

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2014 – 2015

**DÉPISTAGE DU CANCER DU COL CHEZ LES FEMMES DE MOINS DE 25 ANS ?  
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS ALSACIENS.**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU  
PAR

BELTZUNG JULIE

Née le 21 décembre 1991 à Mulhouse

Directeur de mémoire : Docteur Jacques Machu

## **REMERCIEMENTS**

À Madame Anita Basso, pour ses nombreuses relectures et encouragements tout au long de l'élaboration de ce travail.

Au Docteur Jacques Machu, pour sa disponibilité et son implication dans ce travail.

À l'ensemble des sages-femmes et gynécologues ayant répondu au questionnaire.

À toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

# **SOMMAIRE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>11</b>
1.	Réalisation d'un questionnaire .....	12
1.1	Population étudiée.....	12
1.2	Procédure .....	13
1.3	Analyse statistique des résultats .....	14
2.	Revue de la littérature .....	15
<b>III.</b>	<b>RÉSULTAS .....</b>	<b>18</b>
1.	Population étudiée .....	19
2.	Pratique du dépistage du cancer du col utérin avant 25 ans chez les gynécologues et sages-femmes d'Alsace. ....	21
2.1	Statistiques descriptives par question .....	21
2.2	Statistiques comparatives en fonction des caractéristiques des professionnels. ....	25
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>27</b>
1.	Arguments des professionnels effectuant des frottis cervico-utérins avant l'âge de 25 ans .	29
1.1	Les facteurs de risque de développer l'infection HPV .....	29
1.2	Epidémiologie de l'infection HPV .....	30
1.3	Les facteurs de risque de développer des lésions cervicales puis un cancer du col de l'utérus .....	30

2.	Les arguments des professionnels en faveur du respect des recommandations. ....	33
2.1	Incidence du cancer du col et régression des lésions précancéreuses chez la femme de moins de 25 ans. ....	33
2.2	Evaluation de l'efficacité du dépistage du cancer du col avant 25 ans.....	35
2.3	Conséquences néfastes d'un sur-dépistage. ....	36
3.	Caractéristiques des professionnels selon leur pratique du dépistage du cancer du col avant 25 ans. ....	38
4.	Analyse critique de notre étude.....	40
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>42</b>
<b>VII.</b>	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>45</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>50</b>
	ANNEXE I : Questionnaire	
	ANNEXE II: Fiche explicative	
	ANNEXE III : Grille de lecture standardisée pour la lecture critique d'articles	

# I. INTRODUCTION

En France, le cancer du col de l'utérus est le 12<sup>e</sup> cancer chez la femme par sa fréquence avec 3028 nouveaux cas en 2012. Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 6,7 pour 100 000 femmes. Le cancer du col utérin est au 13<sup>e</sup> rang des décès par cancer chez la femme avec 1102 décès en 2012.

Le taux de mortalité standardisé à la population mondiale est estimé à 1,8 pour 100 000 femmes (1). La fréquence et la mortalité du cancer du col utérin dépendent de l'âge. L'incidence atteint un pic entre 40 et 50 ans puis diminue contrairement à la mortalité qui augmente avec l'âge (Tableau I).

**Tableau I : Incidence et mortalité estimées (effectifs et taux spécifiques) du cancer du col de l'utérus en France métropolitaine chez la femme en 2012, selon l'âge.**

Classe d'âge	00 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - ++
<b>Nb nouveaux cas - Femme</b>	0	1	9	54	172	298	429	440	359	286	235	175	126	137	136	111	51	9
<b>Nb décès - Femme</b>	0	0	0	3	12	33	69	106	126	115	101	79	65	78	100	114	78	23
<b>Tx incidence* spécifique - Femme</b>	0	0.1	0.5	2.7	8.6	14.8	19.4	19.7	16.6	13.6	11.2	10.5	10	10.8	11.6	13.1	12.4	8.1
<b>Tx mortalité* spécifique - Femme</b>	0	0	0	0.2	0.6	1.6	3.1	4.8	5.8	5.5	4.8	4.7	5.1	6.2	8.6	13.5	19	20.6

\* : taux standardisés monde pour 100 000 personnes-années

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012.

Traitement : INCa 2013

Malgré la diminution entre 1980 et 2012 de l'incidence et de la mortalité du cancer du col utérin, ce dernier reste une préoccupation majeure de santé publique. En effet, le cancer du col est l'objet de plusieurs actions du plan cancer 2014-2019 notamment dans le domaine de la prévention (2).

L'infection par un papillomavirus humain (HPV) est la principale cause du cancer du col utérin. L'HPV se transmet essentiellement par voie sexuelle. Cette infection est nécessaire pour que le cancer apparaisse, mais n'est pas suffisante. En effet, l'infection par HPV est dans la plupart des

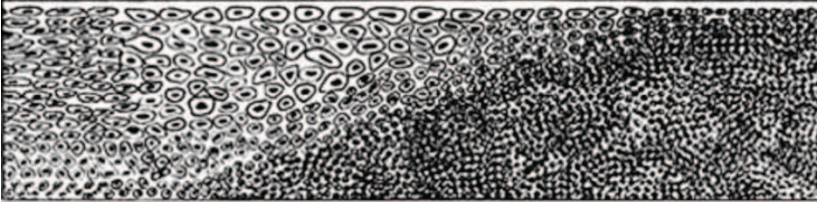
cas bénigne et guérit spontanément. Elle peut au contraire persister et évoluer vers une lésion précancéreuse puis maligne (3).

Les autres facteurs de risque admis du cancer du col sont le tabagisme, la contraception oestroprogestative, les premiers rapports sexuels précoces, les partenaires nombreux, la multiparité et le portage d'autres maladies sexuellement transmissibles (4).

Les lésions précancéreuses ou dysplasies correspondent à des modifications des cellules de l'épithélium du col de l'utérus. La gravité des dysplasies est établie selon les anomalies cellulaires et les anomalies architecturales modifiant l'épithélium de la profondeur à la superficie. On distingue ainsi la dysplasie légère, moyenne, sévère. La classification histologique de Richart utilise le terme de néoplasie cervicale intra épithéliale (CIN). La classification cytologique de Bethesda regroupe les anomalies en lésion intra épithéliale de bas-grade (LSIL) et lésion intra épithéliale de haut grade (HSIL) (3). La Figure 1 illustre l'évolution des dysplasies et la correspondance entre les différentes classifications.

**Figure 1 : Correspondance des classifications des dysplasies cervicales.**

	LESION INTRAEPITHELIALE BAS-GRADE		LESION INTRAEPITHELIALE HAUT-GRADE		
	CONDYLOME	C.I.N. GRADE 1	C.I.N. GRADE 2	C.I.N. GRADE 3	
NORMAL	DYSPLASIE LEGERE		D. MODEREE	D. SEVERE	C.I.S.
CLASSE I	III				IV V

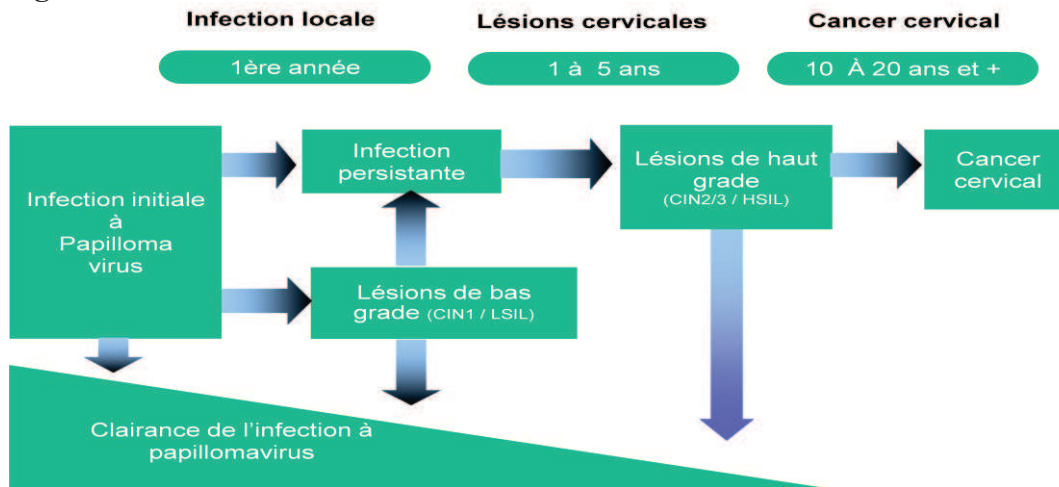


The image below the table shows a histological section of the cervix. On the left, there is normal stratified squamous epithelium with a clear basal layer and maturation towards the surface. As one moves to the right, the epithelium becomes increasingly disorganized, with loss of polarity and increasing nuclear atypia, representing the progression from low-grade dysplasia to high-grade dysplasia and eventually to invasive carcinoma.

L'évolution des dysplasies cervicales est connue, ainsi le dépistage de ces lésions permet une prise en charge précoce et évite l'apparition de cancer. Le délai de progression généralement long des lésions pré-invasives permet d'envisager une répétition des examens de dépistage à des intervalles suffisamment espacés. En effet, on compte environ 10 ans entre un col normal et un cancer in situ (3) (Figure 2).



**Figure 2 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus.**



Source : Zur Hausen et al. 2002

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour faire l'objet d'un programme de dépistage, une maladie doit remplir les critères suivants : elle doit avoir de graves répercussions sur la santé publique ; il doit exister un stade infraclinique (asymptomatique) décelable ; le test de dépistage doit être simple, non invasif, sensible, spécifique, bon marché et facilement accepté par le public cible ; le traitement du stade infraclinique doit favorablement influencer le cours et le pronostic de la maladie à long terme ; il faut que toutes les personnes, dont le test de dépistage est positif, aient accès aux examens complémentaires et aux traitements nécessaires (5). Le cancer du col répond à l'ensemble des critères.

Le frottis cervico-utérin est l'examen de référence pour le dépistage précoce des dysplasies cervicales. Le principe de cet examen est d'analyser les cellules prélevées au niveau de la zone de jonction épithelio-malpighienne (4).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la réalisation d'un frottis cervico-utérin à un rythme triennal (après deux frottis cervico-utérins normaux réalisés à un an d'intervalle) entre 25 et 65 ans (6). Cette recommandation s'appuie sur le consensus de Lille de 1990. En 1993, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) préféra recommander un dépistage entre 20 et 65 ans. Enfin, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) revint à 25 ans en 1998 (7).

L'âge du début du dépistage fait l'objet de nombreux débats chez les professionnels effectuant le dépistage du cancer du col. De plus, nous avons pu constater lors de stages que certains professionnels effectuent des frottis cervicaux utérins avant 25 ans.

Au niveau mondial, il n'existe pas de consensus concernant l'âge du début du dépistage. Il est recommandé de débuter le dépistage à 21 ans aux Etats Unis et en Suisse (ou un an après les premiers rapports) (8). A l'opposé, les Pays-Bas et la Finlande dépistent uniquement à partir de 30 ans (9). En Angleterre comme en France, l'âge de début du dépistage est fixé à 25 ans (10)(11). Selon le guide pour la lutte contre le cancer du col de l'OMS, les programmes de dépistage ne doivent pas intégrer les femmes de moins de 25 ans dans leur population cible (5).

Le guide qualité européen du frottis cervico-utérin ne tranche pas sur un âge précis. Il est recommandé, selon ce guide de débuter le dépistage entre 20 et 30 ans. Le guide précise tout de même qu'il est préférable de ne pas débuter avant 25 ou 30 ans (12). En Europe, l'âge du début du dépistage varie de 20 à 30 ans (tableau II).

**Tableau II : Âge du début du dépistage organisé en Europe.**

<b>Pays</b>	<b>Âge de début du dépistage (ans)</b>	<b>Remarques</b>
Islande	20	Diminution de 25 à 20 ans en 1988
Danemark	23	
Suède	23	
Hongrie	25	
Irlande	25	
Luxembourg	25	
Grande-Bretagne	25	(20) 25 ans
Finlande	30	(25)
Pays-Bas	30	
Estonie	30	

D'après Anttila et al(11)

Depuis la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009, l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter le suivi gynécologique de prévention, ce qui renforce le rôle de la sage-femme dans le dépistage du cancer du col utérin. En effet, la sage-femme n'effectue plus uniquement des frottis en début de grossesse, mais tout au long de la vie gynécologique de la femme (13).

En Alsace, le dépistage du cancer du col est organisé par l'association EVE (14). Les professionnels de santé y exerçant sont donc particulièrement sensibilisés au dépistage du cancer du col utérin. Dans le Bas-Rhin, en 2011 le taux d'incidence du cancer du col était de moins de 5 pour 100 000 femmes. Entre 2009 et 2011, ce taux était de 6 pour 100 000 dans le Haut-Rhin. Il n'existe néanmoins pas d'étude ou de données précises concernant les frottis avant 25 ans, attestant du décalage entre les recommandations et la pratique.

Nous avons voulu interroger les professionnels de santé alsaciens impliqués dans le dépistage du cancer du col pour répondre aux questions suivantes : Existe-t-il un décalage entre les recommandations et la pratique concernant l'âge du début du dépistage du cancer du col ? Quelles en sont les raisons principales ?

Le but de notre travail est de mettre en évidence et de comprendre la pratique du frottis cervico-utérin avant 25 ans. L'analyse de la littérature nous permettra de discuter de l'intérêt du frottis cervico-utérin avant 25 ans.

# **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

## 1. Réalisation d'un questionnaire

Pour répondre à notre problématique, nous avons élaboré un questionnaire (annexe I). La première partie du questionnaire comprenait les renseignements généraux du professionnel (âge, sexe, profession et mode d'exercice). La seconde partie du questionnaire permettait de vérifier que le professionnel effectue régulièrement des frottis de dépistage et qu'il connaît les recommandations de l'HAS.

Le questionnaire était accompagné d'un texte explicatif (annexe II) au recto, expliquant aux participants le but de notre recherche.

Les dernières questions permettaient de répondre à notre problématique et aux hypothèses concernant les raisons qui poussent les professionnels à effectuer ou non des frottis avant 25 ans. Ces hypothèses ont été élaborées à partir de discussions avec les professionnels ainsi que par la lecture d'articles scientifiques.

Les questions 4 et 5 étaient uniquement destinées aux participants effectuant des frottis avant 25 ans. Au contraire la question 6 s'adressait aux professionnels qui respectent les recommandations. Les questions 5 et 6 étaient semi-ouvertes ; les professionnels avaient la possibilité de s'exprimer grâce à l'item « autre ».

### 1.1 Population étudiée

La population source était composée de l'ensemble des gynécologues et sages-femmes d'Alsace. Nous avons choisi de nous limiter à la région Alsace pour des raisons pratiques et financières. Les médecins généralistes, aussi acteurs de la prévention du cancer du col n'ont pas été inclus à l'étude pour les mêmes raisons. Seuls les professionnels effectuant régulièrement des frottis de dépistage étaient interrogés.

L'ensemble des professionnels libéraux et de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) a été interrogé ainsi que les professionnels travaillant dans les maternités publiques d'Alsace.

Les professionnels composant l'échantillon étaient donc les gynécologues et sages-femmes d'Alsace exerçant dans les structures concernées, correspondant au critère d'inclusion et répondant au questionnaire.

## 1.2 Procédure

La diffusion et la récolte des données se sont déroulées durant les mois d'août à décembre 2014. Le questionnaire a été transmis aux professionnels de façon différente selon leur mode d'exercice et leur profession. Les moyens de transmissions étaient le courrier postal, l'envoi d'e-mails et le recours à une personne référente.

### - Diffusion par courrier postal :

Pour les gynécologues libéraux et les sages-femmes libérales dont nous ne disposions pas de l'adresse e-mail.

Une enveloppe pré-timbrée et pré-remplie était jointe au courrier, permettant aux professionnels de répondre facilement. La liste des gynécologues libéraux ainsi que leurs adresses ont été trouvées sur le site internet du Conseil de l'Ordre des médecins. Pour les sages-femmes libérales, nous avons utilisé la liste des sages-femmes du site internet des sages-femmes libérales d'Alsace. Les courriers ont été envoyés simultanément et les professionnels disposaient d'un mois pour répondre.

### - Diffusion par e-mail :

Pour le restant des sages-femmes libérales et les professionnels de PMI.

Les adresses e-mails des professionnels de PMI sont fournies par l'école de sage-femme. Les professionnels ont reçu un e-mail contenant un lien vers un questionnaire en ligne. Celui-ci a été réalisé grâce à l'application gratuite « google docs », il est similaire en tous points au questionnaire en version papier. L'e-mail ne précisait pas de date limite de réponse, un e-mail de relance a été envoyé au bout de deux semaines

- Recours à une personne référente :

Pour les professionnels hospitaliers travaillant dans les maternités suivantes : Hasenrain Mulhouse, Le Parc Colmar, Sélestat, Haguenau, Saverne et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Une personne référente par centre (chef de service, gynécologue de l'association EVE, sage-femme cadre, gynécologue du centre, aide-soignante de consultation,...) était chargée de distribuer et de récolter les questionnaires auprès des gynécologues et des sages-femmes concernés de l'établissement.

Pour les sages-femmes libérales, nous avons uniquement contacté les sages-femmes effectuant des consultations de grossesse et/ou du suivi gynécologique. Nous avons supposé que ces sages-femmes pratiquent régulièrement des frottis cervico-utérin contrairement à leurs collègues qui n'effectuent pas de consultations.

### 1.3 Analyse statistique des résultats

Pour analyser nos résultats, nous avons créé une base de données avec le logiciel Microsoft Excel. Nous avons numéroté tous les questionnaires que nous avons reçu, puis nous avons retranscrit les résultats de chaque question. Les résultats ont été retranscrits avec un système de cotation des réponses à l'aide d'un chiffre entre 0 à 4 en fonction du nombre de réponses possibles. Nous avons ensuite établi des statistiques descriptives à l'aide des différentes fonctions du logiciel. Pour comparer les résultats en fonction des caractéristiques des professionnels, nous avons utilisé le test du « khi deux ».

## 2. Revue de la littérature

Pour construire notre questionnaire puis confronter nos résultats à la littérature existante sur le sujet, nous avons réalisé une revue de la littérature. Nous avons utilisé les bases de données suivantes : PubMed Medline, BDSP (banque de données en santé publique) et SUDOC par le système de documentation de l'Université de Strasbourg, ainsi que le moteur de recherche Google Scholar.

Le moteur de recherche Google Scholar nous a permis de trouver les différents documents importants sur le sujet (recommandations, guides, données épidémiologiques,...).

Nos recherches avec la base de données PubMed Medline associaient les mots clés suivant :

- Dépistage avant 25 ans : [Uterine Cervical Neoplasms] AND ([Age factors] OR [Young adults] OR [Adolescents]) AND [Early detection of cancer]
- Histoire cytologique : [Uterine Cervical Neoplasms] AND [Cervical Intraepithelial Neoplasia] AND [Papillomavirus Infections] AND [Age Factors]
- Recommandations : ([Early Detection of Cancer/standards] OR [Mass Screening/standards]) AND [Uterine Cervical Neoplasms]
- Risques liés à la sexualité : [Sexual Behavior] AND [Uterine Cervical Neoplasms] AND [Papillomavirus infections]
- Impact psychologique : [Papillomavirus Infections] AND [Uterine Cervical Neoplasms] AND ([Stress, Psychological] OR [Anxiety])
- Conséquences obstétricales : [Conization/adverse effects] AND [Premature Birth]

Nous avons utilisé la BDSP avec les mots clés suivant: [Recommandation] ET [sociologie sante]

Les différents mots clés ont été utilisés, associés entre eux, afin de rendre notre recherche la plus pertinente possible.

Pour affiner notre recherche, nous nous sommes limités aux articles en français ou en anglais, publiés au maximum les dix dernières années et dont nous avons accès en intégralité. Nous



avons aussi pris en compte la réputation de la revue de publication et l'intérêt des résultats pour notre étude.

Nous avons ensuite réalisé une lecture critique de chaque article, afin d'utiliser uniquement les résultats d'articles ayant une méthodologie rigoureuse et des résultats fiables. Pour effectuer une lecture critique d'articles pertinente nous avons utilisé la grille de lecture d'article médical disponible sur le site de la faculté de Médecine de Strasbourg (Annexe III).

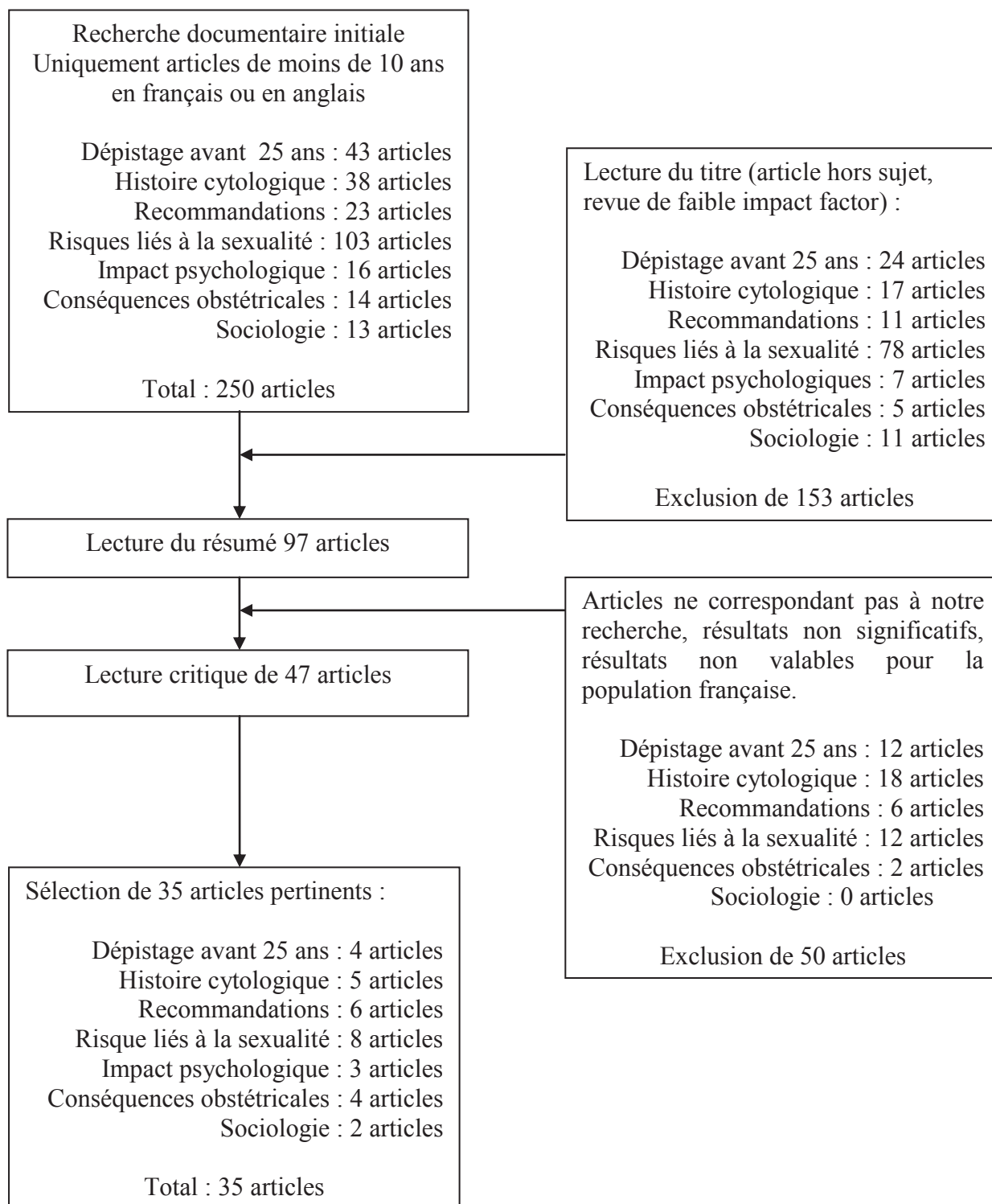
La méthodologie de notre recherche documentaire est présentée par la figure 3.

D'autres articles utilisés dans notre travail ont été sélectionnés à partir des bibliographies des principales publications et auteurs sur le sujet.

Nous avons effectué une veille littéraire sur le sujet tout au long de l'élaboration de notre mémoire.

Notre bibliographie a été éditée avec le logiciel « Zotero » en mode Vancouver

**Figure 3 : Organigramme de sélection des études**



# **III. RÉSULTATS**

## 1. Population étudiée

Au total 304 questionnaires ont été distribués aux gynécologues et sages-femmes d'Alsace. Nous avons eu 192 retours soit un taux de réponse de 63%.

Parmi eux 19 sages-femmes ont été exclues de l'étude, car elles n'effectuent pas régulièrement de frottis cervico-utérin ainsi qu'un médecin généraliste car il ne correspond pas à la population étudiée, 172 questionnaires ont donc été étudiés.

Les professionnels hospitaliers, ayant reçu les questionnaires via une personne référente ont un taux de réponse de 70 %. A l'inverse, les professionnels de PMI et la méthode de distributions par e-mail ont respectivement un taux de réponse 39% et 44% (Tableaux III et IV).

**Tableau III : Taux de réponses (en pourcentage) en fonction du mode d'exercice**

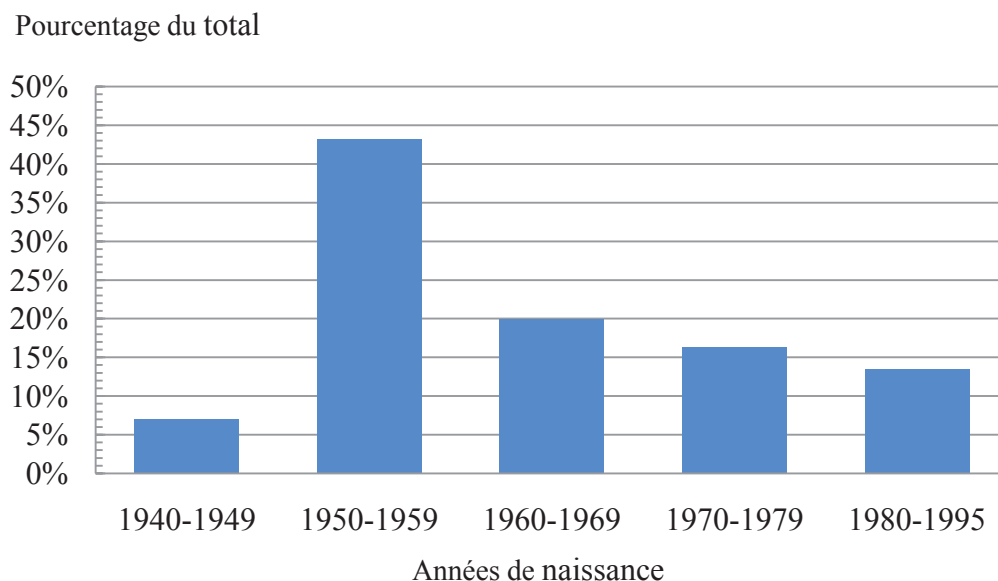
	questionnaires distribués	réponses récoltées	taux de réponses
Libéraux	184	115	63%
Hospitaliers	97	68	70%
PMI	23	9	39%
Total	304	192	63%

**Tableau IV : Taux de réponses (en pourcentage) en fonction de la méthode de distribution**

	questionnaires distribués	réponses récoltées	taux de réponses
Courriers postaux	155	101	65%
E-mail	52	23	44%
Personne référente	97	68	70%
Total	304	192	63%

L'âge moyen des professionnels ayant répondu au questionnaire est de 56 ans avec des extrêmes de 24 et 73 ans (Figure 4).

**Figure 4 : Répartition des professionnels étudiés selon leur année de naissance.**



Les professionnels étudiés sont majoritairement de sexe féminin (66%), Gynécologues (77%) et exerçant en libéral (57%). Les caractéristiques des professionnels étudiés sont présentées dans le tableau V.

**Tableau V : Caractéristiques des professionnels étudiés**

	n=172	
	%	n
<b>Sexe</b>		
Féminin	66%	113
Masculin	34%	59
<b>Profession</b>		
Gynécologue	77%	132
Sage-femme	23%	40
<b>Mode d'exercice</b>		
Hôpital	40%	68
Libéral	57%	99
PMI	3%	5

## 2. Pratique du dépistage du cancer du col utérin avant 25 ans chez les gynécologues et sages-femmes d'Alsace.

### 2.1 Statistiques descriptives par question

#### **Question 1** : « Pratiquez-vous régulièrement des frottis de dépistage du cancer du col ? »

Cette question a permis de vérifier que les professionnels interrogés correspondaient bien à la population étudiée.

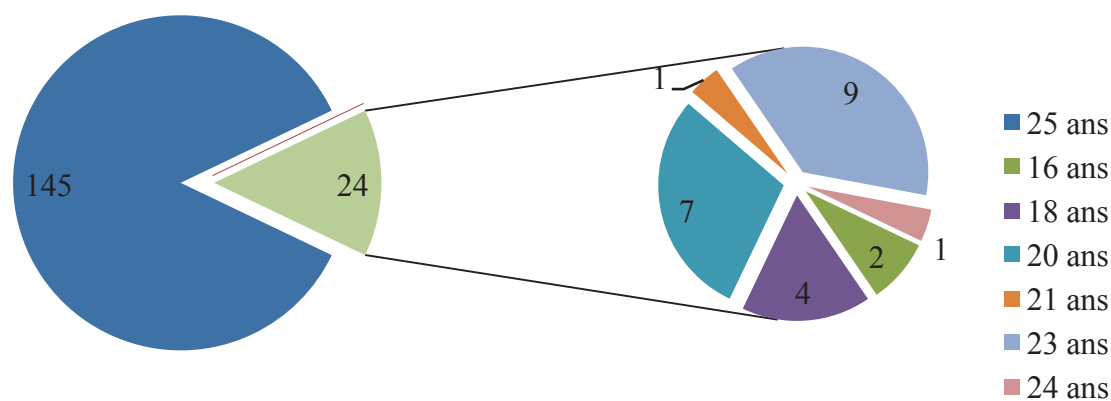
Parmi les 192 professionnels ayant répondu au questionnaire, 19 professionnels ont répondu « non » à cette question et ont donc été exclus de l'étude.

#### **Question 2** : « Connaissez-vous les recommandations de l'HAS concernant l'âge de début du dépistage ? Si oui quel est cet âge ? »

Trois professionnels n'ont pas répondu à cette question. L'ensemble des praticiens ayant répondu estimait connaître les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

24 professionnels (soit 14%) ont donné un âge de début du dépistage erroné (Figure 4). Les réponses fausses allaient de 16 à 24 ans.

**Figure 5** : Âge du début du dépistage du cancer du col selon les professionnels Alsaciens.  
Nombre de réponses par âge.



**Question 3 : « Vous arrive-t-il d'effectuer des frottis de dépistage avant cet âge là ? »**

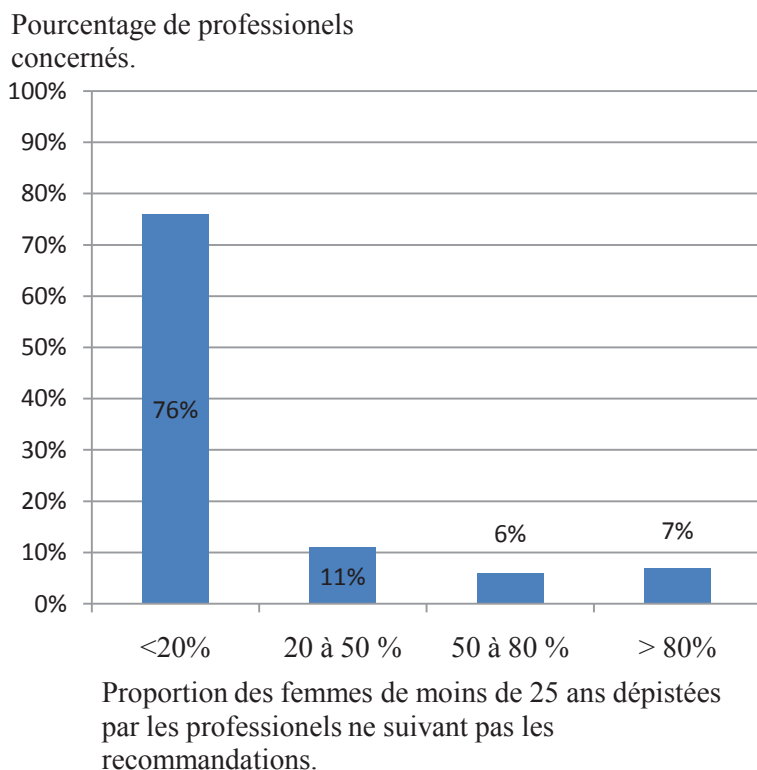
Huit professionnels ayant donné une réponse fautive à la question précédente ont ensuite répondu qu'ils n'effectuent pas de frottis cervico-utérin avant cet âge là. La réponse de ces professionnels n'a donc pas été prise en compte pour cette question. En effet, on ne sait pas si les participants effectuent ou non des frottis entre l'âge qu'ils ont indiqué et 25 ans.

134 professionnels sur 164 effectuent des frottis cervico-utérin avant 25 ans, soit 82 %.

**Question 4 : « Si oui, pour quelle proportion des femmes de cet âge là effectuez-vous un frottis de dépistage ? - < 20% - 20 à 50% - 50 à 80 % - > 80% »**

Parmi les professionnels ne suivant pas les recommandations, 76% effectuent des frottis cervico-utérin à moins de 20 % de leurs patientes de moins de 25 ans. 11% en font bénéficier à 20 à 50% des patientes, 6 % de 50 à 80% des patientes et 7 % à plus de 80% des patientes (Figure 6).

**Figure 6 : Pratique du dépistage du cancer du col par les professionnels alsaciens**

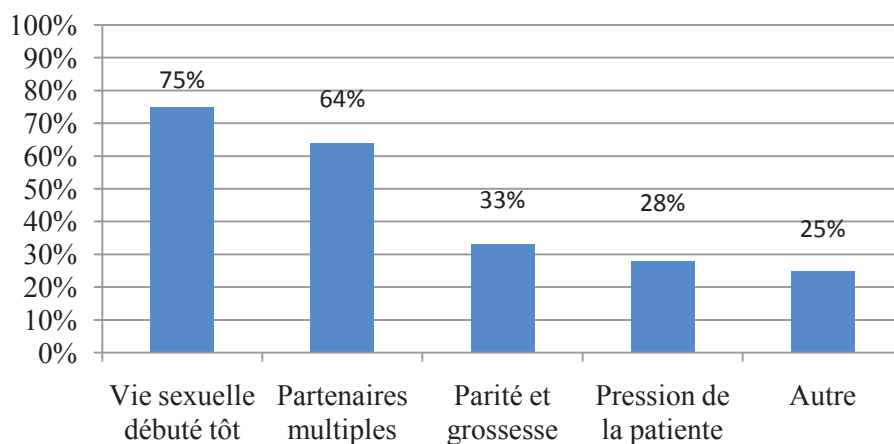


**Question 5 : « Si oui, pour quelle(s) raisons ?**

- Pression de la part de la patiente
- Patiente ayant débuté tôt sa vie sexuelle
- Patiente avec partenaires multiples
- Patiente ayant déjà une grossesse ou enceinte
- Autre. Précisez »

Les résultats de cette question sont présentés par la figure 7.

**Figure 7 : Arguments des professionnels effectuant des frottis de dépistage du cancer du col avant 25 ans.**



Les professionnels ayant répondu « autre », ont avancé les arguments suivants (par ordre de fréquence) :

- Anomalies cliniques cervico-vaginales (aspect du col, métrorragies après rapports ou d'étiologie inexpliqué, condylomes) : 13 professionnels
- Patiente ayant un antécédent de frottis pathologique : 6 professionnels
- Patiente ayant déjà eu un frottis de dépistage chez un confrère ou adressé par son médecin traitant : 6 professionnels
- Patiente avec des facteurs de risque de cancer du col (antécédents familiaux, tabac, infections sexuellement transmissibles) : 4 professionnels
- Expérience du professionnel de lésions ou de cancer du col avant 25 ans : 3 professionnels
- Peur du professionnel de perdre de vue la patiente : 2 professionnels
- Patiente non vaccinée : 2 professionnels



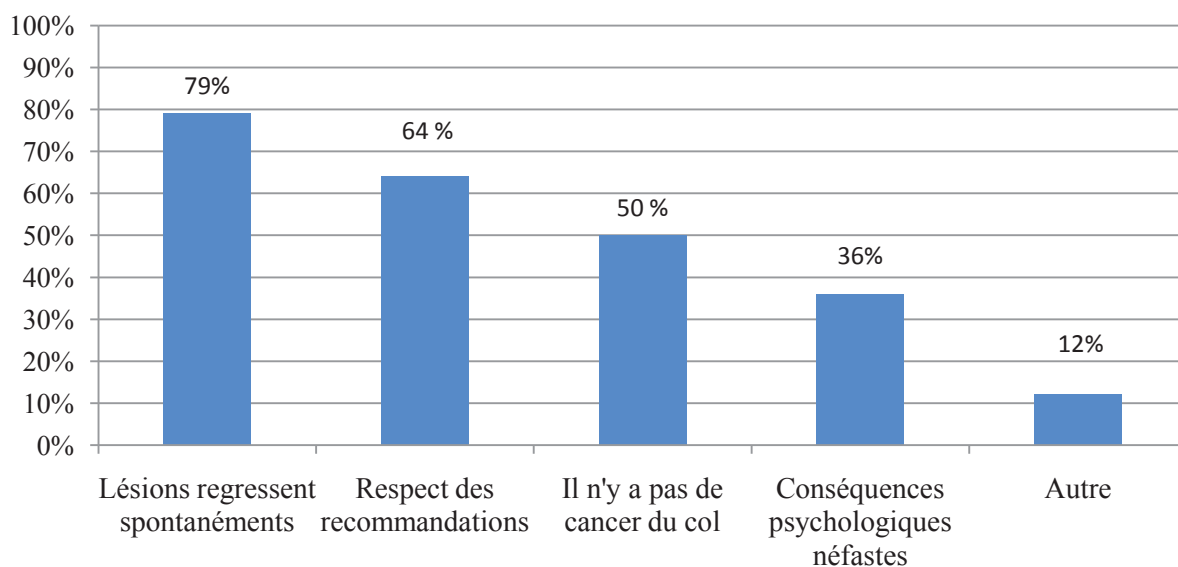
**Question 6 : « Si non, pour quelle(s) raisons ?**

- Il n'y a pas de cancer du col avant cet âge là
- Les recommandations doivent être respectées
- Les lésions régressent spontanément à cet âge là
- Conséquences psychologiques néfastes
- Autre. Précisez »

Certains professionnels ont répondu à cette question alors qu'ils effectuent des frottis cervico-utérin avant 25 ans, leurs réponses n'ont pas été prises en compte.

Les résultats de cette question sont présentés par la figure 8.

**Figure 8 : Arguments des professionnels n'effectuant pas de frottis de dépistage du cancer du col avant 25 ans.**



Les deux professionnels ayant répondu « autre » ont avancé l'argument suivant :

Prise en charge par colposcopie, biopsie, conistation,... avec un risque obstétrical pour des lésions qui régressent.

## 2.2 Statistiques comparatives en fonction des caractéristiques des professionnels.

Nous avons voulu savoir s'il existe un lien entre les caractéristiques des professionnels et le fait qu'ils effectuent ou non des frottis cervico-utérins de dépistage. Pour savoir si les différences que nous observions (en %) entre les différents professionnels étaient significatives, nous avons utilisé le test du « khi deux » grâce au logiciel « Excel », après avoir calculé les effectifs théoriques. Le test du « khi deux » permet de tester l'indépendance de deux variables aléatoires.

Notre hypothèse nulle H0, était pour chaque caractéristique, qu'il n'y a pas de lien entre la caractéristique et le fait d'effectuer des frottis cervico-utérin de dépistage avant 25 ans. L'hypothèse alternative H1 indique donc qu'il y a un lien entre la caractéristique et le fait d'effectuer des frottis cervico-utérin de dépistage avant 25 ans. Nous avons choisi de fixer le seuil de significativité arbitrairement au risque  $\alpha=5\%$  soit  $p = 0.05$ .

En ce qui concerne l'âge des participants, nous les avons regroupés en deux groupes afin de pouvoir avoir des effectifs assez importants pour le test du « khi deux ». Les résultats des tests sont présentés dans le tableau VI.

**Tableau VI : Comparaison des caractéristiques des professionnels en fonction de leur pratique ou non du frottis cervico-utérin de dépistage avant 25 ans.**

	Pratique du frottis cervico-utérin avant 25 ans				Valeur de p
	Pratique		Ne pratique pas		
	N=134		N=30		
	%	(n)	%	(n)	
Sexe					0,05
<i>Féminin</i>	79.9%	(83)	23.1%	(25)	
<i>Masculin</i>	90.7%	(49)	9.3%	(5)	
Profession					<0,01
<i>Sage-femme</i>	64,9%	(24)	35.1%	(13)	
<i>Gynécologue</i>	86.6%	(110)	13.4%	(17)	
Mode d'exercice					0,05
<i>Hôpital</i>	75.4%	(49)	24.6%	(16)	
<i>Libéral</i>	87,2%	(82)	12.8%	(12)	
Age					NS
25-49	77.6%	(38)	22.4%	(11)	
50-73	83.3%	(95)	16.7%	(19)	

Concernant le sexe, la profession et le mode d'exercice ; l'hypothèse H0 est rejeté. Il existe donc un lien entre ces différentes caractéristiques et la pratique du frottis cervico-utérin de dépistage avant 25 ans.

90.7% des hommes contre 79.9 % des femmes effectuent des frottis cervico-utérin avant 25 ans ce qui est statistiquement significatif avec risque d'erreur de 5%.

35.1% des sages-femmes contre 13.4% des gynécologues respectent les recommandations ce qui est statistiquement significatif avec un risque d'erreur de 1%.

87.2% des libéraux contre 75.4% des hospitaliers dépistent le cancer du col avant 25 ans ce qui est statistiquement significatif avec un risque d'erreur de 5%.

Concernant l'âge, l'hypothèse H0 n'est pas rejetée. Nous ne pouvons donc pas conclure à un lien entre l'âge du professionnel et la pratique de frottis cervico-utérins de dépistage avant 25 ans.

22.4% des professionnels de 24 à 49 ans contre 16.7 % des professionnels de 49 à 73 ans ne dépistent pas le cancer du col avant 25 ans ; ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

# **IV. DISCUSSION**

Nos résultats suggèrent que 82 % des professionnels alsaciens concernés par le dépistage du cancer du col utérin effectuent des frottis avant 25 ans. Pour 87 % d'entre eux ce dépistage précoce concerne moins de 50 % de leurs patientes de moins de 25 ans. La pratique du frottis cervico-utérin avant 25 ans n'est donc pas rare chez les professionnels alsaciens et environ une femme sur deux aura un frottis avant 25 ans.

Selon les données de l'Inca 45.7 % des femmes entre 20 et 24 ans ont bénéficié du dépistage du cancer du col utérin entre 2005 et 2008 en France (15).

Il existe donc un décalage entre les recommandations et la pratique concernant l'âge du début du dépistage du cancer du col utérin. La seconde partie de notre problématique était de comprendre les raisons qui poussent les professionnels à effectuer ou non des frottis de dépistage avant 25 ans.

Les réponses aux questionnaires nous ont permis d'identifier les différents arguments et de les classer par fréquence. Afin d'évaluer la pertinence de ces arguments, nous les avons confrontés à la littérature.

D'autre part, nous avons analysé les caractéristiques des professionnels respectant les recommandations.

## **1. Arguments des professionnels effectuant des frottis cervico-utérins avant l'âge de 25 ans**

74% des professionnels ne suivant pas les recommandations effectuent des frottis précoces chez les patientes ayant commencé tôt leur vie sexuelle. Pour 64% d'entre eux, la multiplicité des partenaires est une raison de débiter le dépistage plus tôt. Les femmes enceintes ou ayant déjà eu une grossesse sont dépistées par 33 % des professionnels alsaciens. Les autres facteurs de risques évoqués par les professionnels sont la consommation de tabac, le portage d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) et les antécédents familiaux de cancer du col.

### 1.1 Les facteurs de risque de développer l'infection HPV

Une étude concernant 16748 femmes entre 15 et 25 ans analyse le lien entre différents facteurs de risques et/ou comportements et le portage d'HPV (16). Cette étude montre une association significative entre l'infection HPV et la consommation de tabac, l'âge précoce des premiers rapports (< 15 ans), un nombre de partenaires supérieur ou égal à 3 les 12 derniers mois, une prise prolongée de contraceptifs oestroprogestatifs et un antécédent d'IST. D'autres études retrouvent des résultats similaires (17) (18).

Une étude du Journal of Infectious Diseases analyse l'effet du temps écoulé entre la ménarche et le premier rapport sexuel sur le risque d'infection HPV et de lésions cervicales (19). Cette étude ne retrouve pas de relation significative entre un intervalle entre la ménarche et le premier rapport sexuel de moins de 3 ans et l'infection à HPV.

Les femmes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ont plus de risque d'être porteuses de l'HPV que les femmes non infectées (20). Ce risque peut s'expliquer en partie par le fait que les deux virus se transmettent sexuellement.

Les facteurs de risque de développer l'infection HPV seraient donc l'infection au VIH, la consommation de tabac, l'âge précoce des premiers rapports, la multiplicité des partenaires, l'infection à d'autres IST et la prise prolongée d'oestroprogestatifs.

## 1.2 Epidémiologie de l'infection HPV

Le portage de l'HPV dans la population générale est de 14.32%. L'infection HPV se transmet sexuellement et est très fréquente chez les jeunes, avec 16.6% des femmes de 20 à 24 ans infectées et un pic de fréquence entre 25 et 29 ans (18.9%) (21). Une étude auprès d'étudiantes britanniques rapporte que 30 % des jeunes femmes sont infectées par l'HPV six mois après leur premier rapport (18). Une étude parue dans *The Lancet* montre un risque cumulé à trois ans de 44 % de développer une infection HPV chez des femmes de 15 à 19 ans non infectées au moment de leur inclusion à l'étude (22).

Les jeunes femmes sont plus exposées à l'infection HPV, mais leur capacité d'élimination du virus est meilleure que chez les femmes plus âgées. Le taux de persistance de l'infection HPV avec un recul de 6, 12 et 24 mois serait respectivement de 50, 30 et 10 % chez les femmes de 20 ans (23).

La présence de facteurs de risque d'infection à HPV chez les femmes jeunes ne semble donc pas un argument suffisant en faveur d'un dépistage précoce ; d'une part, parce que l'infection HPV est fréquente chez les jeunes femmes même en l'absence de facteur de risque et, d'autre part, parce que le virus est éliminé rapidement dans la plupart des cas.

## 1.3 Les facteurs de risque de développer des lésions cervicales puis un cancer du col de l'utérus.

Les facteurs de risque de lésions cervicales ne sont pas totalement identiques aux facteurs de risque d'infection HPV. Dans l'étude de E.Roset Bahmanyar et al citée précédemment, seul l'antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST) est significativement associé à un risque de lésion cervicale (16).

Une autre étude trouve un risque significatif de développer une CIN 2 (néoplasie intra-épithéliale cervicale de grade 2) chez des patientes porteuses de chlamydia (24). Cette association n'est pas retrouvée concernant le développement de CIN 3 ou plus.

Une étude Française, concernant les femmes dépistées au centre de planification de Reims entre 2009 et 2011 met en évidence une relation significative entre le tabagisme, l'âge des premiers rapports avant 14 ans et un résultat pathologique de frottis cervico-utérin (25).

L'étude du Journal of Infectious Diseases, citée précédemment, met en évidence qu'un intervalle court entre la ménarche et le premier rapport sexuel (marqueur de l'immaturation cervicale) augmente le risque de cytologie anormale (CIN 2 et CIN 3) (19). Pour les auteurs l'immaturation cervicale et non l'âge de la femme au premier rapport favoriserait le développement de lésions cervicales.

Une étude américaine étudie les facteurs de progression de l'infection HPV en cancer du col (26). Cette étude montre que le tabagisme ainsi que les facteurs hormonaux (multiparité, usage prolongé d'une contraception oestroprogestative) sont associés à la progression de l'infection HPV en CIN 3.

Une étude américaine compare l'âge au diagnostic du cancer du col chez les femmes ayant eu leur premier rapport avant 15 ans ou après 19 ans. Les femmes ayant eu leur premier rapport avant 15 ans étaient diagnostiquées 3.1 ans avant les femmes ayant eu leur premier rapport après 19 ans (27). Cette relation serait majorée par le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels avant 20 ans.

Selon une étude Londonienne, c'est la durée d'exposition à l'HPV et donc le temps écoulé depuis le premier rapport qui est proportionnel au risque de développer un cancer du col (28).

L'étude Jesen et al montre chez les femmes porteuses d'HPV, une association entre la multiparité et le risque de développement de CIN 3 ou de cancer invasif (29).

Les femmes porteuses du VIH ont un système immunitaire déficient et sont donc plus vulnérables face à de nombreux cancers. Le cancer du col est plus fréquent chez les femmes atteintes du VIH car leur système immunitaire fragilisé ne permet pas la régression de l'infection HPV (30).



L'âge précoce des premiers rapports, le portage d'autres IST (notamment VIH et chlamydia), la consommation de tabac et les facteurs hormonaux (multiparité, contraception oestroprogestative) sont donc des facteurs de risques de développer des lésions cervicales et que ces lésions évoluent vers un cancer du col.

Néanmoins, il n'est pas prouvé que le fait qu'une femme jeune présente des facteurs de risque de cancer du col justifie un dépistage précoce.

Par exemple, en ce qui concerne le VIH ou la grossesse, l'OMS recommande d'offrir à ces femmes les mêmes options de dépistage pour le cancer du col (5).

Remarque : Certains professionnels ont indiqué effectuer des frottis cervico-utérins de dépistage lors d'anomalies cliniques cervico-vaginales (aspect du col, métrorragies après rapports ou d'étiologie inexpliquée, condylomes) ou pour une patiente ayant un antécédent de frottis pathologique. Ces éléments sont des signes cliniques d'anomalies cervicales ou de cancer du col et ne relèvent donc pas du dépistage.

## **2. Les arguments des professionnels en faveur du respect des recommandations.**

### 2.1 Incidence du cancer du col et régression des lésions précancéreuses chez la femme jeune.

79 % des professionnels Alsaciens qui n'effectuent pas de frottis avant 25 ans estiment que les lésions régressent spontanément avant cet âge-là.

Bien que les femmes jeunes soient plus exposées à l'infection par HPV, l'OMS recommande de ne pas dépister les femmes de moins de 25 ans, notamment car les anomalies cytologiques retrouvées chez ses dernières régresseraient spontanément (5).

L'étude de Moscicki et all parue dans The Lancet en 2004 montre, concernant les femmes âgées de 13 à 22 ans, une régression de 61 % des lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL) à 12 mois et de 91 % à 36 mois (31).

Une récente étude espagnole conclut à une régression de 63% de lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL) à 15 mois et une élimination de 27% de l'HPV chez les femmes âgées de moins de 25 ans (32).

50% des professionnels qui n'effectuent pas de frottis avant 25 ans estiment qu'il n'y a pas de cancer du col avant cet âge-là.

Selon l'OMS, le dépistage consiste à examiner toutes les femmes qui ont un risque de cancer du col, mais qui ne manifestent aucun symptôme (5). Les femmes ayant un risque de cancer du col correspondent à la population cible du dépistage. Le groupe d'âge cible doit donc concerner les femmes ayant un risque de cancer du col. Or selon les données de L'Inca, l'incidence mondiale du cancer du col avant 25 ans en 2012 était de 0.5 pour 100 000 (1).

De plus, il faut environ dix ans au cancer du col pour se développer. En 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des adolescents a déjà eu une relation sexuelle, est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles chez les 18-24 ans, selon l'enquête du Baromètre Santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

(33). Théoriquement la plupart des cancers n'apparaissent donc que vers l'âge de 27 ans et pourront alors être dépistés à 25 ans en amont.

L'étude de Castanon et al de 2013 étudie les caractéristiques cytologiques des femmes diagnostiquées pour un cancer du col entre 20 et 29 ans en Angleterre. Les résultats montrent que le cancer du col est rare chez les femmes de 20 à 24 ans comparé aux femmes de 25 à 29 ans (34).

Dans une étude Suédoise, parmi les 1230 cas de cancers du col étudiés, seul 63 cas sont apparus avant 30 ans (soit moins de 5%). Un seul cas est survenu avant 23 ans (âge du début du dépistage en Suède) (35).

Dans le Bas-Rhin, parmi 2401 cancers infiltrant survenus entre 1975 et 2011, une patiente avait moins de 20 ans (soit 5/10 000) et 11 patientes avaient entre 20 et 25 ans (soit 5/1 000) (données de l'association EVE).

Néanmoins, selon certains auteurs, il y aurait une augmentation de la vitesse de progression de lésions précancéreuses chez la femme jeune. Cet argument s'appuie sur le fait que les cancers d'intervalle (cancers survenant dans les trois ans après un frottis de dépistage normal, sans lésions cervicales) seraient plus fréquents chez les femmes jeunes. Une étude américaine montre que chez les femmes âgées de 20 à 29 ans, 80.8% des cancers surviennent dans l'intervalle entre deux frottis de dépistage, sans anomalie détectable au précédent frottis (18). Une étude concernant les cancers observés en Grande-Bretagne entre 1990 et 2008 suggère que les cancers d'intervalle sont plus avancés chez les femmes de 20 à 24 ans que chez les femmes plus âgées (37). Cette même étude conclut à un faible impact du dépistage avant 25 ans.

Les lésions cervicales pouvant être dépistées lors d'un frottis cervico-utérin régressent le plus souvent chez les femmes jeunes. L'incidence du cancer du col chez la femme de moins de 25 ans est donc faible. Les cancers se développant chez les femmes jeunes seraient néanmoins d'évolution plus rapide que chez les femmes plus âgées. L'évolution rapide des cancers ne justifie pas leur dépistage. En effet, ces cancers apparaissant le plus souvent entre deux frottis normaux, le dépistage des femmes plus jeunes ne permettrait pas de les éviter.

## 2.2 Évaluation de l'efficacité du dépistage du cancer du col avant 25 ans.

Une étude britannique compare l'incidence du cancer du col chez les femmes de 20 ans à 27 ans au Pays de Galles (dépistage débuté à 20 ans) à celle des femmes Anglaises du même âge (dépistage débuté à 25 ans) (38). Le dépistage dès 20 ans permet de dépister 1.3 cancers supplémentaires pour 100 000 femmes, ce qui est considéré comme mineur par les auteurs. Ils soulignent, d'autre part, un sur-traitement (augmentation du nombre de frottis réalisés, de colposcopies, de femmes traitées) dû au dépistage précoce.

L'étude citée dans le paragraphe précédent concernant les cancers observés en Grande-Bretagne entre 1990 et 2008 montre que le dépistage des femmes âgées de 22 à 24 ans ne réduit pas significativement le risque de cancer du col entre 25 et 29 ans (37). Cette étude suggère que l'évolution plus défavorable des cancers du col chez la femme jeune ne constitue pas un argument pour abaisser l'âge du début du dépistage.

En Finlande, l'âge du début du dépistage est fixé à 30 ans, une étude récente retrouve un faible impact du dépistage avant 30 ans sur l'incidence du cancer du col (39).

Au contraire, selon l'étude Suédoise étudiant 1230 cas de cancers dont 63 avant 30 ans, l'impact du dépistage chez les femmes de moins de 30 ans n'est pas plus faible que chez les femmes plus âgées (35).

Les études mesurant l'efficacité du dépistage (en comparant l'incidence du cancer du col chez les femmes dépistées versus l'incidence chez les femmes non dépistées), rapportent globalement une efficacité moindre du dépistage chez les femmes de moins de 25 ans (voire de moins de 30 ans) que chez les femmes plus âgées.

### 2.3 Conséquences néfastes d'un sur-dépistage.

Les conséquences psychologiques néfastes motivent 35 % des professionnels qui respectent les recommandations.

Plusieurs études montrent l'impact psychologique négatif d'un résultat de frottis cervico-utérin anormal. Une étude québécoise rapporte une augmentation de l'anxiété importante au moment de la découverte de l'anomalie, mais qui diminue rapidement à 12 mois en fonction du degré de compréhension de la patiente(40). L'étude de Waller et al retrouve les mêmes résultats pour les patientes diagnostiquées HPV positif, ainsi qu'une crainte concernant leurs futures relations sexuelles (41). Une étude parue dans le BMJ en 2004 montre ces mêmes résultats pour les femmes avec un frottis anormal quel que soit le statut HPV(42).

D'autres conséquences néfastes, non abordées dans le questionnaire, ont été citées par certains professionnels. Le risque obstétrical induit par la prise en charge faisant suite à un résultat de frottis anormal a en effet été souligné par deux professionnels.

Une étude de Sozen et al montre une augmentation significative d'accouchements prématurés (< 37 SA) et de ruptures prématurées des membranes lors de grossesses chez des patientes ayant un antécédent de conisation par rapport au groupe contrôle (43). Plusieurs études retrouvent des résultats similaires (44)(45)(46).

Une méta-analyse parue en 2006 dans la revue « The Lancet » conclut que la conisation entraîne un risque significatif d'accouchement prématuré (<37SA), de petit poids de naissance (<2500g), de recours à une césarienne. La LEEP (technique d'excision électrochirurgicale à l'anse) entraîne un risque significatif d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance et de rupture prématurée des membranes. Les mêmes effets ont été retrouvés après une conisation au laser, mais les résultats n'étaient pas significatifs.

Le coût du dépistage avant 25 ans est aussi à prendre en compte dans la balance bénéfice risque mais n'a pas été évoqué par les professionnels. Une étude compare le dépistage en Angleterre (début du dépistage à 25 ans) et celui du Pays de Galles (début du dépistage à 20 ans). Dépister dès 20 ans conduit à réaliser 119 000 frottis supplémentaires, 8000 colposcopies et traiter 3000 femmes pour prévenir entre 3 et 9 cancers invasifs.

Le dépistage trop précoce du cancer du col, entraîne de nombreuses conséquences néfastes notamment psychologiques, obstétricales et économiques. Ces conséquences nous semblent peser lourd dans la balance bénéfices/risques, au vu de la faible incidence du cancer du col avant 25 ans et de la moindre efficacité du dépistage chez la femme jeune.

### **3. Caractéristiques des professionnels selon leur pratique du dépistage du cancer du col avant 25 ans.**

Selon les résultats de notre étude, les professionnels respectant les recommandations sont plus facilement des femmes, sages-femmes de profession et travaillant en libéral. Nous n'avons pas retrouvé d'effet de l'âge du professionnel sur la pratique du frottis cervico-utérin avant 25 ans.

Concernant les professionnels qui n'effectuent pas de frottis avant 25 ans, 64% estiment que les recommandations doivent être respectées. 14 % des professionnels de notre étude ne connaissaient pas les recommandations.

Selon un commentaire sociologique de Patrick Castel, il y a deux manières pour les médecins de percevoir les recommandations (47). Soit les médecins vont considérer les recommandations comme un outil pertinent pour atteindre leurs objectifs et ils vont alors essayer de les utiliser pour résoudre les problèmes et obstacles qu'ils rencontrent, soit, au contraire, les enjeux pertinents sont ailleurs et les recommandations risquent d'être perçues comme accessoires. Les recommandations peuvent servir aux professionnels à légitimer leurs décisions (par exemple le fait de ne pas effectuer de frottis de dépistage avant 25 ans). Pour d'autres, elles sont perçues comme une réduction potentielle de l'autonomie individuelle.

Le cas de la patiente ayant déjà eu un frottis de dépistage chez un confrère ou adressée par son médecin traitant est évoqué par les professionnels ne respectant pas les recommandations.

La mise en œuvre des recommandations permet de mettre en évidence les relations entre acteurs du système de santé et entre les médecins entre eux. Les professionnels remettent par exemple en cause les autorités chargées de l'élaboration de recommandation, considérant que les recommandations répondent plus à un souci économique qu'à un objectif de santé publique. Les recommandations bousculent aussi les relations de médecins entre eux, les médecins dépendant moins de l'avis direct de leurs confrères les plus réputés, puisqu'ils disposent d'outils collectivement établis. Ceci pourrait aussi expliquer que les professionnels libéraux respectent plus facilement les recommandations. Les professionnels libéraux ne dépendant pas de « pratiques de services » seraient moins dépendant de l'avis de leurs confrères, de plus les recommandations permettent de légitimer leurs actions.

La pression de la part de leur patiente conduit 28 % des professionnels dépistant les femmes de moins de 25 ans à leur faire un frottis cervico-utérin. Les professionnels évoquent aussi la peur de perdre de vue la patiente.

Le non-respect des recommandations par pression de la part de la patiente relève de « l'ordre négocié » entre médecins et patients. Ces éléments mettent en évidence le contraste entre la situation « idéale » des recommandations et les aspects de la prise en charge qui échappent au médecin lui-même, par exemple le comportement du patient.

Leur expérience antérieure de découverte de lésions cervicales chez des femmes de moins de 25 ans, amène plusieurs professionnels interrogés dans notre étude à ne pas respecter les recommandations.

Le respect des recommandations est donc influencé par le vécu et l'expérience du professionnel. Dans un article concernant les déterminants de la prise de décision médicale d'un point de vue sociologique, cette influence subjective est évoquée (48). Les choix du praticien dépendraient de valeurs personnelles et professionnelles : cursus, socialisation secondaire auprès de types variés de patients, sous-spécialisations elles-mêmes en lien avec les sexes, les âges, les valeurs et appréhensions individuelles, les représentations de la « bonne médecine »,....

Ces éléments permettent en partie de comprendre que les professionnels soient plus ou moins favorables aux recommandations selon leur sexe, leur profession et leur mode d'exercice.

De nombreux éléments liés à la perception des recommandations par le professionnel, à sa relation avec les patientes, à son vécu en tant que praticien et d'autres facteurs subjectifs influencent son attitude face aux recommandations, au-delà des arguments scientifiques et épidémiologiques.

Pour convaincre les professionnels de respecter les recommandations, agir sur ces éléments serait une solution. Bien qu'on ne puisse pas agir sur les éléments subjectifs qui influencent les professionnels, il est possible de modifier la vision que ce font les professionnels des recommandations. On pourrait, par exemple, renforcer la communication autour des recommandations, démontrer leur intérêt aux praticiens, les inclure d'avantage dans leur élaboration. Ces actions pourraient se faire autant en formation initiale qu'en formation continue.



#### **4. Analyse critique de notre étude**

Les professionnels ont bien répondu au questionnaire puisque le taux de réponse globale est de 63%. Les professionnels ont par ailleurs manifesté leur intérêt pour le sujet et les résultats à venir. Notre revue de la littérature nous a permis d'avoir une bibliographie récente avec des études randomisées et des articles provenant de revues ayant des impacts factor élevés.

Nous avons choisi de limiter notre étude aux professionnels de la région Alsace. En Alsace, le dépistage du cancer du col est organisé. Le programme a débuté en 1994 dans le Bas-Rhin et en 2001 dans le Haut-Rhin et est organisé par l'association EVE. Les femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas effectué de frottis cervico-utérin depuis trois ans sont invitées à faire un frottis. Les professionnels de santé y exerçant sont donc particulièrement sensibilisés, depuis plus de 10 ans, à ce dépistage. Les résultats de notre étude ne sont donc pas valides pour l'ensemble des praticiens français mais peuvent être élargis aux régions où le dépistage est organisé.

Nous n'avons pas interrogé les professionnels travaillant au planning familial, comme nous l'avions prévu initialement pour des raisons pratiques.

Afin de répondre à notre problématique, nous avons élaboré un questionnaire. La question 3 « Vous arrive-t-il d'effectuer des frottis de dépistage avant cet âge là ? » devait nous permettre de savoir si les professionnels effectuent ou non des frottis de dépistage avant 25 ans. Or pour les professionnels ayant donné un âge de début de dépistage faux à la question précédente, il nous a été impossible de savoir s'ils effectuent des frottis entre cet âge et 25 ans. Certaines réponses n'ont donc pas été prises en compte, car la question manquait de précision.

Certains professionnels ont répondu à la question 6 alors qu'elle ne leur était pas destinée. Les indications n'étaient pas assez claires.

L'utilisation d'un questionnaire a ses limites, son remplissage restant à l'appréciation du professionnel. Par exemple pour la question « pour quelle proportion des femmes de cet âge-là effectuez-vous un frottis de dépistage ? », la réponse des professionnels correspond à une appréciation subjective. Les professionnels qui ne connaissaient pas les recommandations de l'HAS ont pu utiliser internet ou se renseigner auprès d'autres professionnels pour répondre à la question 2.

Les différentes méthodes de diffusion du questionnaire ont montré leurs limites par des taux de réponses disparates. Les professionnels ayant reçu le questionnaire par courrier postal leur étant nominativement adressé ou en main propre par un de leur collègue ont répondu plus facilement que les professionnels ayant reçu un e-mail collectif.

Les professionnels ne pouvant pas être identifiés, leurs résultats ne sont donc normalement pas influencés par la crainte d'un éventuel jugement.

L'entrée des résultats dans la base de données ainsi que leur analyse statistique ont été réalisées par une seule personne. Le risque d'erreur lors de la retranscription des résultats ne peut être écarté.

# **VI. CONCLUSION**

En Alsace, 82 % des professionnels concernés par le dépistage du cancer du col utérin effectuent des frottis de dépistage avant 25 ans. Il existe donc un décalage entre les recommandations et la pratique concernant l'âge du début du dépistage du cancer du col utérin. Pour 85 % d'entre eux ce dépistage précoce concerne moins de 50 % de leurs patientes. Les professionnels Alsaciens dépistent avant 25 ans essentiellement les femmes présentant des facteurs de risque. Les professionnels qui respectent les recommandations argumentent par la régression spontanée des lésions et la faible incidence du cancer du col avant 25 ans.

Le respect ou non des recommandations est influencé par la profession, le sexe et le mode d'exercice du professionnel. De nombreux éléments liés à la perception des recommandations par le professionnel, à sa relation avec les patientes et à son vécu professionnel influencent l'attitude du praticien face aux recommandations.

Concernant l'intérêt du dépistage avant 25 ans, les études et données épidémiologiques de notre travail montrent plus d'arguments en faveur d'un dépistage à partir de 25 ans.

Le virus de l'HPV disparaît plus rapidement chez les femmes jeunes et les lésions cervicales régressent spontanément dans la plupart des cas. La fréquence importante de l'infection HPV ou la présence de facteurs de risques chez les femmes jeunes ne sont pas des éléments suffisants pour justifier un dépistage.

De plus, l'incidence du cancer du col chez la femme de moins de 25 ans est faible et les études retrouvent une efficacité moindre du dépistage avant 25 ans. Ce dépistage entraîne par ailleurs des investigations et traitements inutiles chez les femmes jeunes ayant pour conséquence des séquelles obstétricales, psychologiques et impact économique.

Par ailleurs, on peut penser que les recommandations seront amenées à évoluer en fonction de l'impact de la vaccination HPV des jeunes filles depuis 2007.

Il est recommandé de vacciner les jeunes filles contre le papillomavirus entre 11 et 14 ans, avant leur premier rapport sexuel avec un rattrapage possible entre 15 et 19 ans révolu.

Néanmoins, en 2013 la couverture vaccinale des jeunes femmes était de 18 %, en baisse depuis 2010. Cette baisse correspond à une préoccupation exprimée par le public suite à la notification de maladies auto-immunes, chez des jeunes filles vaccinées. L'ANSM (Agence nationale de

sécurité de médicament) dans son dernier bilan de pharmacovigilance d'avril 2014 conclue à l'absence d'augmentation de l'incidence des maladies auto-immunes après une vaccination.

Pour le moment, en absence de recul suffisamment important (données épidémiologiques concernant les femmes vaccinées), d'une couverture plus importante et d'un vaccin protégeant contre plus de types d'HPV (non uniquement quadrivalent), les femmes vaccinées ne sont pas dispensées de participer au dépistage du cancer du col utérin entre 25 et 65 ans.

Depuis 2003 les recommandations Américaines préconisent l'utilisation du test HPV (recherche qualitative du génome des HPV oncogènes) conjointement au dépistage cytologique chez les femmes à partir de 30 ans. En France, la seule indication du test HPV est le résultat d'un frottis « ASCUS », c'est-à-dire présentant une atypie de cellules malpighiennes de signification indéterminée. Le test HPV ne paraît pas adapté au dépistage chez la femme jeune en raison de la forte prévalence du virus dans cette population. Le développement de cette technique de dépistage n'influencera sans doute pas les politiques de dépistage chez les femmes de moins de 25 ans.

Bien que couramment pratiqué, le dépistage du cancer du col chez les femmes de moins de 25 ans ne semble pas justifié. L'impression de bénéfice individuel pour la patiente lorsque le praticien dépiste avant 25 ans ne doit pas faire oublier les enjeux de santé publique. Avec un taux de couverture de 56.6% des femmes de 25 à 65 ans, la priorité devrait être de renforcer le dépistage dans cette population. Les nouveaux moyens de prévention et de dépistage ne modifient pour l'instant pas les recommandations, mais auront sûrement un impact dans plusieurs années.

# VII. REFERENCES

1. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 2 août 2014]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/12-epidemiologie-cancer-col-uterus-france-metropolitaine-essentiel/32-epidemiologie-cancer-col-uterus-donnees-essentielles-france-metropolitaine.html>
2. Objectif 1 : Favoriser des diagnostics plus précoces - Plan cancer 2014-2019 - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 11 août 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer/plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/les-17-objectifs-du-plan/9042-favoriser-des-diagnostics-plus-precoces>
3. Morice P, Castaigne D. Cancer du col utérin. Paris: Masson; 2005. 269 p.
4. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Gynécologie Obstétrique. Elsevier Masson. 2010. 509 p.
5. OMS, Département Santé et recherche génésique D des M chroniques et promotion de la santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles. [Internet]. [cité 31 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/fr/>
6. HAS. Recommandations dépistage cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 15 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf>
7. CNGOF. Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique. Volume 2009. 2009 [cité 11 août 2014]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2009\\_GM\\_455\\_duport.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_455_duport.pdf)
8. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin. juin 2012;62(3):147-72.
9. Van Ballegooijen M, Hermens R. Cervical cancer screening in The Netherlands. Eur J Cancer. nov 2000;36(17):2244-6.
10. Nhs. NHSCSP Audit of invasive cervical cancer. National report 2007-2011. [Internet]. [cité 5 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp-audit-invasive-cervical-cancer-201205.pdf>
11. Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur J Cancer. oct 2009;45(15):2649-58.
12. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition--Summary Document. Ann Oncol. 1 mars 2010;21(3):448-58.
13. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>

14. Asso Eve [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.eve.asso.fr/index.php>
15. Institut National Du Cancer. Le cancer du col de l'utérus en France état des lieux 2010 [Internet]. [cité 3 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus/espace-professionnels-de-sante/frottis-cervico-uterin-et-vaccination>
16. Roset Bahmanyar E, Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Chow S-N, Apter D, et al. Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial. *Gynecol Oncol.* déc 2012;127(3):440-50.
17. Kasap B, Yetimallar H, Keklik A, Yildiz A, Cukurova K, Soylu F. Prevalence and risk factors for human papillomavirus DNA in cervical cytology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* nov 2011;159(1):168-71.
18. Winer RL, Lee S-K, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students. *Am J Epidemiol.* 2 janv 2003;157(3):218-26.
19. Ruiz AM, Ruiz JE, Gavilanes AV, Eriksson T, Lehtinen M, Pérez G, et al. Proximity of First Sexual Intercourse to Menarche and Risk of High-Grade Cervical Disease. *J Infect Dis.* 15 déc 2012;206(12):1887-96.
20. Belhadj H, Rasanathan JJK, Denny L, Broutet N. Sexual and reproductive health and HIV services: Integrating HIV/AIDS and cervical cancer prevention and control. *Int J Gynecol Obstet.* 1 mai 2013;121, Supplement 1:S29-34.
21. Boulanger J-C, Sevestre H, Bauville E, Ghighi C, Harlicot J-P, Gondry J. Épidémiologie de l'infection à HPV. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mars 2004;32(3):218-23.
22. Woodman CB, Collins S, Winter H, Bailey A, Ellis J, Prior P, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *The Lancet.* 9 juin 2001;357(9271):1831-6.
23. Denis F, Hanz S, Alain S. Clairance, persistance et récurrence de l'infection à Papillomavirus. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2008;36(4):430-40.
24. Lehtinen M, Ault KA, Lyytikäinen E, Dillner J, Garland SM, Ferris DG, et al. Chlamydia trachomatis infection and risk of cervical intraepithelial neoplasia. *Sex Transm Infect.* août 2011;87(5):372-6.
25. Doris B, Boyer L, Lavoué V, Riou F, Henno S, Tas P, et al. Pratique du frottis cervico-utérin dans une population épidémiologiquement exposée : idées reçues, faits et arguments. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* janv 2014;43(1):26-34.
26. Luhn P, Walker J, Schiffman M, Zuna RE, Dunn ST, Gold MA, et al. The role of co-factors in the progression from human papillomavirus infection to cervical cancer. *Gynecol Oncol.* févr 2013;128(2):265-70.



27. Edelstein ZR, Madeleine MM, Hughes JP, Johnson LG, Schwartz SM, Galloway DA, et al. Age of diagnosis of squamous cell cervical carcinoma and early sexual experience. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol.* avr 2009;18(4):1070-6.
28. Plummer M, Peto J, Franceschi S, ; on behalf of the International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Time since first sexual intercourse and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer.* 1 juin 2012;130(11):2638-44.
29. Jensen KE, Schmiedel S, Norrild B, Frederiksen K, Iftner T, Kjaer SK. Parity as a cofactor for high-grade cervical disease among women with persistent human papillomavirus infection: a 13-year follow-up. *Br J Cancer.* 15 janv 2013;108(1):234-9.
30. Chapman Lambert CL. Factors Influencing Cervical Cancer Screening in Women Infected With HIV: A Review of the Literature. *J Assoc Nurses AIDS Care.* mai 2013;24(3):189-97.
31. Moscicki A-B, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *The Lancet.* 12 nov 2004;364(9446):1678-83.
32. Piris S, Bravo V, Álvarez C, Muñoz-Hernando L, Lorenzo-Hernando E, Oliver R, et al. Natural history of histologically moderate cervical dysplasia in adolescent and young women. *OncoTargets Ther.* 13 nov 2014;7:2101-6.
33. INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 3 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>
34. Castanon A, Leung VMW, Landy R, Lim AWW, Sasieni P. Characteristics and screening history of women diagnosed with cervical cancer aged 20–29 years. *Br J Cancer.* 2 juill 2013;109(1):35-41.
35. Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, et al. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst.* 7 mai 2008;100(9):622-9.
36. Sawaya GF, Sung H-Y, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Hiatt RA, et al. Advancing Age and Cervical Cancer Screening and Prognosis. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(11):1499-504.
37. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ.* 28 juill 2009;339(jul28 2):b2968-b2968.
38. Landy R, Birke H, Castanon A, Sasieni P. Benefits and harms of cervical screening from age 20 years compared with screening from age 25 years. *Br J Cancer.* 1 avr 2014;110(7):1841-6.

39. Lönnberg S, Anttila A, Luostarinen T, Nieminen P. Age-Specific Effectiveness of the Finnish Cervical Cancer Screening Programme. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 8 janv 2012;21(8):1354-61.
40. Drolet M, Brisson M, Maunsell E, Franco EL, Coutlée F, Ferenczy A, et al. The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result: The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result. *Psychooncology.* oct 2012;21(10):1071-81.
41. Waller J, McCaffery K, Forrest S, Szarewski A, Cadman L, Wardle J. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening : examination of psychosocial impact. *Sex Transm Infect.* 1 août 2003;79(4):320-2.
42. Maissi E. Psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire study. *BMJ.* 29 mai 2004;328(7451):1293-0.
43. Sozen H, Namazov A, Cakir S, Akdemir Y, Vatansever D, Karateke A. Pregnancy outcomes after cold knife conization related to excised cone dimensions. A retrospective cohort study. *J Reprod Med.* févr 2014;59(1-2):81-6.
44. Van Hentenryck M, Noel JC, Simon P. Obstetric and neonatal outcome after surgical treatment of cervical dysplasia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mai 2012;162(1):16-20.
45. Simoens C, Goffin F, Simon P, Barlow P, Antoine J, Foidart J-M, et al. Adverse obstetrical outcomes after treatment of precancerous cervical lesions: a Belgian multicentre study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* sept 2012;119(10):1247-55.
46. Ban Frangez H, Korosec S, Verdenik I, Kotar V, Kladnik U, Vrtacnik Bokal E. Preterm delivery risk factors in singletons born after in vitro fertilization procedures. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mai 2014;176:183-6.
47. Castel P. Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine. *Sci Soc Santé.* 1 juin 2006;24(2):105-12.
48. VEGA A. Les déterminants de la décision médicale. Un point de vue sociologique. *Med Factuelle Nos Prat.* juin 2009;5(6):282-6.

# ANNEXES

## ANNEXE I : Questionnaire

### ✓ Renseignements personnels

- Quelle est votre année de naissance ? .....
- Vous êtes ?
  - Un homme
  - Une femme
- Quelle est votre profession ?
  - Gynécologue
  - Sage-femme
- Quel est votre mode d'exercice ?
  - Libéral
  - Hôpital
  - PMI
  - Planning Familial

### ✓ Questionnaire

Question 1 : Pratiquez-vous régulièrement des frottis de dépistage du cancer du col ?

- Oui
- Non

Question 2 : Connaissez-vous les recommandations de l'HAS concernant l'âge du début du dépistage ?

- Oui                    Si oui quel est cet âge ?.....
- Non

Question 3 : Vous arrive-t-il d'effectuer des frottis de dépistage avant cet âge-là ?

- Oui
- Non

Question 4 : Si oui, pour quelle proportion des femmes de cet âge là effectuez-vous un frottis de dépistage?

- < 20 %
- 20 à 50 %
- 50 à 80 %
- > 80 %

Question 5 : Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? Plusieurs réponses possibles

- Pression de la part de la patiente
- Patiente ayant débuté tôt sa vie sexuelle
- Patiente avec partenaires multiples
- Patiente ayant déjà eu une grossesse ou enceinte
- Autre. Précisez : .....

Question 6 : Si non, pour quelle(s) raison(s)? Plusieurs réponses possibles

- Il n'y a pas de cancer du col avant cet âge là
- Les recommandations doivent être respectées
- Les lésions régressent spontanément à cet âge là
- Conséquences psychologiques néfastes
- Autre. Précisez : .....

Etat des lieux des pratiques concernant l'âge du début du  
dépistage du cancer du col utérin chez les gynécologues et  
sages-femmes d'Alsace.

BELTZUNG Julie - Ecole de sages-femmes de Strasbourg

Madame, Monsieur,

Je vais bientôt entamer ma dernière année à l'école de sages-femmes de Strasbourg. Mon mémoire de fin d'étude, élaboré sous la supervision du Docteur Jacques MACHU, a pour sujet une étude sur les pratiques concernant l'âge du début du dépistage du cancer du col. Ce travail de recherche se base sur le questionnaire au dos que je souhaite distribuer à tous les gynécologues obstétriciens et sages-femmes d'Alsace pratiquant des frottis du col utérin.

Mon objectif principal est d'évaluer l'incidence des frottis effectués hors recommandations dans notre pratique et d'en analyser les raisons principales.

La discussion portera sur l'intérêt à maintenir les recommandations en l'état.

Ce travail a le soutien de l'association EVE.

Pour tous renseignements complémentaires vous pouvez me joindre par mail à l'adresse suivante : [j.beltzung@gmail.com](mailto:j.beltzung@gmail.com) ou par téléphone au 0640401237.

Merci pour votre participation,

BELTZUNG Julie

ANNEXE III : Grille de lecture standardisée pour la lecture critique d'article

L'information existe-t-elle pour chacune de ces 8 questions ?	La façon d'aborder la question est-elle correcte ?	Impact sur les conclusions
<b>1. Objectif</b> - Pronostic – Evolution - Impact d'une intervention - Etiologie – causalité	- Y a-t-il une hypothèse ?	- L'objectif est-il clairement défini ?
<b>2. Type d'étude</b> - essai contrôlé randomisé - étude de cohorte - étude cas-témoins - étude transversale - rapport de cas, série de cas	- Le type d'étude est-il approprié à la question posée ? - S'agit-il du type d'étude apportant le niveau de preuve le plus élevé ?	- Si non, les résultats de l'étude sont-ils totalement inutiles ?
<b>3. Facteur(s) étudié(s)</b> - exposition - intervention - test diagnostic	Sont-ils bien décrits ? Comment sont-ils mesurés ? - même méthode de mesure chez tous les sujets ? - méthode à l'aveugle ? Y a-t-il une comparaison indépendante avec l'étalon ?	Sinon ce biais de mesure menace-t-il la validité de l'étude ? Idem Idem
<b>4. Critère(s) de jugement</b>	Le critère de jugement est-il unique ? Si non, a-t-on défini un critère principal ? Comment sont-ils mesurés ? (idem question 3) Tous les critères de jugement sont-ils évalués ? En cas de critères multiples, les résultats sont-ils convergents ?	Idem question 3 Si non, ceux qui ont été oubliés sont-ils importants ?

<p><b>5. Population source et sujets étudiés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils précisés et pertinents ?</li> <li>- y a-t-il des perdus de vue ?</li> <li>Si oui, leur nombre et leur répartition sont-ils précisés ?</li> <li>- y a-t-il des non-réponses ?</li> <li>Comment ont-elles été prises-en compte ?</li> <li>- a-t-on vérifié la robustesse des conclusions selon les hypothèses faites pour les non-réponses ?</li> <li>- y a-t-il eu randomisation ?</li> <li>A-t-elle été effectuée correctement ? Les effectifs permettant de vérifier les caractéristiques des sujets inclus et leur bonne répartition sont-ils présentés ?</li> <li>- les groupes diffèrent-ils par des caractéristiques autres que les facteurs étudiés ?</li> <li>- quelle est la proportion de sujets atteignant la fin du suivi ?</li> </ul>	<p>Si des biais sont à craindre, pour chacune des questions précédentes, cela menace-t-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la validité interne ?</li> <li>- la validité externe ?</li> </ul>
--	---	--

Source: Goichot B. et Meyer N., Guide de lecture critique d'un article médical original (LCA), Faculté de médecine de Strasbourg ; septembre 2011. Grille proposée par M. Velten et Mme C. Simon.



## RÉSUMÉ :

La Haute Autorité de Santé recommande la réalisation d'un frottis cervico-utérin à partir de 25 ans. L'âge du début du dépistage fait l'objet de nombreux débats chez les praticiens et les recommandations sur le sujet sont divergentes au niveau mondial. Le but de notre travail était de mettre en évidence et de comprendre la pratique du frottis cervico-utérin avant 25 ans ainsi que de discuter de son intérêt.

Nous avons élaboré un questionnaire, à l'attention des gynécologues et sages-femmes d'Alsace pour les interroger sur leur pratique.

Afin d'évaluer la pertinence de leurs arguments et de mieux comprendre les raisons qui les poussent ou non à dépister avant 25 ans nous avons réalisé une revue de la littérature.

82 % des professionnels interrogés effectuent des frottis de dépistage avant 25 ans. 87% d'entre eux dépistent moins de 50% de leurs patientes de moins de 25 ans. Ils dépistent essentiellement les femmes présentant des facteurs de risque (premiers rapports précoces, multiplicité des partenaires,...). Les professionnels qui respectent les recommandations argumentent par la régression spontanée des lésions et la faible incidence du cancer du col avant 25 ans. Le respect ou non des recommandations est influencé par la profession, le sexe et le mode d'exercice du professionnel.

Le dépistage du cancer du col chez les femmes de moins de 25 ans ne nous semble pas justifié voir délétère. L'impression de bénéfice individuel pour la patiente lorsque le praticien dépiste avant 25 ans ne doit pas faire oublier les enjeux de santé publique.

Mots clés : Cancer du col utérin Dépistage Jeunes adultes Recommandations