

IV.2.2.1. Les avantages

Dans notre étude nous avons mis en évidence que le principal avantage perçu par les patientes au courrier d'invitation à la réalisation du dépistage est l'information et le rappel, permettant d'expliquer et de diminuer les oublis.

Une étude menée en 2019 montre que le manque d'information est le frein le plus cité par les patientes (58% d'entre elles). Il semble y avoir un vrai manque de connaissance tant sur le but et les modalités de l'examen, que sur les professionnels aptes à le réaliser. En effet, dans cette étude, 43% des patientes interrogées pensaient que le FCU avait uniquement pour but de détecter des IST et 44% pensaient que cet examen diagnostiquait uniquement des mycoses. De même, seulement 68% des patientes savaient que cet examen était réalisable par un médecin généraliste. Concernant l'âge du premier FCU et la durée recommandée entre deux FCU, là aussi les connaissances étaient mauvaises. (21)

Nos résultats confirment l'importance des courriers, permettant l'explication, l'information et le rappel. En effet, les courriers (Annexe 2) reçus par les patientes comprennent une phrase simple explicative et sont accompagnés d'un dépliant apportant plus d'information au sujet du cancer du col de l'utérus et de son dépistage.

L'élargissement des personnes habilitées à réaliser l'examen était cité par 40% des patientes. A noter que seulement 17% des patientes interrogées dans l'étude de 2019 connaissaient la totalité des professionnels habilités à réaliser les FCU.

Ces résultats semblent comparables aux avantages perçus par le dépistage organisé du cancer du sein. En effet, une étude qualitative a été menée en 2015 et a montré que le dépistage organisé leur permettait de « prendre soin de leur santé sans avoir à y penser ». Le courrier d'invitation tenait alors un rôle important puisqu'il servait d'information et de rappel. (22) Ces courriers permettent de faire découvrir le dépistage organisé aux patientes, comme le constate une autre étude française, c'est un élément déclencheur qui permet à de nombreuses femmes d'entrer dans le dépistage organisé. (23)

IV.2.2.2. Les inconvénients

Concernant les freins perçus, la moitié des patientes interrogées dans notre étude déplorait un manque d'accessibilité pour la pratique de leur frottis. 25% ne déclaraient aucun inconvénient, 20% une peur du résultat et 13% une peur de l'examen. Enfin, seulement 6% des patientes évoquaient un frein financier.

Nos résultats sont un peu différents d'une étude menée en 2019 à Clermont Ferrand, analysant les connaissances des femmes sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Dans cette dernière étude, les principaux freins à la pratique du dépistage étaient la peur de l'examen pour 55% et la peur du résultat pour 42% des patientes interrogées. La difficulté d'accessibilité était évoquée pour seulement 40% d'entre elles (21). Cet écart peut venir du lieu de réalisation de l'étude. En effet, dans cette dernière, une grande majorité s'est déroulée en zone urbaine, où on peut penser que les patientes ont moins de difficulté d'accessibilité.

Toutefois, nos résultats sont comparables pour le frein financier, puisque seulement 7% des patientes interrogées évoquaient le prix de l'examen comme frein à la réalisation du frottis (21).

Pourtant, d'autres études semblaient montrer que pour les femmes ne se faisant pas dépister, le principal frein était d'ordre financier (24) (25) (26).

Si on s'intéresse aux freins des patientes à la réalisation du dépistage du cancer du sein on retrouve des similitudes. En effet, il existe une association évidente entre pratique du dépistage et accès aux soins. Plusieurs études françaises ont montré que la participation aux dépistages était significativement plus élevée dans les zones avec une densité médicale élevée. (27) (28)

IV.3. Discussion et comparaison des résultats avec les données de la littérature

IV.3.1. Les données socio-démographiques de la population étudiée

IV.3.1.1. L'âge

Concernant la population étudiée, plus de la moitié des patientes interrogées (51%) avait entre 46 et 65 ans, 38% entre 31 et 45 ans et 11% entre 25 et 30 ans.

La population étudiée semble donc représentative de la population générale puisque des chiffres similaires étaient retrouvés dans l'expérimentation menée sur les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux de 2010 à 2014. (4)

On peut cependant s'interroger sur le choix des tranches d'âge choisies dans notre étude. En effet, elles ne correspondent pas aux tranches d'âge retrouvées dans les études de la littérature, puisque dans ces dernières, les tranches d'âge étudiées sont des tranches de 5 ans. Nous avons fait le choix d'un minimum de proposition pour que le questionnaire soit le moins chronophage possible. En conséquence, quelques adaptations ont été nécessaires pour la comparaison de nos résultats.

IV.3.1.2. Le lieu de vie

Concernant le lieu de vie, près de la moitié des patientes (47%) vivait en milieu rural, et seulement 23% en milieu urbain, ce qui ne semble pas tout à fait représentatif de la population Corrèzienne. Selon l'Insee, en Corrèze en 2017, 55% des habitants vivaient dans une unité urbaine. (29) Par opposition, et puisque l'Insee oppose les unités urbaines, aux milieux ruraux, on peut dire qu'il y a 45% des habitants en milieu rural.

On peut donc discuter la notion de milieu rural et semi rural. Nous aurions peut-être dû opposer simplement les milieux urbains et ruraux, puisqu'il n'existe pas de définition précise d'un milieu semi rural. (30) Si bien que sur toutes les patientes répondantes, aucune n'avait probablement la même notion du rural, semi rural et urbain, ce qui crée un biais supplémentaire ici.

De plus, dans les articles retrouvés dans la littérature, les caractéristiques des patientes étudiées concernaient plutôt la catégorie socio-professionnelle, qui semble être plus informatif sur le niveau socio-économique que le lieu de vie. (25)

IV.3.2. Le suivi annuel

Concernant le suivi gynécologique annuel recommandé par la HAS, 214 patientes (64%) déclaraient avoir ce suivi. Parmi elles, 202 (94%) déclaraient avoir un frottis de moins de 3 ans.

Selon une étude menée en 2013, la participation effective au dépistage était significativement plus élevée chez les femmes ayant consulté un gynécologue au cours de l'année précédente. En effet, le suivi régulier par un gynécologue est identifié comme un facteur associé à une bonne participation au dépistage. Quel que soit leur âge, les femmes ayant une consultation gynécologique tous les ans ont 90% de chances d'avoir eu un FCU. (31) Nos résultats semblent donc concordants.

Ce résultat est intéressant car la Corrèze est un département avec une densité de gynécologue plutôt faible. En effet, on note 9,4 gynécologues libéraux, et 21,5 sage-femmes pour 100 000 femmes de plus de 15 ans. (32) Enfin, la densité des médecins généralistes en Corrèze est de 142 pour 100 000 habitants en 2022, selon l'Insee. (33) Malgré cette densité plutôt faible, 64% des patientes déclaraient être suivies annuellement.

On peut également s'interroger sur la formulation de la question. En effet, nous aurions pu nous intéresser à la proportion de femmes suivies, sur le plan gynécologique, par leur médecin traitant, et ainsi obtenir une réponse avec les différentes proportions entre généralistes, sages-femmes et gynécologues pour le suivi annuel. Notre résultat concernant le suivi annuel peut donc être biaisé, puisque nous nous sommes intéressés uniquement aux patientes suivies par un gynécologue ou une sage-femme.

IV.3.3. Réalisation d'un frottis de moins de 3 ans

Dans notre étude, 83% des patientes interrogées (281) déclaraient avoir eu un frottis dans les 3 ans.

Dans notre étude la participation au dépistage était semblable aux résultats des études menées en 2005 (34), puis en 2013 (31) ainsi qu'au moment de l'enquête *Baromètre santé de 2010* (35), où respectivement 85%, 87,9% et 84,9% des femmes déclaraient avoir eu un FCU au cours des trois dernières années.

Parmi les 281 patientes déclarant avoir un frottis de moins de 3 ans, 27 déclaraient plus tard avoir réalisé ce frottis suite à la réception du courrier d'invitation par le CRCDC. Donc, 75% auraient réalisé un frottis de façon individuelle et 8% de manière organisée, suite à une invitation.

Ces résultats semblent comparables aux résultats de la littérature, puisque dans l'étude présentant les résultats finaux de l'évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans 13 départements en France entre 2010 et 2014, les résultats suivants ont été présentés (19). Entre 2010 et 2012, 63,2% des femmes ont réalisé un frottis dans les 3 ans, 51,4% de façon individuelle (de 26,7% à 69% selon les départements) et 10,8% suite à une invitation (allant de 3,5% à 24,6% selon les départements).

Cependant cette participation est très supérieure au taux de couverture estimé à 57,8% dans le département de la Corrèze.

Cette différence peut être liée à plusieurs facteurs. D'une part, les patientes interrogées dans notre étude étaient des patientes se rendant chez leur médecin généraliste, elles avaient donc accès au soin et étaient plus à même d'avoir accès à l'examen. D'autre part, les réponses ont été obtenues par un auto-questionnaire, ce qui peut entraîner une sur déclaration. En effet, cette sur déclaration a été mise en avant dans plusieurs études. Une étude internationale en 1991 avait montré des différences de plus de 10 % entre la couverture déclarée par frottis et celle calculée à partir des bases de données d'anatomo-cytopathologies (36). De même, dans le *Baromètre cancer de 2005*, la différence entre la couverture déclarée et celle calculée à partir des remboursements du régime général de l'Assurance maladie était de l'ordre de 20 %. (37)

IV.3.4. Influence de l'âge

Dans notre étude, il n'y a pas de différence de suivi selon l'âge. Mais il existe une tendance pour le suivi annuel pour la tranche d'âge 31-45 ans.

Dans les données de la littérature, on remarque qu'il existe souvent une baisse de la couverture déclarée de dépistage chez les femmes les plus âgées, à partir de 50 à 54 ans. (25). La baisse de couverture par frottis des 50 à 54 ans est probablement liée à la diminution habituelle des consultations gynécologiques chez les femmes après la ménopause.

Une étude Américaine a montré une différence de plus de 15 % entre les femmes de 50 à 64 ans et celles de 65 ans et plus dans la réalisation d'un frottis cervico-utérin dans l'année. (38) Ce résultat semble cohérent, puisque la réalisation du frottis n'est plus systématique après 65 ans.

Au Royaume-Uni, le NHS montre dans son rapport d'évaluation sur le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus de 2006–2007 une baisse de la couverture par frottis à partir de 50 ans de 82 %. (39)

IV.3.5. Influence du lieu de vie

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative pour le suivi selon le lieu de vie. Mais on observe que nos patientes en zone urbaine avaient tendance à être moins suivies annuellement.

Pourtant, les facteurs liés au dépistage du cancer du col de l'utérus sont à la fois socioéconomiques et en rapport avec l'accès et le recours aux soins. Dans l'étude de *Duport* de 2008 sur les facteurs influençant la réalisation des dépistages chez les femmes, la réalisation du frottis serait plus fréquente chez les femmes vivant en zone urbaine. (25)

Toutefois, selon une étude menée en 2013, aucune caractéristique socio-démographique, notamment ni l'âge, ni la catégorie socio-professionnelle, était associée à la participation effective des femmes. (31)

IV.4. Les perspectives

IV.4.1. Place centrale du médecin généraliste

L'association entre la pratique du dépistage des cancers féminins et l'accès aux soins, et en particulier au médecin, a fait l'objet de plusieurs études françaises (40) (35) et internationales (41) en population générale. Toutes ont montré le rôle majeur du médecin dans l'augmentation de la pratique des dépistages des cancers et également dans l'amélioration des connaissances des patientes.

De nombreuses études mettent en avant le lien privilégié entre un médecin généraliste et sa patientèle. Ce lien semble contribuer à une meilleure adhésion au dépistage. En effet, 77% des patientes valoriseraient la confiance envers leur médecin généraliste en motivant leur participation au dépistage (42) (43).

Le médecin généraliste semble donc avoir une place centrale dans l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus, au même titre que pour les autres dépistages. Néanmoins il existe encore une part non négligeable de patiente estimant que le FCU est un examen réservé au spécialiste, puisque dans une étude menée en 2012 en Midi-Pyrénées, 42% des patientes pensaient que ce suivi n'était pas du ressort du médecin généraliste (44).

IV.4.2. Le promouvoir avec les autres dépistages

Une étude menée à partir des résultats de l'enquête décennale santé de 2003, a démontré qu'un des principal facteur favorisant la pratique d'un dépistage est le fait d'avoir réalisé un autre dépistage récemment. Ce facteur est directement en relation avec l'accès au médecin qui peut jouer un rôle majeur dans le maintien de l'information sur les dépistages et dans l'incitation au dépistage chez les patientes qui ne le font pas, comme évoqué précédemment. (25)

Une étude épidémiologique observationnelle a été menée en 2018 en Flandres pour rechercher une association entre la réalisation des différents tests de dépistage, à partir d'une base de données fournies par la CPAM pour 2296 patientes. Il en ressort en analyse multivariée, que la réalisation du FCU est significativement associée à la réalisation de la mammographie et du test immunologique fécal. (24)

Il semble donc important de promouvoir la réalisation des différents dépistages à chaque consultation, puisque la réalisation d'un premier dépistage entraînerait une augmentation de réalisation d'un deuxième.

IV.4.3. L'auto-prélèvement vaginal

Dans notre étude, 45% des patientes pensent que l'auto-test permettrait d'améliorer l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus, avec une tendance pour la tranche d'âge des 25-30 ans.

Si, sur la base des recommandations de la HAS, le cahier des charges du DOCCU intègre d'ores et déjà l'auto-prélèvement vaginal (APV) comme modalité de test, en particulier pour les femmes qui ne se font jamais dépister ou ne le font pas selon le rythme recommandé, le

référentiel de l'INCa permettant la mise en œuvre de cette modalité est encore en préparation et l'APV n'est donc pas déployé à l'exception de quelques territoires expérimentaux.

Effectivement, plusieurs études s'intéressent à l'alternative de l'auto-prélèvement vaginal pour augmenter le taux de couverture et atteindre l'objectif des 80%.

L'étude *START HPV* mise en place dans les Ardennes est la première expérimentation française de dépistage organisé par test HPV en dépistage primaire sur une base populationnelle. Les patientes n'ayant pas réalisé de frottis dans les 3 ans étaient invitées par courrier à effectuer un prélèvement cervico-utérin pour la réalisation d'un test HPV. A la seconde relance les femmes étaient randomisées entre une invitation à un auto-prélèvement ou à un FCU. Cette seconde relance avec auto-prélèvement semblait permettre une participation additionnelle significative. (45)

En 2012, un essai randomisé mené en Indre-et-Loire a prouvé qu'un envoi à domicile d'un kit d'APV était plus efficace qu'une lettre de relance pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes non dépistées. En effet, la participation était plus importante dans le groupe invité à réaliser un auto-prélèvement que dans le groupe invité à réaliser un FCU (22,5% contre 11,7%). (46)

Une autre étude menée à Marseille sur un échantillon de femmes âgées de 35 à 69 ans a montré des résultats similaires, prouvant que l'envoi d'un kit d'auto-prélèvement vaginal à domicile permettait d'augmenter de manière significative la participation au dépistage du cancer du col comparativement à une lettre d'invitation. (47)

Une étude randomisée a également été menée à Lille. Elle proposait aux patientes de 30 à 65 ans n'ayant pas réalisé leur frottis de réaliser un FCU classique, ou un auto-prélèvement vaginal avec test HPV (48). Une étude ancillaire de cette étude *PaCUDAHL-Gé* a été menée pour décrire l'expérience des femmes ayant fait un APV et il en ressort qu'effectivement les femmes refusant le FCU acceptaient mieux l'APV, en se sentant plus actrice de leur santé (49).

Enfin, la méta-analyse d'*Arbyn et al* portant sur 36 études a analysé l'efficacité de l'APV. Comparé au FCU, l'APV avec test HPV montre une sensibilité équivalente à celle d'un frottis ASCUS ou de bas grade, mais une spécificité légèrement diminuée pour la détection des lésions histologiques de haut grade. (50)

Finalement, la mise en place de l'auto-prélèvement à la recherche d'HPV dans les prochaines années semble être prometteuse pour améliorer la couverture du dépistage du cancer du col utérin (51).

IV.4.4. L'auto-prélèvement urinaire

On peut également s'intéresser à l'auto-prélèvement urinaire, qui émerge récemment.

Une étude prospective et multicentrique a été menée en Maine-et-Loire entre 2012 et 2013, pendant laquelle les femmes ont été invitées à réaliser un prélèvement urinaire pour évaluer une nouvelle méthode de dépistage du cancer du col. Cette étude montre l'adhésion plus facile au test HPV urinaire pour les femmes qui refusent le FCU. De plus, l'analyse urinaire semble pouvoir dépister des lésions cervicales de haut grade. (52)

Une méta analyse portant sur 14 études montre que cette approche est moins sensible que le FCU pour la détection des HPV haut risque dont les HPV 16 et 18. (53)

IV.4.5. La prévention primaire via la vaccination, le cas de l'Australie

En matière de lutte contre le cancer du col de l'utérus, l'Australie fait figure d'exemple. Dès 1991, le pays met en place un programme de dépistage. De plus, l'Australie est le premier pays à avoir financé publiquement un programme de vaccination, lancé en 2007, où la vaccination des filles et des garçons de 12-13 ans est recommandée. En 2016, le taux de filles et de garçons de 15 ans ayant eu le schéma vaccinal complet était de 78,6 et 72,9%. (54)

Une étude menée en 2018 a estimé que l'incidence annuelle normalisée selon l'âge du cancer du col de l'utérus diminuera à moins de quatre nouveaux cas pour 100 000 femmes d'ici 2028. (55)

Conclusion

Dans notre étude, seulement 15% des patientes interrogées déclaraient avoir reçu un courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans le cadre du PNDO. Sur cet effectif de 51 patientes, nous avons mis en évidence que 57% des patientes se déclaraient à jour de leur frottis après réception de ce courrier, dont 39% dans un délai inférieur ou égal à 6 mois.

En parallèle, les freins évoqués par les patientes à la réalisation du dépistage sont principalement la difficulté d'accessibilité, avant la peur de l'examen ou du résultat. Ce qui semble cohérent avec la densité de gynécologue, sage femmes et médecin généraliste de Corrèze. Le principal avantage évoqué est l'information et le rappel que permet le courrier.

Pour améliorer l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus, il semble primordial de promouvoir ce dernier, au même titre que les autres dépistages organisés. C'est en ce sens que les médecins généralistes occupent un rôle essentiel.

Enfin, il semblerait que l'auto-prélèvement soit une perspective très intéressante pour augmenter le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus. Des essais sur des territoires expérimentaux sont encore en cours, et permettraient peut-être une mise en place à l'échelle nationale prochainement.

Mais on peut également se demander si pour faire reculer le cancer du col de l'utérus il ne semble pas encore plus important de promouvoir la prévention primaire via la vaccination, qui a déjà montré ses bénéfices en Australie par exemple. Puisque selon une étude de 2013 faisant un état des lieux en Europe, dans des pays où le dépistage du cancer du col de l'utérus est organisé depuis plus de 20 ans, les taux de couverture n'atteignent au mieux qu'un taux de 70%. (56)

Références bibliographiques

1. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé Publique France. 2022 [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
2. Pan cancer 2014-2019. 2014 p. 152.
3. Duport N, Haguenoer K, Ancelle Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes » [Internet]. 2007 [cité 13 févr 2023] p. 32. (Institut de veille sanitaire). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-evaluation-epidemiologique-des-quatre-departements-pilotes>
4. Duport N, Beltzer N. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux. Expérimentation 2010-2014 [Internet]. Saint Maurice; 2016 [cité 13 févr 2023] p. 46. (Santé publique France). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-evaluation-du-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus-dans-les-quatre-departements-perenne>
5. Dépistage : objectif et conditions [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
6. Dupays S, Leost H, Le Guen Y. Le dépistage organisé des cancers en France. 2021 p. 231. Report No.: 059-R.
7. Plan cancer 2003-2007. 2003 p. 44.
8. Plan cancer 2009-2013. 2009 p. 140.
9. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 2021 p. 128.
10. INCa. Institut National du Cancer - Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. INCA. 2022 [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/>
11. Woronoff, Molinié, Trétarre. Mise en place du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. Bull Cancer (Paris). 2019;106(3):253.
12. HAS. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. Haute Aut Santé - Serv Éval Économique Santé Publique. 2019;36.
13. Rakotomahenina, Bonneau, Ramanah, Rouzier, Brun, Riethmuller. Epidémiologie, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. EMC - Gynécologie. 2016;11(1):1-12.
14. HAS. Vaccination contre les papillomavirus chez les garçons. Haute Aut Santé. 2019;6.
15. Dauplat, Grondin, Foulhy, Kaermmmerlen. Le dépistage du cancer du col de l'utérus, état des lieux et perspectives. Sages-Femmes. 2020;(2):26.

16. INCa. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique. Collection Outils pour la pratique; 2022.
17. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-930183,6775601,2324777,1847697&c=indicator&i=depistage_ccu.couverture_stand&s=2017-2019&selcodgeo=19&t=a01&view=map2
18. Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France 2010-2012. Bulletin Épidémiologique Hebd. 2014;228:13-5.
19. Beltzer N, Hamers F, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bulletin Épidémiologique Hebd. 2017;26(31):2-3.
20. Ackerson K, Gretebeck K. Factors influencing cancer screening practices of underserved women. J Am Acad Nurse Pract. nov 2007;19(11):591-601.
21. Chanson M. Le frottis cervico-utérin : qu'en savent les femmes? Analyse des connaissances sur les moyens de prévention du cancer cervico-utérin, de la participation au dépistage et de la perception de l'implication des médecins généralistes [Thèse d'exercice : médecine]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2019.
22. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. Santé Publique. 2015;27(2):213-20.
23. Mazet. Motifs de participation et de non participation au dépistage du cancer [Internet]. 2009 [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/motifs-participation-et-non-participation-au-depistage-cancer>
24. Lamirand M. La réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est-elle associée à la réalisation du dépistage du cancer du sein et colorectal chez les femmes de 50 à 65 ans ? [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Lille]: Université de Lille; 2018 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM109.pdf
25. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France? Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2008;56(5):303-13.
26. Audiger C. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : déterminants de recours et inégalités sociales. Le programme de Dépistage Organisé du cancer du col de l'utérus sur le site pilote du Val-de-Marne [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. Sorbonne Université; 2022 [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03924440>
27. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. juin 2008;17(3):218-24.

28. Prajapati N, Soler-Michel P, Vieira VM, Padilla CM. Role of mammography accessibility, deprivation and spatial effect in breast cancer screening participation in France: an observational ecological study. *Int J Health Geogr.* 24 déc 2022;21(1):21.
29. Unités urbaines – La France et ses territoires | Insee [Internet]. Insee. 2021 [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039853?sommaire=5040030>
30. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations – La France et ses territoires | Insee [Internet]. Insee. 2021 [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>
31. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publique.* 2013;25(3):255-62.
32. Nombre de gynécologues libéraux | L'Observatoire des Territoires [Internet]. Observatoires des territoires. 2020 [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/nombre-de-gynecologues-liberaux>
33. Professionnels de santé au 1er janvier 2022 | Insee [Internet]. Insee. 2022 [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
34. Makdessi-Raynaud Y. La prévention : perceptions et comportements - Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003. *Dir Rech Études Lévaluation Stat.* 2005;(385):7.
35. L'état de santé de la population en France - Rapport 2015. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2015;246-9.
36. Bowman JA, Redman S, Dickinson JA, Gibberd R, Sanson-Fisher RW. The accuracy of Pap smear utilization self-report: a methodological consideration in cervical screening research. *Health Serv Res.* 1991;26(1):97-107.
37. Guilbert P, Perreti-Watel P, Beck F. Baromètre Cancer 2005. 2006. 201 p. (Baromètre santé).
38. Calle EE, Flanders WD, Thun MJ, Martin LM. Demographic predictors of mammography and Pap smear screening in US women. *Am J Public Health.* janv 1993;83(1):53-60.
39. NHS. Cervical Screening Programme. England 2006-07. 2008;51.
40. Duport N, Ancelle-Park R. Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP.* juin 2006;15(3):219-24.
41. Cabeza E, Esteva M, Pujol A, Thomas V, Sánchez-Contador C. Social disparities in breast and cervical cancer preventive practices. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP.* août 2007;16(4):372-9.
42. Spilthooren N. Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural: freins, motivations et motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi [Thèse d'exercice : médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2018.
43. Chaffaux C. Suivi gynécologique des femmes en Picardie: quel médecin, sur quels critères ? : quelles représentations ont les femmes des connaissances de leur médecin

généraliste en matière de gynécologie ? [Picardie]: Université de Picardie Jules Verne; 2009.

44. Mazan S. Le suivi gynécologique en Midi-Pyrénées (médecin généraliste ou gynécologue ?) [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2012 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.mysciencework.com/publication/show/le-suivi-gyne%CC%81cologique-en-midipyre%CC%81ne%CC%81es-me%CC%81decin-ge%CC%81ne%CC%81raliste-ou-gyne%CC%81cologue-d7dd0e0b>
45. Dalstein V, Charlier B, Botokeky J. START-HPV : programme pilote de dépistage organisé des lésions précancéreuses du col utérin dans les Ardennes. Rev Francoph Lab. 2014;2(465):9.
46. Haguenoer K, Boyard J. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. Bulletin Épidémiologique Hebd. 2017;3(2):59-65.
47. Tamalet C, Halfon P, Retraite LL, Grob A, Leandri FX, Heid P, et al. Genotyping and follow-up of HR-HPV types detected by self-sampling in women from low socioeconomic groups not participating in regular cervical cancer screening in France. J Clin Virol Off Publ Pan Am Soc Clin Virol. mai 2016;78:102-7.
48. University Hospital, Lille. Participation in Screening for Cervical Cancer: Interest of a Human Papillomavirus (HPV) Self-sampling Device Provided by the General Practitioner; a Cluster Randomized Clinical Trial [Internet]. clinicaltrials.gov; 2021 oct [cité 17 févr 2023]. Report No.: NCT02749110. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02749110>
49. Decaudin P. Expérience sensible des femmes non dépistées par frottis cervico-utérin ayant réalisé un test-HPV sur un échantillon vaginal auto-prélevé à l'aide d'un dispositif remis par leur médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Lille]: Université de Lille; 2021 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM095.pdf
50. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. Lancet Oncol. févr 2014;15(2):172-83.
51. Bertucci, Dambroise, Satger, Boule. Auto-prélèvement avec test HPV : une nouvelle alternative pour améliorer l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus ? Rev Francoph Lab. 2018;(503):50.
52. Ducancelle A, Pivert A. Le test HPV urinaire proposé comme alternative au frottis cervico-utérin : étude pilote dans le département du Maine-et-Loire. Rev Francoph Lab. 2014;2(465):9.
53. Pathak N, Dodds J, Zamora J, Khan K. Accuracy of urinary human papillomavirus testing for presence of cervical HPV: systematic review and meta-analysis. BMJ. 16 sept 2014;349:g5264.
54. Catalifaud. Cancer du col de l'utérus : bientôt une maladie rare en Australie, selon des estimations. Quotid Médecin [Internet]. 2018 [cité 20 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/cancer-du-col-de-luterus-bientot-une-maladie-rare-en-australie-selon-des-estimations>

55. Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health*. 1 janv 2019;4(1):e19-27.
56. Garnier A, Brindel P. Les programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Europe : état des lieux en 2013. *Bulletin Épidémiologique Hebd*. 2014;222(7):13-5.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire adressé aux patientes	67
Annexe 2. Invitation type pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	68

Annexe 1. Questionnaire adressé aux patientes

QUESTIONNAIRE

Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans en Corrèze

1- Quelle est votre tranche d'âge ?

- 25-30 ans 31-45 ans 46-65 ans

2- Quel est votre lieu de vie ?

- Rural Semi Rural Urbain

3- Avez-vous un suivi annuel par un gynécologue ou une sage-femme ?

- Oui Non

4- Avez-vous subi une hystérectomie (ablation de l'utérus) ? Ou avez-vous été diagnostiqué d'un cancer du col de l'utérus ?

- Oui Non

Si oui, le questionnaire s'arrête là, merci pour votre collaboration. Vous pouvez quand même remettre le questionnaire dans l'urne à votre disposition. Merci

5- Avez-vous réalisé un frottis de dépistage durant les 3 dernières années ?

- Oui Non

6- Depuis l'été 2020, avez-vous reçu un courrier du centre de dépistage vous incitant à réaliser votre frottis ?

- Oui Non

Si non, répondez aux questions 10, 11 et 12 directement.

Si oui,

7- Qu'avez-vous fait de ce courrier ?

- Vous l'avez jeté Vous l'avez ignoré
 Vous avez reporté ça à plus tard Vous vous êtes rendues chez votre médecin

8- Dans quel délai avez-vous ou allez-vous réaliser ce frottis à la suite de la réception du courrier ?

- Directement après 1-3 mois 3-6 mois
 6 mois-1 an Plus tard

9- Aujourd'hui, après réception du courrier, êtes-vous à jour dans la réalisation de votre frottis ?

- Oui Non

10- Quels avantages percevez-vous au dépistage organisé avec invitation à la réalisation de votre frottis de dépistage ? Plusieurs réponses possibles

- Information/Rappel : moins d'oubli Prise en charge à 100%
 Elargissement des personnes habilitées à prélever (Sage-femme, médecin traitant, médecin biologiste, gynécologue)

11- Quels freins voyez-vous à la réalisation de votre frottis de dépistage ? Plusieurs réponses possibles

- Financier Accessibilité (rendez-vous difficile)
 Appréhension du résultat Peur de l'examen

12- Pensez-vous que vous seriez plus à jour dans la réalisation de votre frottis s'il vous était possible de réaliser un auto-prélèvement ?

- Oui Non

Merci pour votre collaboration et le temps accordé. Vous pouvez remettre le questionnaire dans l'urne à votre disposition.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Le frottis cervico utérin dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans en Corrèze

Introduction : Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique majeur. Il entraîne en France 3000 nouveaux cas et 1100 décès par an. Il existe un test de dépistage fiable permettant une diminution de la mortalité et de l'incidence. Un programme national de dépistage organisé (PNDO) a été mis en place depuis 2018. Mais le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus n'atteint pas encore les objectifs nationaux. Le but de cette étude était d'étudier l'impact du passage au dépistage organisé en Corrèze.

Méthode : Etude quantitative, observationnelle, descriptive par diffusion de questionnaire auprès des femmes de 25 à 65 ans se rendant chez leur médecin généraliste entre février et juin 2022.

Résultats : Nous avons analysé 337 questionnaires. 83% (n=337) des patientes se déclaraient à jour dans la réalisation de leur dépistage. 15% (n=337) des patientes avaient reçu le courrier d'invitation du PNDO. Parmi elles, 57% (n=51) des patientes réalisaient leur frottis suite à la réception du courrier, et 39% (n=51) dans les 6 mois.

L'avantage le plus cité (83%) était l'apport d'information et de rappel du courrier. Le principal frein à la réalisation du dépistage (50%) était le manque d'accessibilité.

Conclusion : Notre étude révèle un impact positif du courrier d'invitation du PNDO du cancer du col de l'utérus dans la population étudiée. Mais le taux de couverture reste encore insuffisant. C'est pourquoi il semble primordial de promouvoir la réalisation de ce dépistage. Dans l'attente d'une mise en place à l'échelle nationale d'un auto-prélèvement, qui permettrait peut-être d'augmenter le taux de couverture.

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus, frottis cervico utérin, dépistage organisé, prévention, médecine générale

The cervical cytology as part of organized cervical cancer screening for women aged 25 to 65 in Corrèze

Introduction : Cervical cancer is a major public health problem. It is responsible in France for 3000 new cases and 1100 deaths per year. There is a reliable screening test that reduces mortality and incidence. A national organized screening program has been in place since 2018. But cervical cancer screening coverage rate still falls short of national targets. The objective of this study was to study the impact of the transition to organized screening in Corrèze.

Method : Quantitative, observational, descriptive study by distributing questionnaires to women aged 25 to 65 years going to their general practitioner between February and June 2022.

Result : We analyzed 337 questionnaires. 83% (n=337) of patients declared being up to date in the realization of their screening. 15% (n=337) of patients had received the invitation letter of screening program. Among them, 57% (n=51) of patients did their cervical cytology after receiving the letter, and 39% (n=51) during the 6 months.

The most cited advantage (83%) was the contribution of information and reminder of the letter. The main obstacle (50%) to conducting screening was the difficulty of accessibility.

Conclusion : Our study reveals a positive impact of invitation letter of screening program in the study population. But the coverage rate is still insufficient. This is why it seems essential to promote the realization of this screening. Waiting nationwide implementation of a self-sample, which might increase the coverage rate.

Keywords : Cervical cancer, cervical cytology, organized screening, prevention, general medicine

