



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1  
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 n°

**ÉVALUATION DU SUIVI DE FEMMES DE 25 À  
65 ANS APRÈS FROTTIS DU COL DE L'UTÉRUS  
RÉPONDU ASCUS EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

THÈSE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le 19 novembre 2015  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Mlle HAREL Eva

Née le 25/08/1986 à Sèvres (92)

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

. Président de l'Université  
. Président du Comité de Coordination  
des Études Médicales  
. Secrétaire Général

François - Noël GILLY  
François-Noël GILLY

Alain HELLEU

## **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen: Jérôme ETIENNE

UFR DE MEDECINE  
LYON SUD-CHARLES MERIEUX

Doyen: Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES  
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directrice:  
Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE  
READAPTATION

Directeur : Yves MATILLON

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE  
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Pierre FARGE

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES  
PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Claude COLLIGNON

POLYTECH LYON

Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T.

Directeur : Christian COULET

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES  
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur: Véronique  
MAUME-DESCHAMPS

I.U.F.M.

Directeur: Régis BERNARD

CPE

Directeur : Gérard PIGNAULT

# Faculté de Médecine Lyon Est

## Liste des enseignants 2014/2015

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Échelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie

Ponchon	Thierry	Gastroentérologie; hépatologie; Addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe**

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; médecine générale; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale; Pharmacologie clinique; addictologie

Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et Technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et Prévention

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe**

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail

Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes

Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

### **Professeurs émérites**

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
----------	-------	--

Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale; Pharmacologie clinique; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

### **Maîtres de Conférence –Praticiens Hospitaliers Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Tristan	Anne	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**  
**Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

**Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

## **A mon président de jury,**

Monsieur le Professeur MELLIER

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

## **Aux membres du jury,**

Madame le Professeur SCHOTT PETHELAZ,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de toute ma considération.

Monsieur le Professeur DUBERNARD,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. J'en suis très honorée, soyez assuré de ma gratitude.

Et un grand merci à Madame le Professeur FLORI, ma directrice de thèse,

Vous êtes à l'origine de ce travail. Merci de votre soutien et de votre confiance. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour vos conseils avisés et votre disponibilité.

Au Dr DEPARDON,

Merci pour votre gentillesse. Merci pour votre aide précieuse au recueil de données, vos conseils et votre disponibilité.

Au Dr TERDJMAN,

Merci pour votre aide et votre disponibilité aux prémices de ma thèse.

Merci beaucoup à tous les médecins qui ont répondu à mon questionnaire, vous avez rendu ce travail possible.

Merci à tous les praticiens hospitaliers et les maîtres de stage qui ont pris le temps de m'enseigner, de m'aider à avancer, et qui m'ont fait partager leur amour pour la médecine.

Merci aussi à toutes les équipes soignantes des stages où je suis passée et des gardes, auprès de qui j'ai beaucoup appris.

### **A mes proches,**

Merci à mon Boubou de partager ma vie. Tu as toujours su me soutenir (me supporter !), et m'encourager toutes ces dernières années.

Merci à mes parents et mes frérots, ainsi qu'à toute ma famille (viva Polska !). Vous avez cru en moi et m'avez aidé à en arriver là.

Merci à Nathalie, Didier et toute ma « belle-famille » pour votre gentillesse.

Merci à mes amis de longue date d'avoir croisé mon chemin et d'avoir continué la route avec moi. En particulier Biloute, Biquette et Claire !

Une spéciale dédicace à ma Bibiiiiiche et Axou ! Merci à tous les internes rencontrés, notamment à Montélimar, et avec qui j'ai passé de très bons moments. Merci à mes cointernes de choc de gériatrie, Sido, Aurélie et Anne So pour avoir égayé nos longues journées...

Et enfin merci à tous ceux qui ont fait le déplacement pour venir me voir aujourd'hui, avec ou sans chapeau...

# TABLE DES MATIERES

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1 .....	1
LE SERMENT D'HIPPOCRATE .....	9
REMERCIEMENTS .....	10
TABLE DES MATIERES .....	12
LISTE DES ABREVIATIONS .....	14
INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODE .....	17
Objectifs .....	17
Hypothèse.....	17
Critère de jugement .....	17
Définitions.....	17
Population.....	18
Calcul de l'effectif.....	18
Recueil des données .....	18
1.    Au laboratoire .....	18
2.    Auprès des médecins généralistes.....	19
Protection des personnes .....	20
Analyse statistique.....	20
RESULTATS .....	21
Données recueillies auprès du laboratoire.....	21
Taux de participation et analyse des participants.....	21
Population.....	24
Suivi des ASCUS .....	25
1.    Contrôles des ASCUS .....	26
2.    Résultats des contrôles .....	34
3.    Conformité à l'ANAES.....	35
DISCUSSION .....	37
Forces et limites de l'étude.....	37
Discussion des résultats.....	39
Hypothèses .....	42
Ouvertures .....	43

CONCLUSIONS .....	45
BIBLIOGRAPHIE .....	48
ANNEXES .....	54
ANNEXE 1: Bref rappel de la physiopathologie du cancer du col de l'utérus.....	54
ANNEXE 2: Classification de Bethesda de 2001 .....	55
ANNEXE 3: Prise en charge des atypies des cellules malpighiennes ASC.....	57
ANNEXE 4: Courrier adressé aux médecins généralistes .....	58
ANNEXE 5: Questionnaire auprès des médecins généralistes .....	60
ANNEXE 6: Contrat de confidentialité avec le laboratoire Technipath .....	62
ANNEXE 7: Tableaux 9, 10 et 11.....	63

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AGC</b>	Atypical Glandular Cells (Atypie des Cellules Glandulaires)
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
<b>ASCCP</b>	American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (Société Américaine de Colposcopie et de Pathologie Cervicale)
<b>ASCH</b>	Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (Atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)
<b>ASCUS</b>	Atypical Squamous Cells of Undertermined Significance (Atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée)
<b>CIN 1,2 ou 3</b>	Cervical Intraepithelial Neoplasia (Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale de grade 1 2 ou 3)
<b>DES</b>	Diplôme D'Études Spécialisées
<b>DM</b>	Délai moyen
<b>FCU</b>	Frottis Cervico-Utérin
<b>FMC</b>	Formation Médicale Continue
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPV</b>	Human Papilloma Virus (Papillomavirus Humain)
<b>HSIL</b>	High grade Squamous Intraepithelial Lesion (Lésion Malpighienne Intra-épithéliale de Haut grade)
<b>LSIL</b>	Low grade Squamous Intraepithelial Lesion (Lésion malpighienne Intra-épithéliale de Bas grade)
<b>MP</b>	Médecin Préleveur
<b>MT</b>	Médecin Traitant
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PDV</b>	Perdue De vue

# INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est responsable en France d'environ 1000 décès par an avec une incidence estimée à 2810 nouveaux cas en 2011.(1) Ces chiffres sont en constante diminution depuis les années 80 grâce à un système de dépistage individuel (ou organisé dans certains départements) par le frottis cervico-utérin (FCU). Mais le cancer du col de l'utérus est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution (68 % en 1989/91 à 64 % en 2001/04).

Le cancer du col de l'utérus présente une évolution lente. En raison de l'existence de lésions précancéreuses curables et d'un test de dépistage fiable et acceptable, il est un candidat idéal au dépistage selon les critères de l'OMS. (2)(3) Sa physiopathologie est brièvement rappelée en Annexe 1. (4)

Déjà en place dans quelques départements français, le plan cancer 2014 prévoit de généraliser le dépistage organisé à l'ensemble du territoire avec pour objectif de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans. (5)

En France, les préconisations de l'ANAES (devenue l'HAS) de dépistage du cancer du col de l'utérus sont de faire un frottis tous les 3 ans, chez les femmes âgées de 25ans à 65ans, après deux premiers frottis à un an d'intervalle.(6) L'interprétation des FCU est classifiée selon le système de Bethesda de 2001. (Annexe 2)

Le frottis est dit ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undertermined Significance) lorsque les anomalies sont plus marquées que des modifications réactionnelles, mais insuffisantes pour un diagnostic de lésion malpighienne intraépithéliale. Sa correspondance histologique va donc du col normal à la lésion de haut grade et au cancer. Ils représenteraient 150 000 frottis par an en France (7) et sont suivis dans 10 à 20 % des cas d'un diagnostic de néoplasie intraépithéliale. (8) La prise en charge des ASCUS a bien été codifiée par l'ANAES en 1998, mise à jour en 2002. (9)

Trois prises en charge sont proposées. La première alternative est une colposcopie d'emblée. Si la colposcopie est considérée comme normale, avec une jonction pavimento-cylindrique parfaitement vue, un nouveau frottis doit être réalisé après un intervalle de 3 à

6 mois. La deuxième alternative est un frottis de contrôle à 6 mois. S'il est négatif, il est suivi d'un FCU à 1an puis, et si celui-ci est normal, d'un deuxième à un an d'intervalle. Ces FCU doivent rester normaux avant la reprise des cytologies de routine. Un FCU anormal doit amener à réaliser une colposcopie. La troisième alternative est une recherche d'HPV oncogènes. Elle est suivi d'une colposcopie si elle est positive, ou d'un FCU de contrôle à 1an si elle est négative. (Annexe 3)

Très peu d'études en France ont évalué la prise en charge et le suivi des ASCUS en médecine générale. Pourtant le médecin généraliste est le 2<sup>ème</sup> prescripteur de frottis après le gynécologue. (2) Une étude a comparé le suivi des FCU ASCUS des femmes de 50 à 74 ans ayant participé au dépistage organisé des cancers en Isère, de 1991 à 2000, aux recommandations de l'ANAES. (10) Parmi les 1154 femmes, seules 28,4 % ont eu « une prise en charge conforme » aux recommandations de l'ANAES, dont seulement 22 % des 595 patientes suivies par un médecin généraliste.

Cette étude n'est cependant pas représentative de la population concernée par les frottis de dépistage (50-74 ans versus 25-65 ans, dépistage organisé versus individuel) ; et les données sont anciennes (1991-2000). Depuis 2000, l'information aux praticiens (par le biais notamment des FMC) s'est accentuée. La classification de Bethesda a été actualisée et les recommandations de l'ANAES ont été mises à jour. Le test HPV est remboursé par l'assurance maladie depuis 2004, dans le cadre d'un frottis ASCUS. L'utilisation de ce test n'a pas été évaluée dans l'étude Iséroise.

Avec l'évolution des pratiques et des recommandations, on peut émettre l'hypothèse que le suivi des frottis ASCUS s'est amélioré en médecine générale. Un suivi optimal permet une découverte précoce de lésions précancéreuses, voire invasives, du col.

Bien que le principal facteur contribuant à l'apparition du cancer invasif du col de l'utérus soit l'absence ou l'insuffisance de réalisation du FCU de dépistage, le défaut de prise en charge des frottis anormaux est un facteur important à prendre en compte. (11)(12)

C'est dans ce contexte qu'il paraissait intéressant de faire un travail évaluant la proportion de femmes présentant un frottis ASCUS, suivies par un médecin généraliste, bénéficiant d'un suivi conforme aux recommandations.

## **MATERIEL ET METHODE**

Il s'agissait d'une étude descriptive quantitative et rétrospective.

### ***Objectifs***

L'objectif de cette thèse était d'évaluer la proportion de femmes, âgées de 25 à 65 ans, présentant un frottis ASCUS suivies par un médecin généraliste, qui bénéficiaient d'un suivi conforme aux recommandations de l'ANAES.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les freins ou facteurs associés à un suivi conforme à ces recommandations.

### ***Hypothèse***

En partant sur la base des chiffres avancés par l'étude Iséroise, l'hypothèse émise était que le suivi des patientes à frottis ASCUS s'était amélioré en médecine générale.

### ***Critère de jugement***

Le critère de jugement principal était la conformité du suivi à celui décrit par l'ANAES en 2002. La prise en charge était alors considérée comme « conforme », « complète mais non conforme » ou « incomplète ».

### ***Définitions***

La prise en charge était considérée comme « conforme » aux recommandations de l'ANAES s'il était réalisé après un frottis ASCUS:

-soit une colposcopie d'emblée dans les 3 mois suivant le frottis ASCUS, suivi d'un frottis 10 à 14 mois après, si normal et satisfaisant.

-soit un test HPV, dans les 3 mois suivant le frottis ASCUS, suivi d'une colposcopie si positif ou, si négatif, d'un deuxième frottis 10 à 14 mois après le test HPV.

-soit un frottis entre 3 à 7 mois après le frottis ASCUS, puis si normal d'un deuxième frottis 10 à 14 mois après le premier frottis. Un troisième frottis devait être réalisé entre 10 à 14 mois après le deuxième frottis si celui-ci était normal.

Un test HPV ou un frottis de contrôle anormal devait entraîner la réalisation d'une colposcopie dans les 4 mois.

La prise en charge était considérée comme « complète mais non conforme » si le schéma préconisé par l'ANAES avait été réalisé mais en dehors des délais définis ci-dessus.

La prise en charge était considérée comme « incomplète » s'il manquait un examen de contrôle, ou si aucune colposcopie n'avait été réalisée après un frottis de contrôle anormal ou un test HPV positif.

### ***Population***

Les critères d'inclusion étaient les femmes âgées de 25 à 65 ans, ayant présenté un résultat de frottis classé ASCUS. N'étaient inclus que les frottis réalisés par un médecin généraliste, pendant la période étudiée.

Les critères d'exclusion étaient les femmes de moins de 25 ans et celles de plus de 65 ans, celles dont le frottis était classé autre qu'ASCUS, ou dont le FCU avait été réalisé par un autre professionnel de santé qu'un médecin généraliste.

### ***Calcul de l'effectif***

Le calcul a été réalisé à l'aide de l'interface BiostaTGV. La taille prévue de l'échantillon était de 152 frottis, en acceptant un risque de première espèce  $\alpha$  à 5 %.

### ***Recueil des données***

#### **1. Au laboratoire**

Le recueil des données s'est fait dans un premier temps auprès du laboratoire d'anatomo-cytopathologie privé Technipath de Limonest.

À l'aide du logiciel CYAN© du laboratoire, n'ont été sélectionnés que les frottis ASCUS, réalisés chez des femmes de 25 à 65 ans. La totalité des FCU enregistrés au laboratoire du 01 janvier 2011 au 31 juillet 2011 a été analysée.

La spécialité de chaque médecin prescripteur était recherchée sur le site ameli.fr ou sur pagesjaunes.fr. Seuls les frottis ASCUS faits par des médecins généralistes ont été retenus.

Un tableau Excel à 8 variables a été réalisé à partir de ces données: numéro d'identification du frottis, date de diagnostic, nom et prénom de la patiente, sa date de naissance, sa commune de résidence, nom et prénom du médecin prescripteur, coordonnées de ce médecin, et autres examens répertoriés dans le laboratoire pour cette patiente.

La commune de résidence de la patiente et le lieu d'installation du médecin étaient classés en rural (< 2000 habitants), semi-urbain (entre 2000 et 30000 habitants) ou urbain (>30000 habitants)

## **2. Auprès des médecins généralistes**

Le recueil des données devait initialement être réalisé par un questionnaire téléphonique auprès des médecins généralistes sélectionnés. Mais devant des difficultés techniques et d'organisation, un courrier (Annexe 4) a finalement été envoyé à chacun de ces médecins, accompagné d'un questionnaire standardisé concernant le suivi de ces frottis (Annexe 5) et d'une enveloppe réponse.

Il leur était d'abord demandé s'ils étaient le médecin traitant de la patiente concernée. Ils devaient ensuite renseigner si un premier contrôle du frottis ASCUS avait été effectué (frottis, coloscopie ou test HPV), dans quel délai et par qui (lui-même ou un autre professionnel de santé : gynécologue, autre). Ils devaient également renseigner le résultat de ce contrôle.

Si le contrôle n'avait pas été fait, la raison leur était demandée par une question ouverte, afin d'analyser au mieux les freins à cette réalisation.

Il en était de même quant à un 2ème et un 3ème contrôle.

Les données sociodémographiques du médecin (âge, sexe et mode d'installation) étaient recueillies en fin de questionnaire.

Une relance téléphonique était réalisée 1 mois après l'envoi des questionnaires. Après deux tentatives sans réponse, le médecin était considéré comme injoignable.

Au final, les données ont été recueillies dans un tableau Excel, comprenant 5 facteurs étudiés : patiente (nom et prénom anonymisés, âge et type de commune de résidence), médecin généraliste (médecin traitant, âge, sexe, lieu et mode d'installation), premier contrôle (type, délais, opérateur, résultat, cause de non réalisation), deuxième contrôle (type, délais, opérateur, résultat, cause de non réalisation), troisième contrôle (type, délais, opérateur, résultat, cause de non réalisation).

### ***Protection des personnes***

Les données recueillies ont uniquement été utilisées dans le but de cette étude avec respect du secret professionnel. Un contrat de confidentialité a été passé avec le laboratoire (Annexe 6).

Les résultats ont été anonymisés : seules les 3 premières lettres des noms et prénoms étaient conservées. Les dates de naissance et les lieux de résidence étaient supprimés. Seuls étaient conservés les âges et les types de lieux de résidence (rural, semi-urbain ou urbain).

### ***Analyse statistique***

Les outils statistiques des études descriptives tels que la fréquence, la médiane ou la moyenne ont été utilisés pour l'analyse des résultats, avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

Les tests statistiques utilisés étaient le test du Chi-2 et de Fisher à l'aide du site [biostatgv.fr](http://biostatgv.fr), avec un seuil de significativité retenu strictement inférieur à 5% ( $p < 0.05$ ).

## RESULTATS

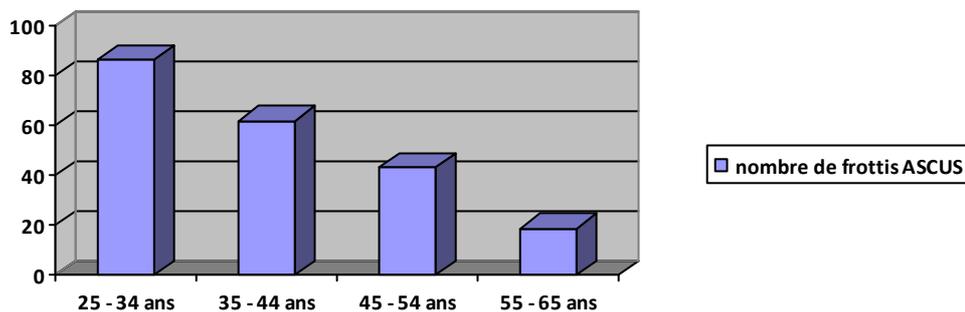
### *Données recueillies auprès du laboratoire*

127 181 frottis ont été analysés durant la période du 01/01/2011 au 31/07/2011 au laboratoire Technipath de Limonest (86 909 frottis conventionnels et 40 272 en phase liquide).

Au total 2 801 (2.2%) frottis ont été diagnostiqués ASCUS chez des patientes âgées de 25 à 65 ans sur la même période dans ce laboratoire. Parmi ceux-ci 210 (7.5%) ont été réalisés par des médecins généralistes (dont 27 en phase liquide).

L'âge moyen des 210 patientes, au moment du frottis ASCUS réalisé, était de 39.1 ans avec un écart type de 10.5 années, médiane à 38 ans (Figure 1).

**Figure 1 Répartition des 210 frottis ASCUS en fonction de l'âge des patientes**



### *Taux de participation et analyse des participants*

210 questionnaires ont été adressés à 144 médecins généralistes.

93 médecins ont répondu à ce questionnaire, dont 11 (11.8%) après relance. Soit un taux de participation de 64.6%.

Au total, 142 questionnaires ont été recueillis. 140 ont été analysés, 2 ont été reçus après analyse. Parmi les non répondants, 18 ont cessé d'exercer, 1 était en congé maternité.

74 (81.3%) des médecins répondants étaient des femmes. La différence était significative par comparaison aux non répondants. (Tableau 1).

**Tableau 1 Comparaison répondants - non répondants**

Caractéristiques	Répondants (n=91)	Non répondants (n=53)	Valeur <i>p</i>
Sexe			
Femme	74 (81.3%)	35 (66%)	<b>0.04</b>
Homme	17 (18.7%)	18 (34%)	<b>0.04</b>
Lieu d'exercice			
Rural	16 (17.6%)	7 (13.2%)	0.49
Semi Urbain	49 (53.8%)	30 (56.6%)	0.65
Urbain	26 (28.6%)	16 (30.2%)	0.84

52.7% des médecins répondants avaient plus de 49 ans (Tableau 2). 53.8% exerçaient en semi urbain et 62.6% en groupe.

L'âge moyen des médecins participants était de 48.9 ans avec un écart type de 8.9 années (minimale 33 ans, maximale 74 ans).

**Tableau 2 Caractéristiques des médecins répondants**

Caractéristiques	Répondants Femme (n=74)	Répondants Homme (n=17)	Valeur <i>p</i>
Age			
< 40 ans	15 (20.3%)	2 (11.8%)	0.51
40 à 49 ans	24 (32.4%)	2 (11.8%)	0.14
> 49 ans	35 (47.3%)	13 (76.4%)	<b>0.03</b>
Lieu d'exercice			
Rural	12 (16.2%)	4 (23.5%)	0.49
Semi urbain	43 (58.1%)	6 (35.3%)	0.09
Urbain	19 (25.7%)	7 (41.2%)	0.20
Mode d'exercice			
Groupe	49 (66.2%)	8 (47%)	0.14
Maison de santé	5 (6.8%)	2 (11.8%)	0.61
Individuel	20 (27%)	7 (41.2%)	0.25

Les données sociodémographiques sont représentées dans le tableau 3 afin de pouvoir les comparer à la population des médecins généralistes de France Métropolitaine selon les données démographiques de 2010 consultables sur le site ameli.fr.

**Tableau 3 Comparaison médecins répondants - médecins de France Métropolitaine**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Médecins généralistes répondants (n=91)</b>	<b>Médecins généralistes France métropolitaine (n=53422)</b>	<b>Valeur <i>p</i></b>
<b>Sexe</b>			
Femme	74 (81.3%)	15045 (28.2 %)	<b>&lt;0.001</b>
Homme	17 (18.7%)	38377 (71.8 %)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Age</b>			
< 40 ans	17 (18.7%)	5720 (10.7 %)	<b>0.01</b>
40 à 49 ans	26 (28.6%)	12932 (24.2 %)	0.33
> 49 ans	48 (52.7%)	34659 (64.9 %)	<b>0.01</b>
Inconnu	0	111 (0.2 %)	1
Age moyen	48.9	52	

La population de médecins répondants était plus féminine et plus jeune que la population générale de médecins généralistes (différence significative).

## **Population**

140 questionnaires ont été recueillis du 14 janvier au 25 avril 2015. Tous ont été analysés.

97 (69.3%) patientes avaient moins de 45 ans (dont 53 patientes âgées de moins de 35 ans). 66 (47.1%) vivaient en secteur semi urbain (Tableau 4). L'âge moyen des patientes était de 39.7 ans avec un écart type de 10.3 années.

104 (74.3%) des frottis ASCUS étudiés avaient été réalisés par les médecins traitants des patientes.

**Tableau 4 Caractéristiques des patientes aux frottis ASCUS étudiés**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Patientes (n=140)</b>
Age	
25-34 ans	53 (37.9%)
35-44 ans	44 (31.4%)
45-54 ans	31 (22.1%)
55-65 ans	12 (8.6%)
Lieu de résidence	
Rural	42 (30%)
Semi urbain	66 (47.1%)
Urbain	32 (22.9%)
Frottis ASCUS étudié	
Réalisé par le médecin traitant	104 (74.3%)
Non réalisé par le médecin traitant	29 (20.7%)
Ne sait pas	7 (5%)

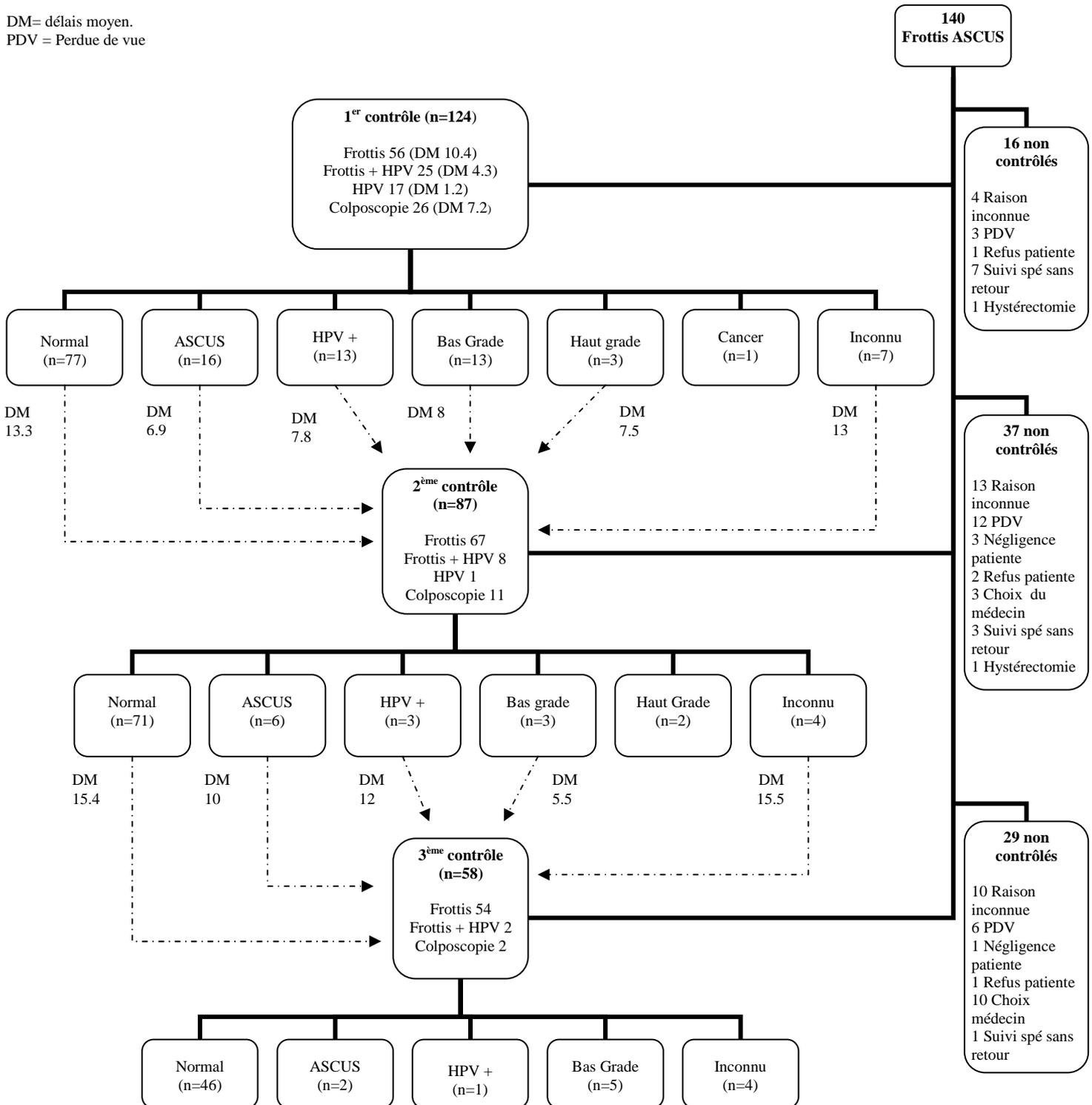
Parmi ces 140 patientes, 27 (19.3%) avaient un antécédent connu de ASCUS au laboratoire de Limonest, dont 2 suivis d'un CIN 1. 3 patientes avaient déjà présenté un résultat histologique de CIN 1, 4 un résultat cytologique de LSIL (dont 1 suivi d'un CIN 2-3) et 2 un résultat d'AGC.

## Suivi des ASCUS

Le suivi des ASCUS est résumé dans la Figure 2

**Figure 2 Résumé des suivis ASCUS**

DM= délais moyen.  
PDV = Perdue de vue



## 1. Contrôles des ASCUS

### 1.1. Premier contrôle

124 (88.6%) frottis ASCUS ont bénéficié d'un contrôle (Tableau 5).

Tableau 5 Caractéristiques des premiers contrôles des frottis ASCUS

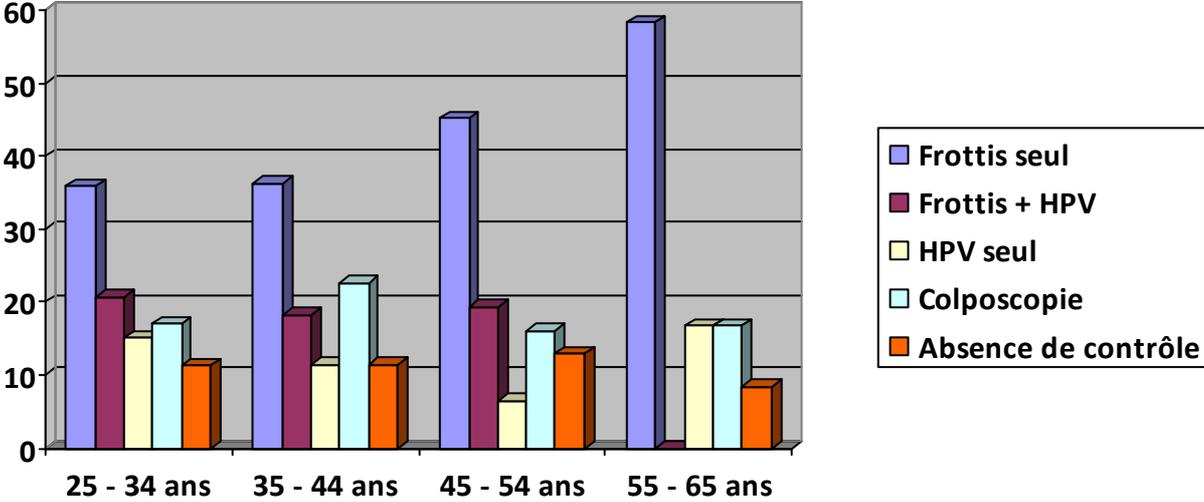
Caractéristiques	Frottis seul (n=56)	Frottis + HPV (n=25)	HPV seul (n=17)	Colposcopie (n=26)	Valeur <i>p</i>
<b>Délai de réalisation</b>					
< 3 mois	11 (19.6%)	16 (64%)	13 (76.5%)	9 (34.6%)	<0.001
3 à 7 mois	17 (30.4%)	4 (16%)	1 (5.9%)	6 (23.1%)	0.16
> 7 mois	26 (46.4%)	5 (20%)	0	4 (15.4%)	<0.001
Inconnu	2 (3.6%)	0	3 (17.6%)	7 (26.9%)	0.002
Délai moyen (mois)	10.4 (σ 9.1)	4.3 (σ 6.5)	1.2 (σ 0.8)	7.2 (σ 11.1)	
<b>Médecin préleveur</b>					
Identique à l'ASCUS	49 (87.5%)	23 (92%)	13 (76.5%)	0	<0.001
Gynécologue	4 (7.1%)	2 (8%)	3 (17.6%)	26 (100%)	<0.001
Autre	3 (5.4%)	0	1 (5.9%)	0	0.48
<b>Résultat</b>					
Normal	41 (73.2%)	11 (44%)	11 (64.7%)	14 (53.9%)	0.06
Anormal	14 (25%)	14 (56%)	5 (29.4%)	7 (26.9%)	0.04
Inconnu	1 (1.8%)	0	1 (5.9%)	5 (19.2%)	0.009

15 frottis ASCUS n'ont pas été contrôlés. Une patiente a subi une hystérectomie 3 mois après le frottis ASCUS devant une indication pour utérus fibromateux (col sain à l'analyse anatomopathologique).

Dans 7 (46.7%) cas de non contrôle, la raison était l'absence de retour du suivi spécialisé par le gynécologue, et dans un cas le refus de la patiente. 3 patientes ont été perdues de vue au premier contrôle.

Quelque soit l'âge de la patiente, la principale technique utilisée était le frottis seul (Figure 3).

Figure 3 Technique utilisée en fonction de l'âge (en pourcentage)



## 1.2. Deuxième contrôle

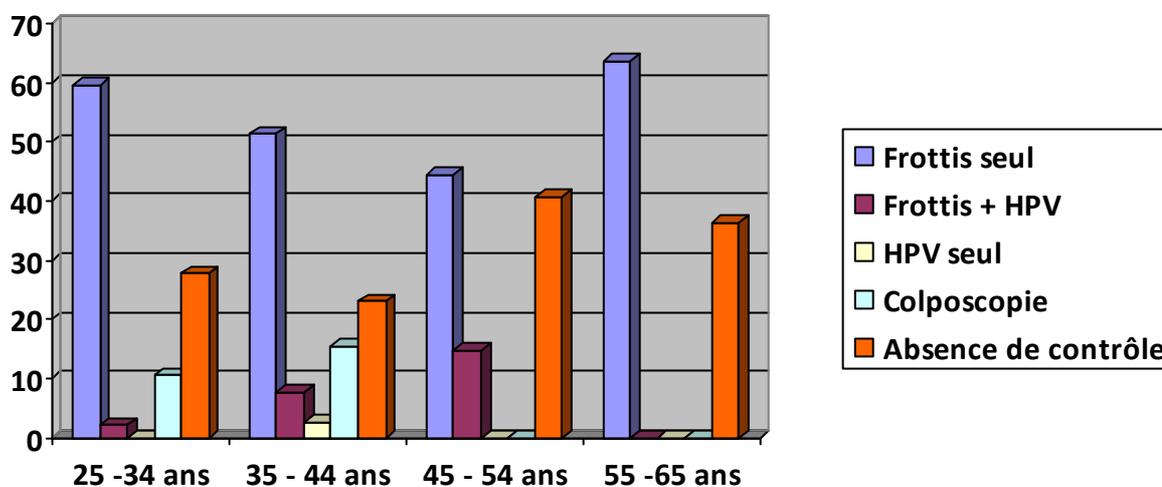
37 (29.8%) des 124 premiers contrôles n'ont pas eu d'autre examen ultérieur.

Les raisons évoquées à l'absence de contrôle étaient inconnues dans 13 cas (35,1%). La négligence de la patiente, le choix du médecin et l'absence de retour du suivi par le gynécologue étaient chacun avancés dans 3 cas (8.1%). Le refus de la patiente était la cause de l'absence de contrôle dans 2 cas (5.4%).

12 (32.4%) patientes ont été perdues de vue. 1 patiente a été opérée d'une hystérectomie pour utérus fibromateux (col sain à l'anatomopathologie).

Quelque soit l'âge, la technique la plus employée était le frottis seul (Figure 4). L'absence de 2<sup>ème</sup> contrôle était plus importante chez les femmes de plus de 45 ans (p 0.4).

Figure 4 Technique utilisée en fonction de l'âge (en pourcentage)



### 1.2.1 Après un premier contrôle normal

52 (67.5%) examens ont été secondairement réalisés après un premier contrôle normal (Tableau 6).

**Tableau 6 Caractéristiques des deuxièmes contrôles des frottis ASCUS**

Caractéristiques 2 <sup>ème</sup> contrôle	Frottis seul (n=45)	Frottis + HPV (n=6)	Colposcopie (n=1)	Valeur <i>p</i>
<b>Technique du 1<sup>er</sup> contrôle</b>				
Frottis seul	21 (46.7%)	1 (16.7%)	1 (100%)	0.14
Frottis + HPV	6 (13.3%)	3 (50%)	0	0.09
HPV seul	8 (17.8%)	0	0	0.64
Colposcopie	10 (22.2%)	2 (33.3%)	0	0.71
<b>Délai après 1er contrôle</b>				
< 10 mois	14 (31.1%)	3 (50%)	0	0.59
10 – 14 mois	10 (22.2%)	2 (33.3%)	1 (100%)	0.18
> 14 mois	15 (33.4%)	1 (16.7%)	0	0.76
Inconnu	6 (13.3%)	0	0	0.99
Délai moyen	13.8 (σ 8.4)	9.7 (σ 8)	10	
<b>Préleveur du 2<sup>ème</sup> contrôle</b>				
Identique à l'ASCUS	37 (82.2%)	4 (66.7%)	1 (100%)	0.65
Gynécologue	7 (15.6%)	2 (33.3%)	0	0.41
Autre	1 (2.2%)	0	0	0.99
<b>Résultat du 2<sup>ème</sup> contrôle</b>				
Normal	42 (93.3%)	5 (83.3%)	1 (100%)	0.45
Anormal	1 (2.2%)	1 (16.7%)	0	0.25
Inconnu	2 (4.5%)	0	0	0.99

Le délai moyen de réalisation d'un second contrôle était de 13.3 mois (écart type de 8.3 mois) après un premier contrôle normal.

2 (3.8%) des 52 seconds examens étaient anormaux après un premier contrôle normal.

### 1.2.2 Après un premier contrôle anormal

32 (80%) examens ont été secondairement réalisés après un premier contrôle anormal (Tableau 7).

Le délai moyen de réalisation d'un second contrôle était de 6.9 mois (écart type de 5 mois) après un premier contrôle anormal.

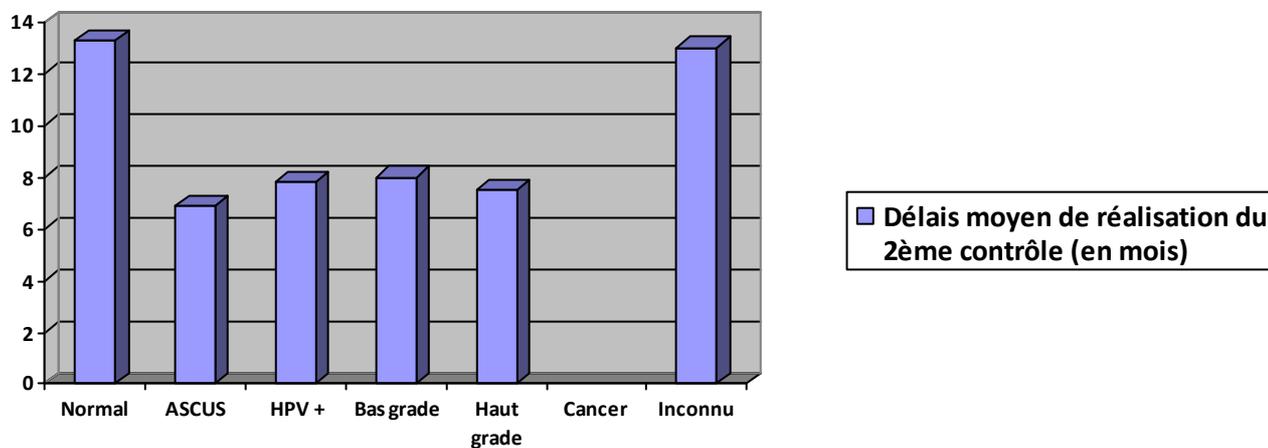
9 (28.1%) des 32 seconds examens étaient anormaux après un premier contrôle anormal (différence significative).

**Tableau 7 Caractéristiques des deuxièmes contrôles des frottis ASCUS**

Caractéristiques 2 <sup>ème</sup> contrôle	Frottis seul (n=19)	Frottis + HPV (n=2)	HPV seul (n=1)	Colposcopie (n=10)	Valeur <i>p</i>
<b>Technique du 1<sup>er</sup> contrôle</b>					
Frottis seul	4 (21%)	0	1 (100%)	4 (40%)	0.24
Frottis + HPV	9 (47.4%)	1 (50%)	0	2 (20%)	0.4
HPV seul	1 (5.3%)	0	0	4 (40%)	0.11
Colposcopie	5 (26.3%)	1 (50%)	0	0	0.16
<b>Délai après 1<sup>er</sup> contrôle</b>					
< 4 mois	1 (5.3%)	0	0	8 (80%)	<0.001
4 – 12 mois	15 (78.9%)	0	0	0	<0.001
> 12 mois	3 (15.8%)	1 (50%)	0	0	0.25
Inconnu	0	1 (50%)	1 (100%)	2 (20%)	0.004
Délai moyen	8.6 (σ 4.5)	14	-	1.9 (σ 1)	
<b>Préleveur du 2<sup>ème</sup> contrôle</b>					
Identique à l'ASCUS	14 (73.7%)	2 (100%)	0	1 (10%)	0.001
Gynécologue	3 (15.8%)	0	1 (100%)	9 (90%)	<0.001
Autre	2 (10.5%)	0	0	0	0.62
<b>Résultat du 2<sup>ème</sup> contrôle</b>					
Normal	16 (84.2%)	0	0	5 (50%)	0.01
Anormal	3 (15.8%)	2 (100%)	1 (100%)	4 (40%)	0.02
Inconnu	0	0	0	1 (10%)	0.4

Le délai moyen de réalisation du 2<sup>ème</sup> contrôle était compris entre 6 et 8 mois après un premier contrôle anormal, quelque soit l'anomalie au premier résultat (Figure 5).

Figure 5 Délais de réalisation du 2<sup>ème</sup> contrôle en fonction des résultats du premier



### 1.3. Troisième contrôle

58 (41.4%) des 140 frottis ASCUS ont bénéficié d'au moins 3 examens de contrôle.

Le délai moyen de réalisation était de 14.5 mois du deuxième contrôle, avec un écart type de 8 mois (Tableau 8).

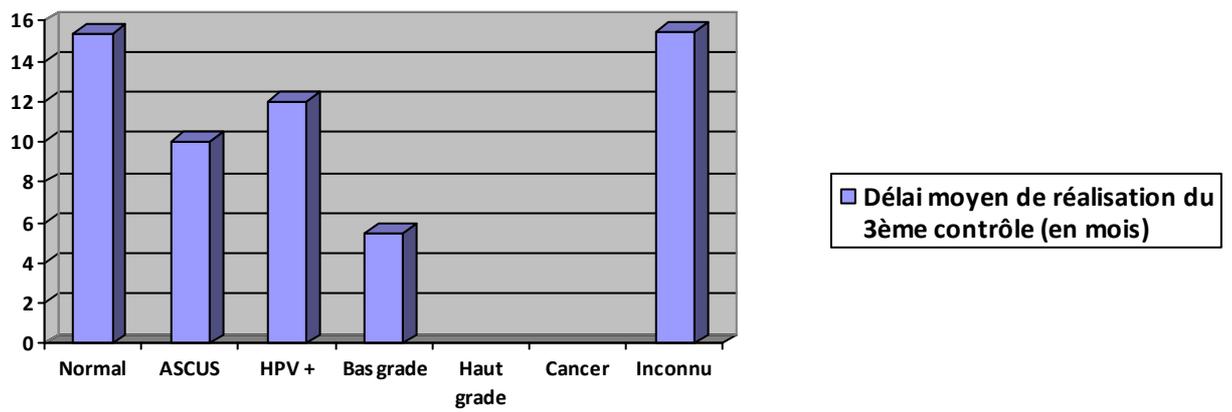
**Tableau 8** Caractéristiques des 3<sup>èmes</sup> contrôles en fonction des résultats des 2<sup>èmes</sup> contrôles.

	Après un 2 <sup>ème</sup> contrôle normal (n=47)	Après un 2 <sup>ème</sup> contrôle anormal (n=8)	Après un 2 <sup>ème</sup> contrôle inconnu (n=3)	Valeur <i>p</i>
<b>Technique du 3<sup>ème</sup> contrôle</b>				
Frottis seul	46 (97.9%)	5 (62.5%)	3 (100%)	<b>0.01</b>
Frottis + HPV	1 (2.1%)	1 (12.5%)	0	0.35
HPV seul	0	0	0	1
Colposcopie	0	2 (25%)	0	<b>0.03</b>
<b>Délai de réalisation du 3<sup>ème</sup> contrôle</b>				
< 10 mois	13 (27.7%)	4 (50%)	1 (33.3%)	0.47
10 - 14 mois	14 (29.8%)	2 (25%)	0	0.85
>14 mois	18 (38.3%)	1 (12.5%)	1 (33.3%)	0.36
Inconnu	2 (4.2%)	1 (12.5%)	1 (33.3%)	0.09
<b>Délai moyen</b>	15.4 (σ 8)	8.7 (σ5.1)	15.5 (σ 12)	
<b>Préleveur du 3<sup>ème</sup> contrôle</b>				
Identique à l'ASCUS	39 (83%)	4 (50%)	2 (66.7%)	0.08
Gynécologue	4 (8.5%)	4 (50%)	1 (33.3%)	<b>0.01</b>
Autre	4 (8.5%)	0	0	1
<b>Résultat du 3<sup>ème</sup> contrôle</b>				
Normal	39 (83%)	5 (62.5%)	2 (66.7%)	0.33
Anormal	6 (12.8%)	2 (25%)	0	0.57
Inconnu	2 (4.2%)	1 (12.5%)	1 (33.3%)	0.09

Parmi les 87 (33.3%) seconds contrôles, 29 n'ont pas eu d'examen ultérieur. Dans 34.5% des cas la raison invoquée était le choix du médecin de faire ce contrôle plus tard. 6 (20.7%) patientes ont été perdues de vue.

L'absence de 3<sup>ème</sup> contrôle était plus importante chez les femmes de plus de 55 ans (p 0.2).

Figure 6 Délai moyen de réalisation du 3ème contrôle en fonction des résultats du second contrôle



Le délai moyen de réalisation du 3<sup>ème</sup> contrôle était  $\leq 12$  mois quelque soit l'anomalie du 2<sup>ème</sup> contrôle. (Figure 6)

## 2. Résultats des contrôles

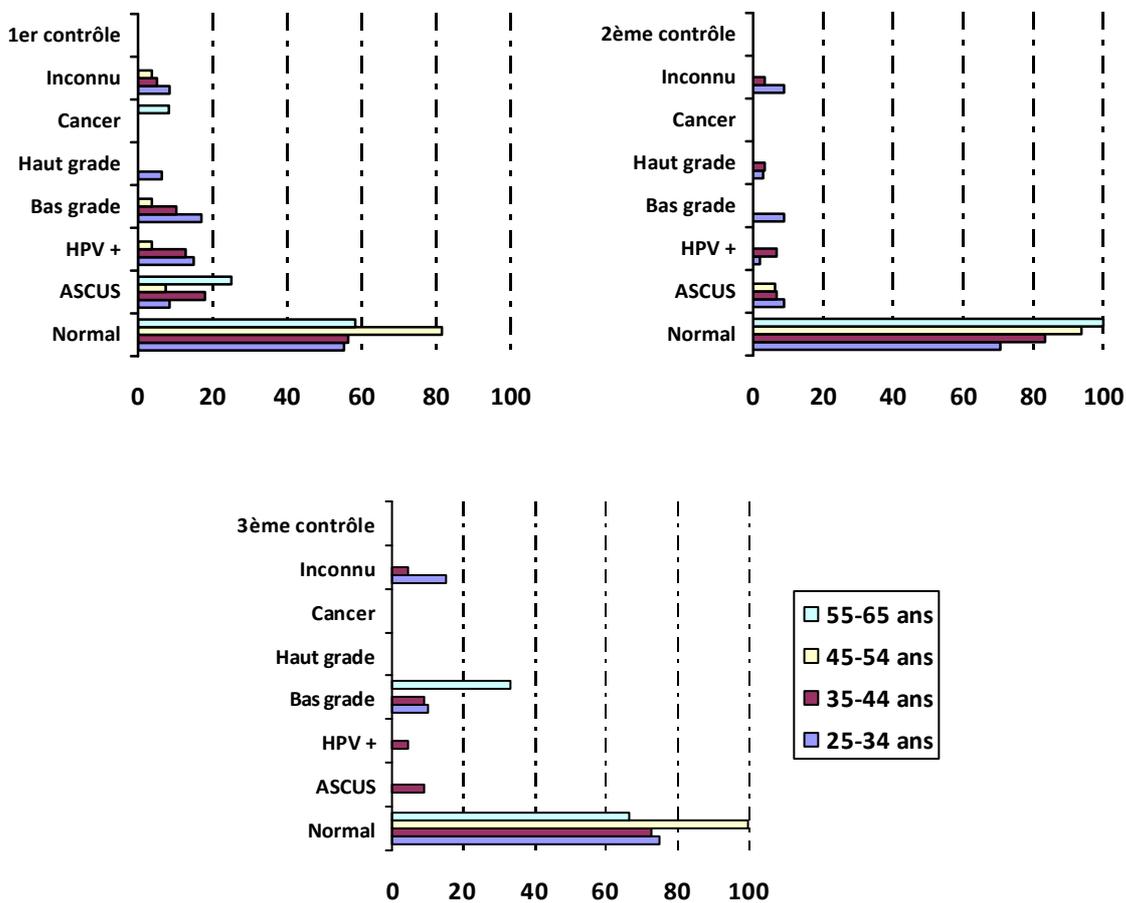
29.9 % des frottis ASCUS analysés ont été suivis d'anomalies cytologiques lors des contrôles effectués.

1 cancer de l'endomètre a été diagnostiqué chez une patiente de 63ans lors d'un premier contrôle par colposcopie (Tableau 9, Annexe 8).

Le nombre de frottis anormaux était significativement plus important dans la catégorie 25-34 ans que dans les autres catégories d'âges ( $p < 0.05$ ).

Il y avait plus de résultats inconnus chez les 25-34 ans ( $p < 0.05$ , Figure 7).

Figure 7 Anomalies en fonction de l'âge des patientes



Le nombre d'anomalies au second contrôle était significativement plus important lorsque le premier contrôle était lui-même anormal ( $p < 0.05$ ) (Tableau 10, Annexe 8).

Il y avait plus de résultats normaux au 3<sup>ème</sup> contrôle lorsque le second contrôle était aussi normal ( $p = 0.13$ ). (Tableau 11, Annexe 8).

### **3. Conformité à l'ANAES**

23 (16.4%) frottis ASCUS initiaux ont eu un suivi conforme aux recommandations de l'ANAES selon les questionnaires analysés, et 25 (17.9%) en complétant les données par les autres examens enregistrés au laboratoire.

42 (30%) des 140 frottis ASCUS ont eu un suivi « complet mais non conforme », 50 (35.7%) en complétant avec les données du laboratoire. 13 présentaient des délais de contrôle trop courts et 19 des délais trop longs par rapport aux recommandations. Pour 10 d'entre eux, le délai n'était pas connu.

75 (53.6%) frottis ASCUS initiaux ont eu un suivi « incomplet », 65 (46.4%) en complétant avec les données du laboratoire. Pour 54 de ces frottis, il manquait un examen de contrôle. 21 n'ont pas bénéficié de colposcopie après un examen de contrôle anormal ou d'un test HPV positif.

Les causes d'absence de contrôle ont été classées en plusieurs catégories en fonction des réponses des médecins généralistes : inconnue, patiente perdue de vue, négligence de la patiente, refus de la patiente, choix du médecin, suivi spécialisé sans retour, et hystérectomie.

#### ***3.1 En fonction du médecin préleveur initial***

Le suivi était conforme aux recommandations dans 14.4% des cas où le frottis ASCUS avait été réalisé par le médecin traitant, contre 22.2% pour un autre médecin préleveur (différence non significative).

66.7% des frottis ASCUS ont eu un suivi incomplet s'ils avaient été réalisés par un homme, contre 50.9% par une femme (p 0.15).

Il n'y avait pas de différence significative du suivi en fonction de l'âge du médecin préleveur ni de son mode d'exercice.

#### ***3.2 En fonction de la patiente***

Le suivi était incomplet pour 56.6% des femmes de 25 à 34 ans, contre 75% chez les 55 à 65 ans (p 0.4). Il n'y avait pas de différence significative en fonction du lieu d'habitation de la patiente.

### 3.3 Usage de la colposcopie après contrôle anormal

33 frottis et/ou test HPV étaient anormaux lors du premier contrôle. 10 d'entre eux ont bénéficié d'une colposcopie par la suite (délai moyen 1.9 mois,  $\sigma$  1 mois). Sur ces 10 colposcopies, 2 résultats sont revenus CIN 1, 1 CIN 2 et 1 CIN 3. 16 des 33 résultats anormaux ont été recontrôlés par frottis et/ou test HPV (3 revenus ASCUS, 1 HPV + et 1 LSIL) avec un délai moyen de 9.7 mois ( $\sigma$  4.8 mois). 7 n'ont pas bénéficié de contrôle.

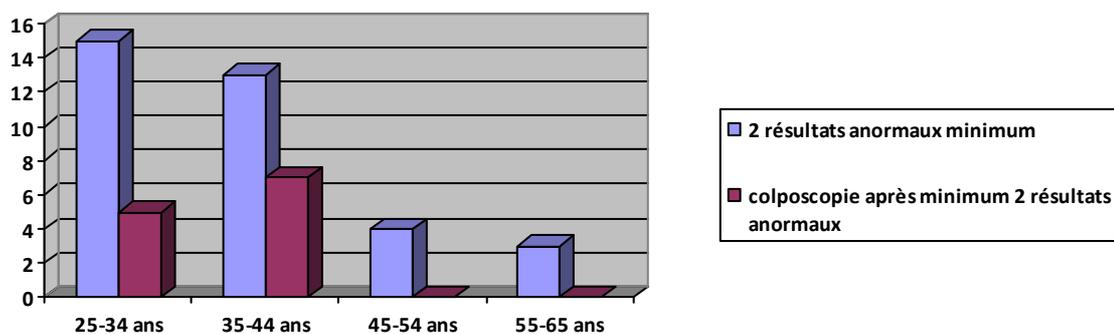
Après un premier contrôle normal, 2 examens sont revenus anormaux (ASCUS) lors du deuxième contrôle. Tous deux ont été recontrôlés par un frottis, dont le résultat était normal (délai moyen de 10.5 mois,  $\sigma$  4.9 mois). Une patiente avait refusé la colposcopie proposée.

5 frottis ASCUS initiaux ont été suivis à 2 reprises par frottis ou test HPV revenus anormaux aux 2 contrôles. 2 ont été suivis d'une colposcopie (revenues CIN 1 toutes les 2), avec un délai moyen de 1 mois. 2 ont été contrôlés par frottis, avec un délai moyen de 6.5 mois,  $\sigma$  2.5mois (1 résultat normal, 1 résultat inconnu). 1 n'a pas été recontrôlé (patiente perdue de vue).

Au total, parmi les 35 patientes ayant présenté 1 examen de contrôle anormal, 12 (34.3%) ont bénéficié d'une colposcopie dans le suivi.

Comme représenté dans la Figure 8, les patientes de moins de 45 ans ont eu plus de colposcopies après 2 résultats anormaux que les femmes de 45 à 65 ans ( $p=0.09$ ).

Figure 8 Contrôle colposcopique après résultats anormaux en fonction de l'âge



## DISCUSSION

53.6 % des patientes âgées de 25 à 65 ans à frottis ASCUS analysé, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 juillet 2011, ont eu un suivi complet, dont 17.9% avec des délais conformes aux recommandations de l'ANAES.

Afin d'améliorer le dépistage de lésions précancéreuses et de cancers du col de l'utérus, il paraît nécessaire d'optimiser le suivi de ces femmes aux frottis ASCUS.

### *Forces et limites de l'étude*

On note une très bonne participation à cette étude de la part des médecins généralistes (64.6%). Cela montre leurs intérêts pour le suivi de leurs patientes, et probablement aussi leurs intérêts pour la prévention et le dépistage. Cette participation a peut-être été favorisée par le fait de les interroger sur leurs propres patientes, et donc de se sentir plus impliqués. Dans une étude réalisée en Bretagne, en 2005, étudiant l'activité gynécologique des médecins généralistes, 87% estimaient avoir un rôle majeur dans la prévention et le dépistage. (13)

Les médecins généralistes sont de plus en plus amenés à réaliser les frottis de dépistage. Le nombre de gynécologues en France est en nette diminution, on compte aujourd'hui 15 gynécologues pour 100 000 habitants. (2) Dans l'étude bretonne, 80% des médecins généralistes interrogés déclaraient pratiquer des frottis.

On remarque une plus grande participation dans notre étude de la part des médecins généralistes femmes, contraire à la démographie médicale actuelle. On peut expliquer cette participation par le fait que les médecins femmes réalisent plus de frottis. Une étude menée par l'observatoire régional de la santé de Bourgogne retrouvait que 87.5% de femmes réalisaient des frottis contre 68.8% pour leurs confrères masculins (différence significative). (14) Plusieurs études ont démontré que ceci était notamment dû au fait que les patientes préféraient avoir un médecin femme pour ce geste. (15)(16)

Notre population de médecins répondants est plus jeune que la moyenne des médecins généralistes de France. Ceci peut probablement s'expliquer par une amélioration de la formation gynécologique en médecine générale. Les jeunes médecins ont reçu une meilleure formation avec la mise en place d'un stage obligatoire en gynécologie dès 2001 aux résidents

en médecine générale (17) puis par la mise en place d'un internat et d'un Diplôme d'Études Spécialisés (D.E.S) de médecine générale en 2004. (18)

Notre étude comporte un biais de sélection du fait du recrutement dans un seul laboratoire. Cependant nous avons choisi le laboratoire qui gère le plus de dossiers dans le Rhône pour être le plus représentatif possible de la population.

Le recul de notre étude, en recueillant des données de 2011, était suffisant pour évaluer un suivi optimal des patientes selon les recommandations.

On peut discuter de différences non significatives concernant l'influence possible de certains facteurs sur le suivi conforme de patientes à frottis ASCUS. Cela peut probablement s'expliquer par un échantillon trop petit, bien que proche du calcul de l'échantillon initial.

Il aurait été intéressant d'évaluer l'impact d'une éventuelle formation en gynécologie (stage lors des études médicales, diplôme universitaire, FMC...) des médecins généralistes sur le suivi des femmes à frottis ASCUS. Une étude réalisée en 2012 démontrait que les médecins formés à la gynécologie réalisaient plus d'actes de gynécologie, mais n'évaluait pas le suivi des frottis anormaux. (19) Cette étude comportait cependant un biais : les médecins réalisant des formations complémentaires en gynécologie sont *a priori* plus intéressés par cette discipline. Ils réalisent donc plus d'actes de gynécologie dans leurs pratiques aussi du fait de leurs affinités pour la gynécologie.

## *Discussion des résultats*

Peu d'études en France ont évalué le suivi de femmes à frottis ASCUS. Dans l'étude réalisée en Isère, de 1991 à 2000, 87% des patientes ont eu un suivi complet après un frottis ASCUS (28.4% conforme aux délais de l'ANAES et 58.6% non conforme). Seulement 22 % des 595 patientes suivies par un médecin généraliste ont eu un suivi conforme. (10) Cependant cette étude ne concernait que des patientes âgées de 50 à 74 ans et donc peu comparable à notre étude. Les données utilisées étaient anciennes et l'étude n'évaluait pas l'usage du test HPV. De plus, il s'agissait de frottis réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé avec relance par courrier des patientes, augmentant probablement l'observance au suivi. Ce dépistage s'inscrivait également dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein. Les patientes y participant sont donc aussi peut être plus « soucieuses » de leur santé.

Une thèse réalisée dans le Maine et Loire étudiait le suivi de 283 patientes à frottis ASCUS, réalisés par des médecins généralistes en 2011. (20) Dans cette étude, 58% des patientes ont bénéficié d'un suivi complet dont 25.1% conforme aux délais de l'ANAES. La différence avec nos résultats peut s'expliquer notamment par le fait qu'il s'agissait d'une étude réalisée dans le cadre d'un dépistage organisé. C'était également une étude interventionnelle. Les médecins préleveurs recevaient des relances par courrier, et téléphone, rappelant l'arbre décisionnel en cas d'ASCUS, et en période attendue de contrôle. Ces relances ont pu participer à augmenter le suivi de certaines patientes par leurs médecins.

Dans notre étude, 28% des suivis incomplets étaient dus à l'absence de contrôle par colposcopie d'un examen de contrôle anormal. 34.3 % des patientes ayant eu un examen de contrôle anormal ont bénéficié d'une colposcopie. Ce chiffre est moins important que dans une étude parue en 2005 dans The American College Of Obstetricians and Gynecologists (21). Cette étude étudiait le suivi de patientes à frottis ASCUS ou LSIL suivi d'un deuxième résultat ASCUS ou LSIL lors d'un programme de dépistage. 44% d'entre elles ont eu une colposcopie. La différence peut s'expliquer par le fait que le suivi se faisait dans le cadre d'un programme de dépistage organisé. Il s'agissait de patientes à frottis ASCUS (avant modification en 2002 du programme de dépistage, en fonction de la classification de Bethesda), mais aussi à frottis LSIL, qui suscitaient peut-être plus de méfiance de la part des professionnels de santé. Les tests HPV n'étaient pas encore disponible (patientes suivies de

1991 à 2000).

Les 72% restant des suivis incomplets, de notre étude, l'étaient à cause d'un examen de contrôle non réalisé. 15% des patientes ont été perdues de vue. Pour 11 frottis, le suivi était réalisé par un gynécologue, mais sans retour au médecin généraliste. La principale raison s'explique certainement par l'accès libre au gynécologue dans le parcours de soin. Dans une étude Iséroise, 67% des médecins qui ne réalisaient pas de frottis disposaient des comptes rendus d'anatomopathologie, presque toujours transmis par la patiente. (22) Il est donc possible que notre étude sous estime la proportion de patientes ayant eu un suivi complet.

Le suivi était plus souvent incomplet si le médecin préleveur initial était un homme. Les médecins généralistes hommes réalisent moins de frottis que les femmes. Les médecins femmes sont plus impliquées. Plusieurs études ont montré que les médecins femmes faisaient plus confiance à l'efficacité du dépistage du cancer du col de l'utérus, et étaient plus à l'aise à faire des frottis. Elles ressentent plus de responsabilité personnelle à s'assurer du dépistage de leurs patientes. (23) (24)

75 % du suivi des femmes âgées de 55 à 65 ans à frottis ASCUS était incomplet, contre 56.6 % pour les patientes de 25 à 34 ans. Une tendance qui s'explique notamment par le fait que les femmes se font moins suivre sur le plan gynécologique après la ménopause. L'étude de Badet-Phan *et al* a mis en évidence plusieurs obstacles des médecins au dépistage chez les femmes de 50 à 65 ans. Ils étaient liés à la patiente (méconnaissance du dépistage, peur de l'examen ou du résultat, freins économiques ou sociaux), au médecin (doute sur le bénéfice du frottis, méconnaissance de l'âge d'arrêt, difficultés techniques, faible motivation pour les frottis, oubli) ou à la relation médecin-patient (pudeur, manque de disponibilité, alliance thérapeutique fragile). (25)

Il est possible également que les médecins suivent de façon plus attentionnée les jeunes patientes. Ils en ont probablement plus l'occasion (suivi de grossesse et contraception notamment). En effet parmi les caractéristiques les plus importantes associées à la réalisation du FCU au cours des 3 dernières années on retrouve le fait d'être âgée de moins de 50 ans (35 à 49 ans), d'être active, d'être sous contraception, ou de ne pas être ménopausée. (26) (27)

Nous n'avons pas trouvé de différence significative quant à un suivi complet en

fonction du lieu de résidence de la patiente. Cependant le laboratoire de Limonest recevant les frottis réalisés surtout aux alentours de Lyon, les patientes habitant dans des communes dites rurales ont tout de même un accès aux soins plus facile. Comme pour le dépistage, les femmes vivant en zone rurale se font probablement moins suivre que celles vivant en zone urbaine. (28)

La technique la plus utilisée pour le suivi est le FCU. 26 patientes (20%) ont eu une colposcopie d'emblée. Aux États Unis, l'ASCCP (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) ne propose plus depuis 2012 la colposcopie en première intention. (29)(30) La colposcopie reste considérée comme le gold standard. Mais bien que sa sensibilité soit excellente (95%) , son manque de spécificité (48%) conduit à des biopsies répétées, à l'origine de surdiagnostics, traitements inutiles et d'anxiété pour la patiente. (7) (31)

## *Hypothèses*

A peine la moitié des patientes de notre étude ont donc eu un suivi complet. Il est important d'essayer d'en comprendre les raisons pour améliorer ce suivi.

Du côté des soignants, les médecins généralistes semblent maîtriser les recommandations, bien que certains aimeraient une conduite à tenir plus précise sur les rapports d'anatomopathologistes. (22) Il est sûrement nécessaire d'accentuer dans les formations continues gynécologiques sur le suivi des frottis anormaux. Bien que les généralistes s'accordent un rôle important dans la prévention, certains se désintéressent du suivi gynécologique, notamment lorsque leurs patientes sont suivies par un gynécologue. (32) Le manque de communication entre gynécologues et généralistes est certainement un facteur à un mauvais suivi des patientes. D'autres travaux retrouvaient également ce défaut de communication. (33)(34)

Du côté des patientes, de multiples études ont montré que les patientes manquaient d'informations sur la prévention du cancer du col de l'utérus et son histoire naturelle, mais aussi sur les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus (35) (36) (37). Les freins au mauvais suivi d'un FCU anormal semblent être les mêmes que ceux de la participation au dépistage. (2) Parmi ces freins on retrouve les facteurs socioéconomiques (faible niveau d'éducation ou faibles revenus, minorités ethniques) ; une mauvaise expérience de dépistage (peur de l'examen gynécologique) ; des freins psychologiques (fatalisme, peur du résultat). (38)(39)(28)

Concernant les patientes ayant eu un suivi complet mais non conforme, les délais recommandés par l'ANAES sont peut-être parfois difficiles à mettre en œuvre. Certaines patientes peuvent être préoccupées par d'autres difficultés dans leurs vies quotidiennes ou ne pas avoir le temps. (40) Le médecin peut également oublier de proposer le suivi lors d'une consultation. (25) Ceci montre l'intérêt des rappels informatiques. Plusieurs études ont montré que les rappels permettent d'obtenir une amélioration des processus de soins. (41)

Près de 20 % des patientes avaient déjà présenté un résultat ASCUS par le passé. Le fait que le suivi des frottis ASCUS puisse être long et récidivant participe aussi à la banalisation de ces lésions et à un moindre suivi.

## *Ouvertures*

Afin d'optimiser le suivi des frottis ASCUS en médecine générale, il est important d'améliorer notre pratique médicale et d'impliquer les patientes dans leurs suivis.

Plusieurs aspects de notre pratique médicale peuvent être améliorés. Tout comme pour la réalisation des frottis de dépistage, le suivi des frottis ASCUS nécessite une formation du médecin généraliste. 35 % des médecins interrogés dans l'étude de l'ODLC disaient suivre eux même les frottis ASCUS (dont 51% de médecins femmes) et 80% souhaitaient disposer d'un rappel de la conduite à tenir. (22)

Il est nécessaire d'améliorer la communication entre professionnels de santé : notamment avec le gynécologue. Une étude réalisée auprès de 150 généralistes en Aquitaine notait un manque de communication, entre le généraliste et le gynécologue, comme facteur pouvant expliquer l'« échappement » de certaines patientes au dépistage du cancer du sein. (42) Il serait intéressant de faire un travail plus approfondi sur les relations entre gynécologues et les généralistes, notamment sur la coordination des dépistages.

La communication doit aussi se faire avec les sages femmes qui réalisent également des FCU de dépistage depuis 2009, y compris en dehors des grossesses. Former ces dernières au suivi des frottis ASCUS permettrait d'améliorer la couverture de suivi de ces patientes.

Il est important que les dossiers médicaux des patientes soient à jour : peut être faudrait-il systématiser l'envoi d'une copie du compte rendu anatomopathologique au médecin traitant. Une étude réalisée en 2007 évaluait la tenue de 736 dossiers de 37 médecins généralistes concernant le dépistage des cancers. Sur les dossiers de 224 femmes concernées, 44,2 % indiquaient la réalisation d'un FCU et seuls 25,9 % étaient complets, mentionnant la réalisation d'un frottis, sa date et son résultat. (43)

Les frottis en phase liquide ne sont pas encore très répandus chez les médecins généralistes. La sensibilité est pourtant semblable au FCU conventionnel. Leurs utilisations permettraient en cas d'ASCUS d'avoir un suivi initial dans les délais et d'espacer les contrôles s'il est négatif (frottis à 1 an au lieu de 6 mois). Le coût du test HPV est cependant bien supérieur au frottis conventionnel, et ceci reste donc un frein à son utilisation. Le tarif de

base du test HPV est fixé depuis 2009 à 37,8 euros (15.40 euros pour le frottis) avec un taux de remboursement de 60 %, soit 22,68 euros. (2)(44) Il n'est remboursé que dans le cadre d'un frottis ASCUS. Le laboratoire de Limonest ne pratique pas de dépassement pour un test HPV réalisé dans le cadre d'un ASCUS.

Il est aussi important d'informer les patientes concernant la définition des frottis ASCUS et ses risques afin de mieux les impliquer dans le suivi. (37) Il a été démontré que le résultat anormal d'un frottis était source de stress chez les patientes, qui considèrent l'information médicale comme insuffisante. (45) Or une meilleure compréhension permettrait de réduire l'anxiété de la patiente mais également d'accroître son adhérence à un programme de dépistage et son observance au suivi.

L'auto prélèvement pourrait augmenter la participation des patientes au dépistage du cancer du col de l'utérus (46), mais aussi améliorer le suivi de patientes ASCUS, notamment pour les patientes réticentes à un deuxième examen gynécologique rapproché du frottis ASCUS.

Enfin, le dépistage organisé apparaît comme un moyen évident pour améliorer le suivi de nos patientes. (47) Dans son rapport de 2010, l'HAS admet que le suivi des frottis anormaux est insuffisant et propose la mise en place d'un dépistage organisé afin de l'améliorer. (2) Le plan cancer 2014 prévoit d'ailleurs sa généralisation à l'ensemble du territoire. (5) En effet, les chiffres avancés par l'association EVE, pour le dépistage organisé en Alsace depuis 1999, sont encourageants. (48) Au moins 74.6% des femmes ayant eu un frottis anormal ont eu un examen de contrôle, cytologique ou histologique, dans l'année. L'association n'a pas seulement un rôle d'observation, elle intervient également auprès des patientes par des lettres de relance. Elle tient aussi un rôle d'information auprès des praticiens et de sensibilisation auprès des patientes. Mêmes conclusions dans le Doubs, où un programme de dépistage organisé avait été mis en place en 1993 (arrêté en 2004 en raison d'un problème organisationnel). (49)

## CONCLUSIONS

Le suivi des ASCUS en médecine générale reste insuffisant. Les raisons en sont multiples.

Du côté des médecins, les recommandations semblent connues. Mais les dossiers sont souvent non à jour et il existe clairement une mauvaise communication entre le généraliste et le gynécologue. (42)

Du côté des patientes, celles-ci manquent d'informations quant au développement du cancer du col de l'utérus et de la signification d'un frottis ASCUS. Comme pour le frottis de dépistage les freins probables de la patiente à adhérer à un suivi sont la négligence, la peur et la pudeur. (25)(28)

Pourtant, les frottis ASCUS représenteraient 150 000 frottis par an en France et sont suivis dans 10 à 20 % des cas d'un diagnostic de néoplasie intraépithéliale. Un mauvais suivi de frottis anormal est un facteur de risque de développement du cancer du col de l'utérus. On en décompte 2800 nouveaux cas par an, avec chaque année 1000 patientes qui en décèdent. (1)

Un meilleur suivi des frottis ASCUS permettrait une détection plus précoce des lésions précancéreuses et donc une diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus.

Pour améliorer ce suivi plusieurs choses restent à faire. Il faut améliorer le suivi interprofessionnel gynécologues/généralistes. Les médecins doivent réussir à impliquer d'avantage leurs patientes en les informant notamment du risque d'un mauvais suivi. Mais il faut aussi les rassurer quant à un risque faible de développer un cancer si le suivi est bien effectué.

Avec la mise en place d'un dépistage organisé sur le plan national, comme prévu par le plan cancer 2014, on peut espérer une amélioration. En effet un dépistage organisé pourra avoir plusieurs rôles : impliquer les médecins généralistes (mais aussi gynécologues, biologistes et sages-femmes), superviser le suivi (notamment lors d'un résultat anormal) et informer les patientes.

La population de patientes adhérant peu au suivi après frottis ASCUS mériterait d'être mieux connue afin de mettre en place une information ciblée. Il paraît nécessaire d'évaluer l'impact de nouvelles techniques comme l'auto prélèvement HPV sur cette population.

## CONCLUSIONS

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1  
Faculté de Médecine Lyon Est  
8, avenue Rockefeller  
69373 LYON Cedex 08

Les frottis ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undertermined Significance) représenteraient 150 000 frottis par an en France et sont suivis dans 10 à 20 % des cas de néoplasie intraépithéliale. Un mauvais suivi de frottis anormal est un facteur de risque de développement du cancer du col de l'utérus. On en décompte 2800 nouveaux cas par an, avec chaque année 1000 patientes qui en décèdent.

Un meilleur suivi des frottis ASCUS permettrait une détection plus précoce des lésions précancéreuses et donc une diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus. Le suivi des ASCUS a bien été codifié par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) en 1998, puis 2002. Il existe 3 alternatives de prise en charge possibles :

- 1/ une colposcopie d'emblée
- 2/ un frottis 6 mois plus tard (puis 2 frottis normaux à des intervalles de 12 mois avant reprise d'un dépistage de routine. Si anomalies cytologiques à un examen, une colposcopie est impérative)
- 3/ une recherche des HPV potentiellement oncogènes.

Très peu d'études en France ont évalué la prise en charge et le suivi des ASCUS en médecine générale. Les chiffres avancés par ces études reflètent un suivi insuffisant de ces patientes, notamment en médecine générale. Pourtant le médecin généraliste est le 2<sup>ème</sup> prescripteur de frottis après le gynécologue. C'est un acteur principal de la prévention.

C'est dans ce contexte qu'il paraissait intéressant de faire un travail évaluant la proportion de femmes présentant un frottis ASCUS, suivies par un médecin généraliste, bénéficiant d'un suivi conforme aux recommandations de l'ANAES.

Pour se faire, nous avons réalisé une étude descriptive quantitative et rétrospective. Avec les modifications de la démographie médicale, et les évolutions de techniques (frottis phase liquide et test HPV), notre hypothèse était que le suivi des patientes aux frottis ASCUS s'était amélioré en médecine générale.

Le recueil des données s'est fait dans un premier temps auprès du laboratoire d'anatomo-cytopathologie privé Technipath de Limonest. N'ont été sélectionnés que les frottis ASCUS, réalisés chez des femmes de 25 à 65 ans du 01 janvier 2011 au 31 juillet 2011, par des médecins généralistes. Un questionnaire standardisé concernant le suivi de ces frottis ASCUS était adressé par courrier aux médecins généralistes, avec relance téléphonique en cas de non réponse.

Le critère de jugement principal de notre étude était la conformité du suivi à celui décrit par l'ANAES en 2002. La prise en charge était alors considérée comme « conforme », « complète mais non conforme » ou « incomplète ».

Au total 210 frottis ASCUS avaient été réalisés par des médecins généralistes chez des patientes de 25 à 65 ans sur la période étudiée (soit 2.2% du total des frottis analysés au laboratoire de Limonest sur la même période).

Le taux de participation des généralistes était de 63.2%. 140 questionnaires ont été recueillis et analysés. 81.3% des médecins répondants étaient des femmes.

29.9 % des frottis ASCUS analysés ont été suivis d'anomalies cytologiques lors des contrôles effectués. 34.3% des patientes ayant présenté 1 examen de contrôle anormal ont bénéficié d'une coloscopie dans le suivi.

53.6 % des patientes de 25 à 65 ans ayant eu un frottis ASCUS ont eu un suivi complet, dont 17.9% avec des délais conformes aux recommandations de l'ANAES. Le suivi était incomplet pour 56.6% des femmes de 25 à 34 ans, contre 75% chez les 55 à 65 ans. 66.7% des frottis ASCUS ont eu un suivi incomplet s'ils avaient été réalisés par un homme, contre 50.9% par une femme.

Bien que l'interprétation de nos résultats soit limitée par la taille de notre échantillon, on constate que le suivi des ASCUS en médecine générale reste insuffisant. Les raisons en sont multiples.

Du coté des médecins, les recommandations semblent connues. Mais les dossiers des patientes ne sont souvent pas à jour et il existe clairement une mauvaise communication entre le généraliste et le gynécologue. Tout comme les frottis de dépistage, les médecins hommes semblent moins impliqués dans le suivi des ASCUS. Il serait intéressant d'étudier l'impact des formations gynécologiques des médecins sur le suivi de leurs patientes à frottis ASCUS.

Du côté des patientes, celles-ci manquent d'informations quant au développement du cancer du col de l'utérus et de la signification d'un frottis ASCUS. Comme pour le frottis de dépistage les freins probables de la patiente à adhérer à un suivi sont la négligence, une situation socio économique précaire, la peur du résultat et de l'examen, la pudeur voire un sentiment de honte.

Des propositions sont à faire pour améliorer ce suivi, notamment l'information des professionnels de santé et des patientes, ainsi que la communication entre gynécologues et généralistes. La mise en place d'un dépistage organisé national semble être un facteur évident afin d'améliorer le suivi des frottis ASCUS.

Le Président de la thèse,

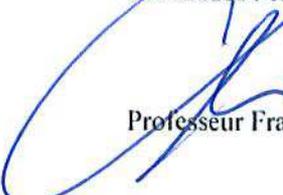
  
Professeur G MELLIER  
Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 7 09 2015

  
14 OCT. 2015

VU :  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est

  
  
Professeur Jérôme ETIENNE

VU :  
Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Études Médicales

  
  
Professeur François-Noël GILLY

## BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National Du Cancer (INCa). La situation du cancer en France en 2012. Collection état des lieux et des connaissances. Boulogne-Billancourt: INCa; 2012 déc.
2. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Saint-Denis: H.A.S.; 2010.
3. Organization World Health, Jungner G, Wilson JMG. Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/41503> (consulté le 02.09.2014)
4. Duport N, Institut national de veille sanitaire. (InVS). Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008. Collection Maladies chroniques et traumatismes. Saint-Maurice: InVS; 2008 mai.
5. Ministère chargé de la Santé. Plan cancer 2013-2019 : guérir et prévenir les cancers. Donnons les mêmes chances à tous et partout en France. Paris: Ministère chargé de la santé; 2014 janv.
6. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col utérin. Concours Médical. 1996;118(6):363-5.
7. Boulanger J-C, Sevestre H. ASCUS : état des lieux. Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2006;34(1):44-8.
8. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda system: Terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 24 avr 2002;287(16):2114-9.
9. Anaes, Service des Recommandations Professionnelles et Service Evaluation Economique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2003;31(11):974-85.

10. Billette-De-Villemeur A, Poncet F, Garnier A, Marron J, Le Marc'hadour F, Morens A, et al. Évaluation de la prise en charge des femmes de 50 à 74 ans après frottis du col de l'utérus répondu Ascus dans un dépistage organisé en Isère 1991-2000: application de la conduite à tenir de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Gynécologie obstétrique & fertilité*. 2009;37(10):787-95.
11. Béatrice Jacqueme, Coudert C, Mabriez J-C, Bonnier P, Piana L. Antécédents de dépistage cytologique chez les patientes traitées pour cancer infiltrant du col de l'utérus. *Bull Cancer (Paris)*. 2002;89(2):234-40.
12. Boman F, Duhamel A, Trinh DQ, Farre I, Adab P, Leroy J-L, et al. Correspondance histologique des frottis cervico-utérins détectant un cancer ou une lésion de haut grade. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2004;32(5):404-8.
13. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique*. 2005;17(1):109-19.
14. Weber A, Lemery B, Millot I, Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne. (O.R.S.B.), Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne. (D.R.A.S.S.). Dépistage des cancers gynécologiques en Bourgogne : points de vue des professionnels et des femmes. Dijon: ORS Bourgogne; 2004 sept.
15. Institut National Du Cancer (INCa). Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Collection Rapport et Synthèse. Boulogne-Billancourt: INCa; 2006.
16. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care for women. Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med*. 12 août 1993;329(7):478-82.
17. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. *J.O.R.F.* oct 27, 2001 p.16963-4. Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773722> (consulté le 29.09.2015)

18. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. J.O.R.F. oct 6, 2004 p. 17077-9. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 29.09.2015)
19. Peccoud S. DIU de gynécologie obstétrique complémentaire: quel impact sur l'activité des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice: Médecine]. Université Aix-Marseille; 2012.
20. Giuria C, Guiheneuc E, Coimet F. Etude de la prise en charge par les médecins généralistes des frottis classés ASC-US dans le Maine et Loire, de janvier 2011 à décembre 2011 [Thèse d'exercice: Médecine]. Université d'Angers; 2014.
21. Benard VB, Lawson HW, Ehemann CR, Anderson C, Helsel W. Adherence to guidelines for follow-up of low-grade cytologic abnormalities among medically underserved women. *Obstet Gynecol.* juin 2005;105(6):1323-8.
22. Office de lutte contre le cancer. Pratique du frottis en médecine générale enquête auprès des médecins généralistes de 3 territoires isérois. *Lett Inf Off Lutte Contre Cancer.* janv 2013;26:6.
23. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? *J Gen Intern Med.* janv 1997;12(1):34-43.
24. Ahmad F, Stewart DE, Cameron JI, Hyman I. Rural physicians' perspectives on cervical and breast cancer screening: a gender-based analysis. *J Womens Health Gen Based Med.* mars 2001;10(2):201-8.
25. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ SOINS.* 12 2012;(4):261-8.
26. Beck F, Guilbert P, Gautier A, Lamoureux P, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (INPES). Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2008.

27. Beck F, Gauthier A, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), Institut National du Cancer (INCa). Baromètre Cancer 2010. Saint-Denis: INPES; 2012.
28. Huguenin A H. Réduction des inégalités sociales en matière de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans le département de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Nantes; 2005.
29. Wright Jr TC, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2007;197(4):346-55.
30. Berkowitz RP. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol.* août 2013;122(2 Pt 1):393.
31. Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, Cantor SB, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* avr 1998;91(4):626-31.
32. Giannaka D. La prise en charge des patientes ayant un frottis cervico-utérin anormal en médecine générale [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Rouen; 2013.
33. Ruelle Y. Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus: Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice: Médecine]. Université Henri-Poincaré de Nancy; 2009.
34. Gauwin G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus: Enquête auprès des maîtres de stage de Haute-Normandie [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Rouen; 2012.
35. Haesebaert J, Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Jacquard A-C, Régnier V, et al. French women's knowledge of and attitudes towards cervical cancer prevention and the acceptability of HPV vaccination among those with 14 – 18 year old daughters: a quantitative-qualitative study. *BMC Public Health.* 27 nov 2012;12(1):1034.

36. Jestin C, Heard I, Le Lay E, Dubois C, Klein P. Perception de la prévention du cancer du col de l'utérus - Étude qualitative auprès de jeunes filles et mères d'adolescentes. Journées de veille sanitaire, Paris, 26-28 novembre 2008 [Internet]. Saint-Maurice: InVS;2008.Disponible sur:[http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=1053](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1053) (consulté le 15.10.2014)
37. Bernard E, Saint-Lary O, Haroubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publ.* 2013;25(3):255-62.
38. Smith JS. Ethnic disparities in cervical cancer illness burden and subsequent care: a prospective view in managed care. *Am J Manag Care.* juin 2008;14(6 Suppl 1):S193-9.
39. Chappuis M, Antonielli AB, Laurence S, Rochefort J, Giboin C, Corty JF. Prévention des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes en situation de grande précarité : étude épidémiologique. *Bull Cancer (Paris).* juill 2014;101(7-8):663-8.
40. Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, Sox CH, et al. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc.* févr 2005;97(2):162-70.
41. Arditì C, Rège-Walther M, Wyatt JC, Durieux P, Burnand B. Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals; effects on professional practice and health care outcomes. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001175.pub3/abstract> (consulté le 04.12.2014)
42. Birocheau V, Dilhuydy M-H, Maurice-Tison S, Demeaux J-L. Dépistage spontané du cancer du sein en Aquitaine : enquête auprès de 150 médecins généralistes. *Médecine.* 8 nov 2005;1(2):78-83.
43. Denis B, Schon G, Ruetsch M, Grall J-C, Leveque M, Meyer J-M, et al. Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. *Presse Med.* 2007;36(2):217-23.

44. Décision du 5 décembre 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie [Internet]. J.O.R.F. janv 8, 2009. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2008/12/5/SJSU0820521S/jo/texte/fr> (consulté le 04.10.2015)
45. Monsonogo J, Cortés J, Pereira da Silva D, Jorge A-F, Klein P. Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. Résultats comparatifs d'une enquête européenne. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2012;40(4):213-8.
46. Piana L, Leandri F-X, Le Retraite L, Heid P, Tamalet C, Sancho-Garnier H. L'auto-prélèvement vaginal à domicile pour recherche de papilloma virus à haut risque. Campagne expérimentale du département des Bouches-du-Rhône (French). *Bulletin du cancer.* 2011;98(7):723-31.
47. Duport N, Gremy I, Salines E. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. N° Thématique Pathol Cervico-Utérine Dépist Surveill Lésions Précancéreuses Cancéreuses. 20 mai 2014;(13-14-15):228-34.
48. Fender M, Schott J, Baldauf JJ, Muller J, Schlund E, Dellenbach P, et al. EVE, une campagne régionale de dépistage du cancer du col de l'utérus : Organisation, résultats à 7 ans et perspectives. *Presse Med.* 2003;32(33):1545-51.
49. Monnet E, Carbillet JP, Meslans Y, Petitjean A, Gautier CP. Participation féminine au dépistage des cancers du col de l'utérus : Résultats des 5 premières années du programme pilote du département du Doubs. *Presse Médicale.* 1999;28(38):2093-7.

## ANNEXES

### ANNEXE 1: Bref rappel de la physiopathologie du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une maladie d'origine infectieuse, sexuellement transmissible, par le Papillomavirus Humain (HPV). Son développement est lent (une quinzaine d'années entre la primo-infection et l'apparition de lésions précancéreuses).

La plupart du temps, les infections à HPV sont transitoires et régressent spontanément. L'apparition du cancer du col de l'utérus s'explique par la persistance d'HPV à haut risque oncogène, souvent associée à des facteurs de risques environnementaux (le tabagisme par exemple), génétiques et hormonaux. Sur 45 géotypes d'HPV qui peuvent infecter la sphère anogénitale, 18 sont considérés à haut risque oncogène dont 8 sont impliqués dans presque 90% des cancers du col utérin (par ordre de fréquence: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35).

Il existe plusieurs stades de lésions précancéreuses avant le développement du cancer épidermoïde du col de l'utérus (cf. figure ci-dessous). Le stade CIN3 est une étape pré requise au développement du cancer. Chaque lésion précancéreuse peut régresser spontanément, on parle de clairance virale. Pour l'adénocarcinome, il n'y a qu'une seule lésion qui précède: l'adénocarcinome *in situ*.

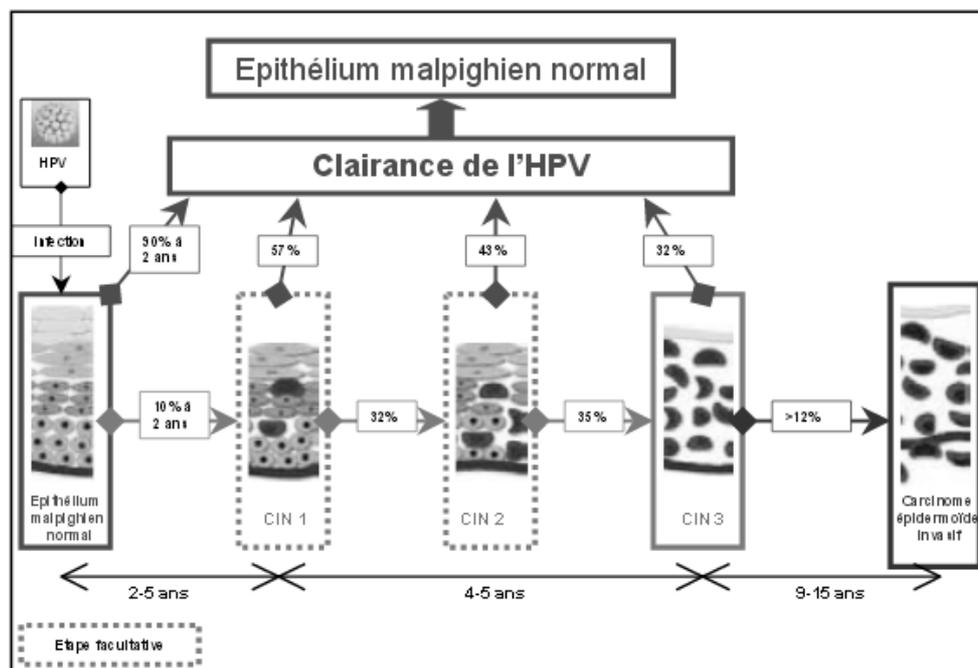


Figure extraite de « Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008 » DUPORT N, Institut national de veille sanitaire.

## ANNEXE 2: Classification de Bethesda de 2001

### Encadré 1. SYSTÈME DE BETHESDA 2001 (résumé)

#### QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT

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

#### INTERPRÉTATION/RÉSULTAT

- Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (*NIL/M*).

S'il y a lieu, préciser :

- présence de micro-organismes : *Trichomonas vaginalis* ; éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ; anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; bactéries de type actinomyces ; modifications cellulaires évoquant un herpès simplex ;
  - autres modifications non néoplasiques : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ; présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ; atrophie.
- Anomalies des cellules malpighiennes :**
    - atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) ;
    - lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koilocytes/dysplasie légère/CIN 1 ;
    - lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ;
    - carcinome malpighien.
  - Anomalies des cellules glandulaires :**
    - atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ;
    - atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;
    - adénocarcinome endocervical *in situ* (AIS) ;
    - adénocarcinome.
  - Autres (liste non limitative) :**
    - cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

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

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

Site Internet : <<http://bethesda2001.cancer.gov>>

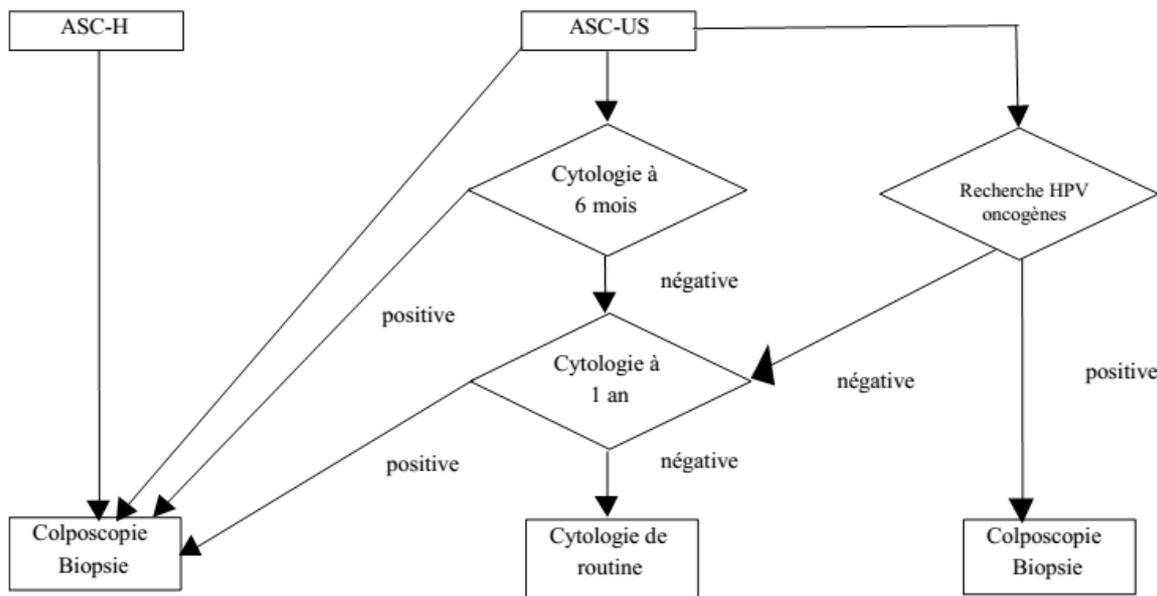
**Encadré 2. SYSTÈME DE BETHESDA 2001 (abréviations)**

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

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

Source: ANAES, Service des Recommandations Professionnelles et Service Évaluation Économique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2003;31(11):974-85.

### ANNEXE 3: Prise en charge des atypies des cellules malpighiennes ASC



Source: ANAES, Service des Recommandations Professionnelles et Service Évaluation Économique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2003;31(11):974-85.

## ***ANNEXE 4: Courrier adressé aux médecins généralistes***

Eva HAREL

Adresse

N° téléphone

Mail

A Valence, le Jour Mois Année,

Chères consœurs, chers confrères,

Je réalise actuellement ma thèse portant sur le suivi des frottis ASCUS en médecine générale. Après un travail en collaboration avec le laboratoire d'anatomopathologie Technipath de Limonest, j'ai recueilli les frottis ASCUS pratiqués par un médecin généraliste entre le 01/01/2011 et le 31/07/2011.

Parmi ces frottis, se trouvent un ou des frottis ASCUS réalisés par vous-même durant cette période. Ces frottis concernent vos patientes suivantes :

-Mme NOM Prénom, née le xx/xx/xxxx

-....

Afin de respecter le secret professionnel, les données recueillies seront bien évidemment anonymisées. Vous trouverez ci-joint un questionnaire concernant le suivi réalisé après ce frottis ASCUS, à me retourner avant le xx/xx/xx svp. Une relance téléphonique sera réalisée du xx/xx/xx au xx/xx/xx en cas de non réponse.

Ce travail n'a pas pour but de juger les différents suivi réalisés mais plutôt de rechercher les difficultés éventuelles à appliquer les recommandations de l'ANAES de 2002, afin d'améliorer nos pratiques.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire. Je pourrais si vous le souhaitez vous communiquer les résultats de ma thèse une fois ce travail de recherche terminé.

Merci de l'intérêt que vous porterez à ce courrier, et merci d'avance de votre participation à cette étude.

Bien confraternellement,

Eva HAREL

Médecin généraliste Remplaçante

## ***ANNEXE 5: Questionnaire auprès des médecins généralistes***

**Patiente : Mme NOM Prénom née le xx/xx/xx**

**Frottis ASCUS diagnostiqué le xx/xx/xx**

**1-Êtes vous le médecin traitant de cette patiente ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**2-Un contrôle du frottis ASC-US de cette patiente a-t-il été réalisé ?**

**Si oui, Quand ?**

**S'agissait-il :**  D'une colposcopie ?

D'un frottis ?

D'un test HPV ?

**Par qui ?**

**Quel était le résultat ?**

**Si non, pourquoi (refus patiente, perdue de vue etc...)?**

**3-Un deuxième contrôle a-t-il été réalisé ?**

**Si oui, Quand ?**

**S'agissait-il :**  D'une colposcopie ?

D'un frottis ?

D'un test HPV ?

**Par qui ?**

**Quel était le résultat ?**

**Si non, pourquoi (refus patiente, perdue de vue etc...)?**

**4-Un troisième contrôle a-t-il été réalisé ?**

**Si oui, Quand ?**

**S'agissait-il :**  D'une colposcopie ?

D'un frottis ?

D'un test HPV ?

**Par qui ?**

**Quel était le résultat ?**

**Si non, pourquoi (refus patiente, perdue de vue etc...)?**

**5- Vous concernant :**

Age :

Sexe :

Mode d'installation (groupe, Maison de santé, individuel) :

*ANNEXE 6: Contrat de confidentialité avec le laboratoire Technipath*

**CONTRAT DE CONFIDENTIALITE**

A Limonest le 05/11/2014

La doctorante Eva HAREL, née le 25/08/1986, s'engage à respecter le secret professionnel dans le recueil et la gestion des données recueillies dans le laboratoire d'anatomo-cytopathologie Technipath, situé au 41 allée des Cyprès 69760 Limonest, dans le cadre de sa thèse.

Ces données seront uniquement utilisées dans le cadre de cette étude.

## ANNEXE 7: Tableaux 9, 10 et 11

Tableau 9 Résultats des examens de suivi

Résultat	1 <sup>er</sup> contrôle (n=124)	2 <sup>ème</sup> contrôle (n=87)	3 <sup>ème</sup> contrôle (n=58)
Normal	77 (62.1%)	71 (81.6%)	46 (79.3%)
ASCUS	16 (12.9%)	6 (6.9%)	2 (3.5%)
HPV +	13 (10.5%)	3 (3.5%)	1 (1.7%)
Bas grade (LSIL, CIN 1)	13 (10.5%)	3 (3.5%)	5 (8.6%)
Haut grade (HSIL, CIN 2, CIN 3)	3 (2.4%)	2 (2.3%)	0
Cancer de l'endomètre	1 (0.8%)	0	0
Inconnu	7 (5.6%)	4 (4.6%)	4 (6.9%)

Tableau 10 Résultats 2nd contrôle en fonction du premier

Résultat 1 <sup>er</sup> contrôle	Résultat 2 <sup>nd</sup> contrôle			Bas grade (n=3)	Haut grade (n=2)	Cancer (n=0)	Inconnu (n=4)
	Normal (n=71)	ASCUS (n=6)	HPV + (n=3)				
Normal	48	2	0	0	0	0	2
ASCUS	10	0	1	1	0	0	1
HPV +	6	3	1	1	1	0	0
Bas Grade	5	2	2	2	1	0	0
Haut grade	2	0	0	0	0	0	0
Cancer	0	0	0	0	0	0	0
Inconnu	2	0	0	0	0	0	1

**Tableau 11 Résultats du 3ème contrôle en fonction du second**

<b>Résultat 3<sup>ème</sup> contrôle</b>	<b>Résultat 3<sup>ème</sup> contrôle</b>			<b>Bas grade</b>	<b>Haut</b>	<b>Cancer</b>	<b>Inconnu</b>
	<b>Normal</b>	<b>ASCUS</b>	<b>HPV +</b>	<b>(n=5)</b>	<b>grade</b>	<b>(n=0)</b>	<b>(n=4)</b>
<b>Résultat 2<sup>nd</sup> contrôle</b>	<b>(n=46)</b>	<b>(n=2)</b>	<b>(n=1)</b>			<b>(n=0)</b>	
<b>Normal</b>	39	2	1	3	0	0	2
<b>ASCUS</b>	4	0	0	0	0	0	1
<b>HPV +</b>	1	0	0	1	0	0	1
<b>Bas Grade</b>	1	0	0	1	0	0	0
<b>Haut grade</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cancer</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Inconnu</b>	2	0	0	0	0	0	1

HAREL Eva

## ÉVALUATION DU SUIVI DE FEMMES DE 25 À 65 ANS APRÈS FROTTIS DU COL DE L'UTÉRUS RÉPONDU ASCUS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Nbr f.64 ill.8 tab.11

Th. Méd: Lyon 2015 n°

---

### Résumé:

**Introduction :** Les frottis ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undertermined Significance) représenteraient 150 000 frottis par an en France et sont suivis dans 10 à 20 % des cas de néoplasie intraépithéliale. L'objectif de cette thèse était d'évaluer la proportion de femmes à frottis ASCUS suivies par un médecin généraliste, bénéficiant d'un suivi conforme aux recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). **Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude descriptive quantitative rétrospective. Le recueil des données s'est fait auprès du laboratoire d'anatomo-cytopathologie Technipath de Limonest. N'ont été sélectionnés que les frottis ASCUS, réalisés chez des femmes de 25 à 65 ans du 01 janvier 2011 au 31 juillet 2011, par des médecins généralistes. Un questionnaire standardisé concernant le suivi de ces frottis était adressé par courrier aux médecins généralistes, avec relance téléphonique. **Résultats :** Au total 210 frottis ont été sélectionnés. Le taux de participation était de 64.6 %. 53.6 % des patientes de 25 à 65 ans ayant eu un frottis ASCUS ont eu un suivi complet, dont 17.9% avec des délais conformes aux recommandations de l'ANAES. Le suivi était incomplet pour 56.6% des femmes de 25 à 34 ans, contre 75% chez les 55 à 65 ans. **Discussion :** Le suivi des ASCUS en médecine générale reste insuffisant. Des propositions sont à faire pour améliorer ce suivi : l'information des professionnels de santé et des patientes, la communication entre gynécologues et généralistes, ainsi que la mise en place d'un dépistage organisé national.

---

**MOTS CLES:** Frottis cervico-utérin, ASCUS, cancer du col de l'utérus, médecine générale, dépistage

---

### JURY:

**Président:** Monsieur le Professeur Georges MELLIER  
**Membres:** Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ  
Monsieur le Professeur Gil DUBERNARD  
Madame le Professeur Marie FLORI

---

DATE DE SOUTENANCE: 19 novembre 2015

---