



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Test HPV par auto-prélèvement vaginal dans le dépistage du cancer du col
de l'utérus : connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-
Calais et intérêt d'une fiche informative.**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 23 Novembre 2023 à 16 heures
au Pôle Formation

par Pauline DUPE

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur :

Madame le Docteur Anita TILLY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

CSP : Code de la Santé Publique

HPV : Human Papillomavirus

HPV-HR : Human Papillomavirus High Risk, ou Papillomavirus à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

APV : Auto-prélèvement Vaginal

FCU : Frottis Cervico-utérin

CRCCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

NPDC : Nord-Pas-de-Calais

CIN : Cervical Intra-epithelial Neoplasia, ou Néoplasie Cervicale Intraépithéliale

PCR : Polymerase Chain Reaction, ou Réaction de Polymérase en Chaîne

INCa : Institut National du Cancer

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
I. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS : ORIGINE ET INCIDENCE	2
II. PREVENTION	3
A. DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN FRANCE.....	3
B. ROLE DU CRCDC	5
C. COUVERTURE DU DEPISTAGE EN FRANCE	5
III. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DES PATIENTES	5
IV. INEGALITES ET FREINS AU DEPISTAGE.....	6
V. AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL DANS LE TEST HPV	6
A. EFFICACITE DU TEST	7
B. ACCEPTATION DE L'AUTO-PRELEVEMENT POUR LES PATIENTES	7
C. UTILITE DANS LES SITUATIONS DE PRECARITE	8
D. EXISTENCE D'UN PRELEVEMENT URINAIRE	9
VI. REFERENTIEL PAR L'INCA : MODALITES DE RECOURS A L'AUTO-PRELEVEMENT	9
A. PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	10
B. CONDUITE A TENIR EN CAS D'AUTO-PRELEVEMENT POSITIF AU PAPILLOMAVIRUS	11
VII. OBJECTIF DE L'ETUDE	12
Matériels et Méthodes	13
I. TYPE D'ETUDE	13
II. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	13
III. ELABORATION DE LA METHODE ET DU QUESTIONNAIRE.....	13
A. CARACTERISTIQUES DU QUESTIONNAIRE.....	13
B. REALISATION DE LA FICHE INFORMATIVE SUR L'AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL.....	14
C. CADRE REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE	15
D. COLLECTE ET DIFFUSION DES DONNEES	16
IV. OBJECTIFS ET CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	16
V. ANALYSE DES DONNEES	17
A. ANALYSE DESCRIPTIVE	17

B.	INTERVALLE DE CONFIANCE.....	17
C.	TEST D'INDEPENDANCE DU KHI 2	17
D.	TEST EXACT DE FISHER	18
VI.	QUALITE METHODOLOGIQUE	18
Résultats		19
I.	DIAGRAMME DE FLUX	19
II.	ANALYSE DESCRIPTIVE.....	20
A.	DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	20
B.	EXERCICE DE LA GYNECOLOGIE EN MEDECINE GENERALE	23
III.	ANALYSE STATISTIQUE	26
A.	REALISATION DU FROTTIS	26
B.	AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL DANS LE TEST HPV	27
C.	OBJECTIF DE L'ETUDE : EVALUER LA FICHE INFORMATIVE.....	32
Discussion		34
I.	CHOIX DE LA METHODE	34
II.	FORCES DE NOTRE ETUDE.....	34
A.	SON ORIGINALITE	34
B.	UN OBJECTIF PEDAGOGIQUE	35
III.	LIMITES ET BIAIS	35
A.	BIAIS.....	35
B.	LIMITES D'UNE ETUDE TRANSVERSALE	35
C.	MANQUE DE PUISSANCE.....	36
IV.	ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS	36
A.	REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON	36
B.	POPULATION : DES GENERALISTES CONCERNES PAR LA GYNECOLOGIE	37
C.	OBJECTIF PRINCIPAL : EVALUER L'IMPACT DE LA FICHE.....	39
D.	OBJECTIFS SECONDAIRES	39
V.	REFLEXION ET AVENIR DU DEPISTAGE	42
A.	AVENIR EN FRANCE	42
B.	COMPARAISON EN EUROPE : EXEMPLE DES PAYS-BAS	42
C.	OUVERTURE : VERS UNE GENERALISATION DE L'APV ?.....	43
Conclusion		44
Références Bibliographiques		45

Annexes	48
I. ANNEXE 1 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DES FEMMES DE 25 A 29 ANS ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN RESULTAT ANORMAL.	48
II. ANNEXE 2 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DES FEMMES DE 30 A 65 ANS ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN RESULTAT ANORMAL.	49
III. ANNEXE 3 : COUVERTURE DU DEPISTAGE TRIENNAL DU CANCER DU COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES AGEES DE 25 A 65 ANS STANDARDISE SUR L'AGE EN % ENTRE 2018 ET 2020 EN FRANCE.	50
IV. ANNEXE 4 : NOUVELLE PROCEDURE DE RELANCE ORGANISEE PAR LE CRCDC PROPOSANT LE KIT D'AUTO-PRELEVEMENT A DOMICILE.	51
V. ANNEXE 5 : NOTICE DESTINEE AUX PATIENTES D'UTILISATION DE L'AUTO-PRELEVEMENT.	52
VI. ANNEXE 6 : EXEMPLE DE FEUILLE EXPLICATIVE MISE A DISPOSITION PAR LES LABORATOIRES BIOGROUP POUR L'AUTO-PRELEVEMENT.	53
VII. ANNEXE 7 : ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES AYANT REALISE UN TEST HPV DE DEPISTAGE PAR AUTO-PRELEVEMENT.	54
VIII. ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DE THESE, ACCESSIBLE POUR LES MEDECINS PAR LIEN INFORMATIQUE.	55
IX. ANNEXE 9 : FICHE INFORMATIVE : « DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS : UTILISATION DE L'AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL ».	60
X. ANNEXE 10 : ATTESTATION DE DECLARATION AU REGISTRE DE LA PROTECTION DES DONNEES (DPO).	62
XI. ANNEXE 11 : FICHE RESUMEE SUR L'APV POUR LE TEST HPV MISE A JOUR.	63

TABLE DES ILLUSTRATIONS

- FIGURES

Figure 1 : Evolution du dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge de la patiente.....	4
Figure 2 : Diagramme de flux.....	19
Figure 3 : Répartition par genre.....	20
Figure 4 : Répartition par classe d'âge.....	20
Figure 5 : Répartition des médecins par type d'activité.....	21
Figure 6 : Répartition par zone géographique.....	22
Figure 7 : Répartition par département.....	22
Figure 8 : Taux de médecins ayant validés le DIU de gynécologie.....	23
Figure 9 : Réalisation des actes de gynécologie par les médecins répondants.....	24
Figure 10 : Comparaison du taux de médecins réalisant ou non le frottis/test HPV.....	25
Figure 11 : Aisance ressentie avec les recommandations sur le dépistage du cancer du col.....	25
Figure 12 : Taux de médecins connaissant l'existence d'un APV pour le test HPV.....	27
Figure 13 : Taux de médecins connaissant l'existence d'un APV pour le dépistage IST (chlamydia).....	27
Figure 14 : Taux de médecins connaissant les indications de l'APV pour le test HPV.....	27
Figure 15 : Taux de médecins ayant déjà prescrit l'APV pour le test HPV.....	27
Figure 16 : Retour des patientes ayant effectuées un test HPV par auto-prélèvement.....	31
Figure 17 : Causes de l'absence de prescription de l'APV.....	31

- TABLEAUX

Tableau 1 : Probabilité d'évolution des néoplasies cervicales intraépithéliales, d'après l'étude Ostor 1993.....	3
Tableau 2 : Répartition des médecins par profession et par genre.....	21
Tableau 3 : Répartition des répondants en fonction de leur zone géographique et de leur département d'exercice.....	22
Tableau 4 : Réalisation des différents actes de gynécologie par les médecins généralistes répondants en fonction du sexe.....	24
Tableau 5 : Répartition des médecins réalisant le frottis/test HPV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de plusieurs critères.....	26
Tableau 6 : Répartition des médecins selon leur connaissance de l'existence de l'APV pour le test HPV en fonction de certains facteurs.....	28
Tableau 7 : Répartition des répondants selon leur connaissance des indications de l'APV pour le test HPV en fonction de certains facteurs.....	29
Tableau 8 : Répartition des participants selon leurs antécédents de prescription de l'APV pour le test HPV en fonction de certains facteurs.....	30
Tableau 9 : Répartition des causes d'absence de prescription de l'APV pour le test HPV.....	32
Tableau 10 : Répartition de l'avis des médecins sur la fiche réalisée.....	32
Tableau 11 : Répartition des médecins envisageant la prescription de l'APV dans le test HPV après la lecture de la fiche.....	33

RESUME

Contexte : Depuis 2018 en France, il existe un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 65 ans. La méthode de référence est le prélèvement cervico-utérin par un professionnel de santé pour réaliser une cytologie avant 30 ans et une recherche d'HPV après 30 ans. Le taux de couverture dans le Nord-Pas-de-Calais est d'environ 60%. A partir de 2019, la HAS précise que le test HPV sur auto-prélèvement vaginal (APV) peut être considéré comme une alternative au dépistage classique pour certaines femmes : celles qui ne se font jamais ou pas dépister selon le rythme recommandé. Depuis 2022, un référentiel précisant le cadre et les modalités de réalisation de l'APV existe. Des études prouvent l'efficacité du test pour la détection du virus et son acceptabilité pour les patientes mais sa prescription semble rare en médecine générale. Une fiche informative détaillant les indications et l'utilisation de l'APV a ainsi été réalisée.

Objectif : Montrer que la délivrance d'une fiche informative sur l'APV pour le test HPV suscite un intérêt et qu'elle est susceptible d'influencer la prescription du test et les pratiques de dépistage par les médecins généralistes.

Matériel et méthode : Cette étude observationnelle transversale quantitative a été menée auprès de médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais par diffusion d'un questionnaire informatisé et standardisé. Le critère de jugement principal était une réponse positive à la question après lecture de la fiche : « envisagez-vous la prescription du test après avoir reçu ces informations ? ».

Résultats : Parmi les 167 médecins interrogés, 84% n'avaient jamais prescrit le test et 73% ne connaissaient pas ses indications. 98% des médecins jugeaient notre fiche utile et 97% déclaraient envisager la prescription de l'APV à l'avenir, s'ils en rencontraient les indications. En comparant avec les médecins ayant déjà prescrit le test, nous ne pouvions pas conclure à une influence significative de la fiche sur la volonté de prescription ($p = 0,57$) par manque de puissance.

Conclusion : Notre fiche synthétique résumant l'utilisation en pratique de l'APV pour le test HPV a suscité un intérêt majeur pour les médecins généralistes de notre étude. Celle-ci pourrait devenir un outil pédagogique servant de support aux professionnels de santé dans le but d'augmenter l'accès au dépistage pour toutes les femmes et limiter les inégalités.

INTRODUCTION

I. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS : ORIGINE ET INCIDENCE

En France, le cancer du col de l'utérus est le 12^{ème} cancer de la femme. Il atteint un peu moins de 3000 femmes par an avec environ 1000 décès (1). Les papillomavirus (HPV), dont il existe une centaine d'espèces, sont à l'origine de ce cancer. La voie classique de transmission des papillomavirus muqueux est la voie sexuelle, ces virus peuvent se transmettre par voie génitale, buccale ou digitale. On estime qu'environ 80% des hommes et des femmes sexuellement actifs sont contaminés dans leur vie. Cependant, dans la majorité des cas, le virus est naturellement éliminé au cours du temps.

Les HPV ont un tropisme particulièrement marqué pour les épithéliums malpighiens qui favorisent l'infection. Ces épithéliums malpighiens sont situés au niveau de l'appareil génital mais aussi du canal anal, des voies aérodigestives supérieures (cavité buccale, pharynx, moitié supérieure du larynx, œsophage) ainsi que sur le plan cutané (couche de l'épiderme). Au niveau du col de l'utérus, il existe une zone vulnérable de jonction entre l'exocol (épithélium malpighien) et l'endocol (épithélium glandulaire) facilitant la pénétration virale.

Actuellement, on estime que 14 génotypes d'HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 et 66) sont classés comme probablement cancérigènes. Ces HPV dits oncogènes peuvent être lentement responsables de modifications et d'atypies cellulaires, évoluant en lésions pré-cancéreuses (ou néoplasies cervicales intraépithéliales) de bas à haut grade, pouvant soit régresser, persister ou progresser jusqu'à l'état de carcinome. Les lésions de grade élevé ont une probabilité plus forte d'évoluer vers un cancer invasif (Tableau 1, (2)).

Lésion	Régression	Persistance	Progression vers une CIN supérieure	Progression vers un cancer invasif
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	56%	/	12%

Tableau 1 : Probabilité d'évolution des néoplasies cervicales intraépithéliales, d'après l'étude Ostor, 1993, (3).

II. PREVENTION

Il existe deux moyens de prévention face au cancer du col de l'utérus : la vaccination contre les papillomavirus humains, qui est recommandée pour tous les jeunes garçons et filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans et un programme national de dépistage organisé par les autorités de santé publique, mis en place à partir de 2018 en France (4). L'objectif est d'augmenter le taux de couverture de 20 points pour atteindre les 80% et de réduire de 30% l'incidence et la mortalité par cancer à 10 ans, en dépistant précocement les lésions précancéreuses.

A. DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN FRANCE

Le dépistage s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans, asymptomatiques, ayant un col de l'utérus. Les femmes n'ayant jamais eu de rapport sexuel ne sont pas concernées. Les patientes ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus relèvent d'un examen immédiat à visée diagnostique ou d'une colposcopie avec biopsie. Celles ayant suivi un traitement conservateur (cryothérapie, vaporisation laser ou conisation par exemple) mais aussi les femmes immunodéprimées bénéficient d'un suivi spécifique (5). La méthode de référence pour le dépistage est le prélèvement cervico-vaginal après pose d'un spéculum par un professionnel de santé habilité (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme). Les modalités ont évolué en 2019 (5).

- Elles prévoient, de 25 à 29 ans, la réalisation de deux examens cytologiques par frottis cervico-utérins (FCU) à un an d'intervalle, suivis d'un nouveau dépistage 3 ans plus tard si le résultat des deux premiers est normal (Figure 2). Lors de la détection d'une anomalie, en fonction de celle-ci, soit un test HPV-HR réflexe (HPV à haut risque) est réalisé à partir du même prélèvement, soit une colposcopie avec biopsie est nécessaire d'emblée (ANNEXE 1, (5)).
- De 30 à 65 ans, les recommandations préconisent la réalisation d'un test HPV-HR tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. En l'absence d'examen cytologique antérieur, un test HPV-HR doit être réalisé dès 30 ans. Lors d'un test HPV-HR positif, une cytologie réflexe est effectuée si possible à partir du même prélèvement afin d'évaluer si une colposcopie est nécessaire (ANNEXE 2, (5)). Les annexes 1 et 2 résument la conduite à tenir en cas de résultat anormal au test initial de dépistage et permettent d'orienter la patiente pour réaliser des examens complémentaires si besoin.

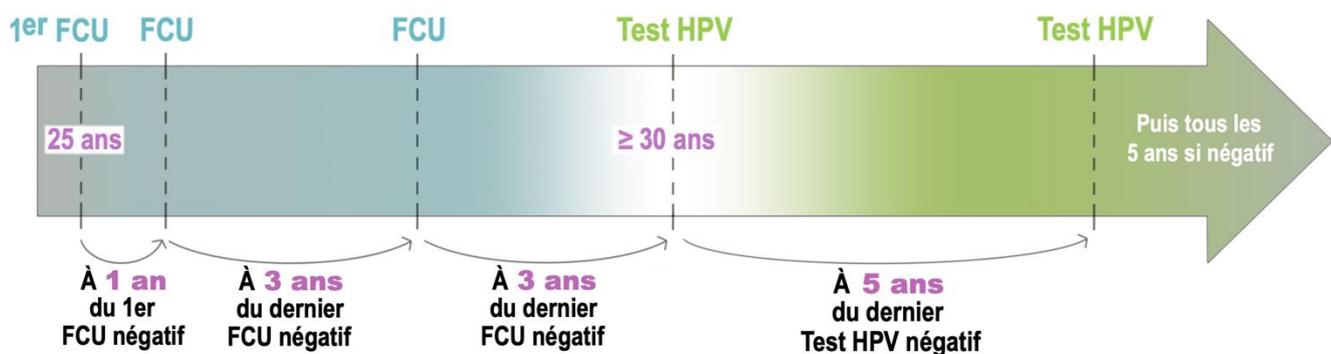


Figure 1 : Evolution et suivi du dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de l'âge de la patiente.

Il revient au professionnel de santé de s'assurer que la patiente est volontaire et éligible au dépistage. Cela nécessite qu'il délivre une information claire et objective sur les bénéfices attendus ainsi que sur les limites du dépistage pouvant parfois mener à des investigations diagnostiques ou à des traitements potentiellement délétères chez des femmes qui auraient guéri spontanément. D'autre part, il s'assure que la patiente respecte l'âge cible et les intervalles de temps recommandés.

B. ROLE DU CRCDC

Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) encadre le dépistage organisé (6). Il envoie des courriers d'invitation aux femmes lors du suivi de leur dépistage (le premier à 25 ans, à 3 ans de leur dernier examen cytologique normal ou à 5 ans de leur dernier test HPV négatif) ainsi que des courriers de relance, à 1 an, à celles qui ne se font pas dépister selon la périodicité recommandée.

C. COUVERTURE DU DEPISTAGE EN FRANCE

Malgré les moyens de prévention et de rappel organisés, les taux de couverture du dépistage n'atteignent pas les objectifs et totalisent 60,4% dans le département du Nord et 57,1% dans le Pas de Calais (*couverture du dépistage triennal du cancer standardisé sur l'âge en % entre 2018 et 2020*). Le maximum atteint 68,6% dans le département du Rhône (69), et le minimum en France métropolitaine est de 43% en Seine-Saint-Denis (93). La médiane est de 59,4% (ANNEXE 3, (7)).

III. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DES PATIENTES

Le médecin généraliste tient un rôle central de prévention et de premier recours dans la prise en charge de la santé des femmes et peut participer activement au suivi gynécologique des patientes. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) précise d'ailleurs que « les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ... » (8).

IV. INEGALITES ET FREINS AU DEPISTAGE

Malgré l'instauration du dépistage organisé par le CRCDC, environ 40% de femmes cibles ne réalisent pas, ou pas régulièrement, le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Certains groupes ont été identifiés, en particulier les femmes ménopausées ou de plus de 50 ans, les femmes en situation socio-économique défavorable ou de précarité (9), les femmes en situation de handicap ou de santé défavorable, les migrantes, les femmes enceintes ou homosexuelles. Une étude Lilloise retrouvait une association significative entre le statut socio-économique de la zone d'habitation du cabinet du médecin de famille et le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un statut socio-économique inférieur réduirait le taux de participation (10).

Des freins à la réalisation de ce dépistage ont été mis en évidence comme la méconnaissance du sujet, la gêne lors de l'examen (caractère intrusif ou mauvaise expérience antérieure), la peur des résultats ou des traitements possibles, les inégalités face à la prévention (11). Le médecin doit accorder une vigilance accrue à ces groupes pour les sensibiliser au dépistage régulier et doit mettre en œuvre des leviers pour favoriser l'inclusion de toutes les femmes.

V. AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL DANS LE TEST HPV

Le test HPV-HR « papilloma virus à haut risque » par auto-prélèvement vaginal représente un moyen disponible pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) évoquent son utilisation dès juillet 2019 : « Le test HPV-HR sur auto-prélèvement vaginal (APV) peut être considéré comme une modalité de prélèvement alternative au prélèvement cervico-utérin par un professionnel de santé, pour certaines femmes. Il permet de faciliter le dépistage de celles qui ne se font jamais

dépister ou qui ne respectent pas le rythme recommandé » (12). En 2012, une thèse Lilloise réalisée par Pamela Nesslany montrait déjà un intérêt des patientes et de leur médecin traitant pour ce test (13).

A. EFFICACITE DU TEST

Plusieurs études dont par exemple une étude transversale française (14) ou un essai contrôlé randomisé publié en 2019 (15) ont évalué l'efficacité de l'auto-prélèvement vaginal. Une méta-analyse actualisée en 2018 (16) fait une synthèse de nombreux essais comparant les résultats de test HPV-HR selon les modalités de prélèvement. Chaque femme recrutée effectuait un test HPV-HR à la fois par prélèvement cervico-utérin par le praticien et par auto-prélèvement vaginal. Lorsque le test revenait positif, une biopsie par colposcopie permettait de rechercher la présence de lésion intraépithéliale (CIN). Pour l'auto-prélèvement vaginal, la sensibilité moyenne était d'environ 95% pour dépister des lésions dysplasiques CIN 2, CIN 3 ou plus. La spécificité moyenne était d'environ 80% pour détecter les CIN 2 ou plus et de 87% pour les CIN 3 ou plus. Ainsi les performances diagnostiques n'ont pas paru différentes entre les tests réalisés par le professionnel ou par la patiente elle-même pour la détection des HPV-HR par PCR.

Par conséquent, dans les recommandations de la HAS, la méthode laboratoire de dépistage recommandée en première intention chez les femmes de plus de 30 ans est le test HPV basé sur la détection de l'ADN, quel que soit le mode de prélèvement (prélèvement cervico-utérin par un clinicien ou auto-prélèvement).

B. ACCEPTATION DE L'AUTO-PRELEVEMENT POUR LES PATIENTES

Outre l'efficacité, le dépistage se doit d'être recevable pour les patientes. Une thèse Lilloise de Camille Biava a permis d'explorer les représentations des femmes à propos de l'auto-prélèvement vaginal et plusieurs éléments étaient perçus en faveur de son utilisation comme :

« la pudeur dans la relation avec le médecin généraliste, la difficulté d'accès à un gynécologue, la confiance envers le dispositif et ses propres capacités » (17).

Un essai contrôlé et randomisé publié en 2013 montrait une augmentation de la participation chez les femmes auxquelles on offrait la possibilité d'autotest pour l'HPV en comparaison à la participation obtenue suite à une relance classique (18). Deux revues de littérature publiées en 2012 (19) et 2017 donnaient des résultats concordants pour accroître la participation des femmes réfractaires aux programmes de dépistage (20). En France, c'est notamment l'étude APACHE 2 de Haguenoer et al. publiée en 2016 (21) (les femmes recrutées ne réalisaient pas le dépistage de routine), qui a montré une supériorité de l'envoi direct d'un kit à domicile (23% de femmes dépistées) en comparaison à une lettre de relance (12%) ou à un groupe sans intervention (10%). De plus, la majorité des personnes positives à l'auto-prélèvement avaient réalisé le test de triage par frottis recommandé (40 femmes sur 44). Une étude qualitative Lilloise réalisée en 2021 par Decaudin Pauline (22), interrogeait des femmes ne voulant pas de frottis et ayant réalisé un auto-prélèvement vaginal pour le test HPV. Celui-ci semblait alors être une alternative intéressante, surtout lorsqu'il était remis et expliqué par le médecin traitant. Sa simplicité d'utilisation, par simple contact du coton ou de la brosse sur les parois vaginales, doit être expliquée par le professionnel et permet une autonomisation de la patiente.

C. UTILITE DANS LES SITUATIONS DE PRECARITE

L'auto-prélèvement permet un meilleur recrutement des femmes en situation de précarité, comme l'illustrent des études menées à Haïti (23) et en France (24). Ainsi, l'auto-prélèvement facilite l'accès aux soins dans des populations défavorisées et peut représenter un atout devant certaines préoccupations socioculturelles concernant la pudeur.

D. EXISTENCE D'UN PRELEVEMENT URINAIRE

Les papillomavirus peuvent également être détectés dans les urines. En effet, un grand nombre de patientes ayant au moins une CIN 2 a un test urinaire de détection de l'HPV positif avec une prévalence qui augmente suivant la sévérité des lésions. Cette détection proviendrait du relargage des cellules infectées par HPV exfoliées dans les urines. Deux méta-analyses dont celle réalisée en 2014 par Pathak et al (25) retrouvent des résultats similaires en terme d'efficacité du test. Une plus récente de 2021 (26) étudiait des échantillons sur premier jet urinaire. Celle-ci a montré que la détection de tous les HPV dans l'urine avait une sensibilité globale de 87% et une spécificité de 91%, que celle des HPV-HR avait une sensibilité de 78% et une spécificité de 89% et que celle des HPV 16 et 18 possédait une sensibilité de 77% et une spécificité de 98%. Cependant, dans les multiples études de ces 2 articles, les méthodes de traitement et les techniques de détection de l'HPV dans l'urine diffèrent, ce qui affecte l'interprétation des résultats.

VI. REFERENTIEL PAR L'INCA : MODALITES DE RECOURS A L'AUTO- PRELEVEMENT

En mai 2022, un référentiel national précisant le cadre et les modalités de recours aux APV a été publié par l'Institut National du Cancer en accord avec les nouvelles recommandations HAS (27). Ces modalités seront complétées d'un cadre de prise en charge élaboré par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

La nouvelle stratégie prochainement utilisée par l'Institut National du Cancer est l'envoi par voie postale, lors de la relance, (soit 12 mois après l'envoi du courrier d'invitation par le CRCDC), d'un kit d'auto-prélèvement vaginal aux femmes non participantes (ANNEXE 4 et 5). La HAS indique que l'envoi direct à domicile doit être privilégié à la remise par un professionnel de santé, afin d'améliorer le taux de participation au dépistage en se basant notamment sur l'étude APACHE 3 (28) réalisée en Indre-et-Loire et publiée en 2019. Celle-ci totalise 28% de

participation lors de l'envoi direct à domicile contre 15% lorsque le kit est à retirer chez le médecin traitant. A ce jour, la procédure n'a pas démarré en France.

En complément, il est possible pour le médecin généraliste de demander le kit pour sa patiente lors d'une consultation afin d'avoir un moyen d'action supplémentaire à destination des femmes insuffisamment dépistées. Le prélèvement par le praticien est toujours recommandé en première intention mais dans certains cas, le recours à l'APV peut être utile. Le référentiel en rappelle les indications. « L'auto-prélèvement vaginal dans le test HPV peut être utilisé face à des patientes ne pouvant pas avoir de prélèvement cervico-utérin, des femmes refusant le prélèvement pour des raisons de pudeur, culturelles ou ayant subi des traumatismes (sexuels ou mauvaise expérience médicale) ou des femmes pour lesquelles l'examen gynécologique n'est pas possible » (27). Le professionnel de santé devra alors réaliser une procédure informatique de demande sécurisée mise à disposition par le CRCDC afin que la patiente reçoive le kit à son domicile.

De nombreux laboratoires disposent déjà de kits d'auto-prélèvement accessibles par rédaction d'une simple ordonnance médicale. Une feuille expliquant les modalités de réalisation du prélèvement est jointe au dispositif pour les patientes. L'écouvillon doit être retourné au laboratoire dans les 48 heures après réalisation du geste pour être analysable dans des conditions optimales (ANNEXE 6).

A. PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Le prélèvement cervico-utérin est pris en charge à 70% sur la base du tarif conventionnel par l'Assurance Maladie. L'examen clinique et la réalisation du frottis par le médecin généraliste reviennent à 38,96 euros (cotation GS à 26,50 euros + JKHD001 à 12,46 euros). En cas d'utilisation du tiers payant, le patient devra donc régler la somme de 11,69 euros, ce montant

étant généralement remboursé par les complémentaires santé. Dans le cadre du programme national de dépistage organisé avec le courrier nominatif d'invitation envoyé par le CRCDC, l'analyse laboratoire (examen cytologique ou test HPV) est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Actuellement le courrier d'invitation envoyé par le CRCDC ne permet pas un accès direct à l'auto-prélèvement pour la patiente. Ainsi, dans l'attente de la mise en route du dispositif sécurisé d'envoi du kit à domicile à l'échelle nationale, la prescription par le professionnel de santé peut être utilisée pour les femmes cibles. Le dépistage du papillomavirus par auto-prélèvement est pris en charge par l'Assurance Maladie à 60% sur ordonnance médicale. La part restante de 40% est soit prise en charge par la complémentaire santé solidaire (CSS, ancienne CMU) si la patiente en bénéficie, soit par les mutuelles. Dans le cas d'une personne ne disposant pas de complémentaire santé, la part restante d'un montant moyen de 12,17 euros peut représenter un frein à l'utilisation de l'APV.

B. CONDUITE A TENIR EN CAS D'AUTO-PRELEVEMENT POSITIF AU PAPILOMAVIRUS

Le médecin peut donc repérer les femmes échappant au dépistage et détient un rôle d'éducation et d'information des patientes sur l'existence et l'utilisation de l'auto-prélèvement. Celui-ci étant conservé en milieu sec, une cytologie réflexe est impossible à réaliser en cas de positivité du test. Ainsi, le professionnel de santé devra impérativement informer la femme qu'en cas de détection du virus HPV par auto-prélèvement, un examen gynécologique avec la réalisation d'un prélèvement cervico-utérin sera forcément nécessaire pour identifier la présence de dysplasie cellulaire au niveau du col de l'utérus (ANNEXE 7, (27)).

VII. OBJECTIF DE L'ETUDE

A la lumière du contexte théorique développé en introduction, cette enquête locale a pour vocation d'étudier la perception et les connaissances qu'ont les médecins généralistes du Nord Pas-de-Calais sur l'utilisation de l'auto-prélèvement vaginal dans le test HPV. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'une fiche synthétique explicative sur l'APV, créée spécifiquement pour cette recherche afin de l'améliorer et de pouvoir renseigner au mieux les praticiens concernés.

MATERIELS ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude observationnelle quantitative, descriptive, transversale, ayant pour but d'observer les pratiques professionnelles.

II. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion étaient :

- Faire partie de la spécialité de médecine générale,
- Exercer en tant que médecin salarié, libéral ou d'activité mixte, installé, remplaçant ou dans une structure hospitalière ou de soins primaires,
- Exercer au moins en partie dans la région du Nord ou du Pas-de Calais.

Les autres spécialités (gynécologues ou sages-femmes) n'étaient pas invitées à répondre à cette étude.

III. ELABORATION DE LA METHODE ET DU QUESTIONNAIRE

A. CARACTERISTIQUES DU QUESTIONNAIRE

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire informatisé standardisé et anonymisé créé via la plateforme LimeSurvey®. Ce questionnaire était accessible en ligne grâce à un lien informatique. Il était destiné aux médecins généralistes et a été imaginé à partir d'une

analyse de la littérature via notamment le moteur de recherche PubMed® en utilisant les mots clés « Cancer du col de l'utérus – HPV – auto-prélèvement – dépistage – femmes ». Il totalise 20 questions et est divisé en trois parties.

- La première comporte les caractéristiques socio-démographiques des participants avec 6 questions obligatoires à réponse unique ou multiple.
- La deuxième partie comporte 9 questions obligatoires sur l'exercice de la gynécologie en tant que médecin généraliste. La 9^{ème} question diffère selon la réponse par oui ou non à la précédente.
- Enfin le début de la troisième partie expose la fiche explicative en format PDF® puis questionne les médecins répondants sur son intérêt à l'aide de 3 questions fermées et une dernière question facultative à réponse ouverte.

A l'ouverture du lien informatique, un texte d'introduction présente brièvement l'intérêt de l'étude et rappelle les critères d'inclusion. La troisième partie du questionnaire s'ouvre par un second message explicatif détaillant la fiche informative sur l'APV et l'importance de terminer le questionnaire après avoir pris connaissance de cette fiche. L'annexe 8 expose le questionnaire dans sa totalité. Il s'agit du format d'affichage identique lors de l'ouverture du lien par les participants (ANNEXE 8).

B. REALISATION DE LA FICHE INFORMATIVE SUR L'AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL

Une fiche explicative intitulée « Dépistage du cancer du col de l'utérus : utilisation de l'auto-prélèvement vaginal » a été conçue à l'aide de plusieurs sources de la littérature (principalement deux détaillées ci-dessous) et avait un but informatif pour les médecins généralistes. Elle est globalement découpée en 3 axes majeurs et est visible en annexe 9 (ANNEXE 9).

- Une phrase introduit le contexte du dépistage organisé en France, puis un tableau réalisé à partir de l'ouvrage « Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique » par l'INCa rappelle ses indications et contre-indications (5).
- Ensuite, une frise chronologique a été créée pour synthétiser le choix du test recommandé en fonction de l'âge de la patiente et pour simplifier leur suivi.
- La troisième partie concerne l'auto-prélèvement. Elle rappelle ses indications, son utilisation et sa prescription pour les professionnels de santé. Ces informations proviennent notamment du nouveau référentiel de l'INCa « Cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux » (27). Une phrase rappelle l'efficacité et l'acceptabilité de ce test pour les patientes et invite les praticiens intéressés à se référer aux sources utilisées notamment la méta-analyse de Arbyn M et al. actualisée en 2018, abordée en introduction (16).

L'objectif était de créer une fiche de rappel concise et agréable visuellement, permettant ainsi de repérer les informations rapidement. Le format A4 était privilégié permettant un affichage simple pour le médecin dans ses archives. Une page supplémentaire permettait d'accéder aux différentes sources utilisées pour son élaboration.

C. CADRE REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE

Une demande a été faite auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille. Après étude du questionnaire, celui-ci a confirmé l'absence de nécessité de déclaration et d'enregistrement au registre ainsi que l'absence de nécessité de déclaration auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) et du Comité d'Éthique. La référence registre DPO est disponible en annexe 10 (ANNEXE 10).

D. COLLECTE ET DIFFUSION DES DONNEES

Le questionnaire a été créé en ligne grâce à la plateforme LimeSurvey® et le lien était diffusé de plusieurs façons :

- Grâce au réseau social Facebook® via un groupe d'échange de médecins généralistes du Nord-Pas de Calais.
- Par adresse électronique aux Maîtres de Stage des Universités (MSU) de la Faculté de Médecine de Lille.
- Grâce à l'encouragement du partage du lien informatique par la technique « boule de neige » entre les différents médecins.

Le recueil de données s'est déroulé au cours des mois d'aout et septembre 2023. Durant cette période, des relances ont été effectuées pour accroître la participation.

IV. OBJECTIFS ET CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer l'impact de la lecture d'une fiche informative sur l'auto-prélèvement vaginal dans le test HPV, inventée pour l'étude, sur la pratique des médecins généralistes en évaluant leur volonté de prescrire ce test à l'avenir si les indications le permettent. Ainsi le critère de jugement principal est la réponse à la question 19 : « En cas d'indication, envisagez-vous de prescrire un auto-prélèvement vaginal pour le Test HPV après ces informations ? ».

Les objectifs secondaires consistent à évaluer les connaissances des médecins du Nord-Pas-de-Calais sur le sujet afin de définir les profils des médecins prescripteurs ou de dépister les freins à l'utilisation de ce test.

V. ANALYSE DES DONNEES

Les résultats obtenus à partir de la plateforme LimeSurvey® ont été répertoriés dans un fichier Excel®. Celles-ci ont été effectuées avec l'aide d'une ingénieure de recherche en mathématiques.

A. ANALYSE DESCRIPTIVE

Les données ont été analysées de manière descriptive. Les variables quantitatives (notamment l'âge des participants) étaient décrites par la moyenne ou la médiane. Les variables qualitatives et binaires étaient exprimées en effectif et pourcentage.

B. INTERVALLE DE CONFIANCE

Après recueil de notre échantillon de données, l'objectif était d'étendre les conclusions de l'étude à la population totale qui nous intéressait, à savoir ici l'ensemble des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Ainsi, des intervalles de confiance à 95% étaient calculés afin d'encadrer les résultats retrouvés pour les variables qualitatives binaires.

C. TEST D'INDEPENDANCE DU KHI 2

Dans un second temps, l'indépendance entre deux variables qualitatives a été soumise, pour plusieurs items du questionnaire, à un test du Khi 2. Les hypothèses étaient les suivantes :

- H0 = hypothèse nulle : les variables sont indépendantes
- H1 = hypothèse alternative

Un seuil de significativité de 5 % a été retenu ($p < 0,05$). Ainsi, une p-valeur inférieure à 0.05 permettait de rejeter l'hypothèse H0 et prouvait que les variables n'étaient pas indépendantes.

On pouvait donc conclure à une influence significative entre les variables.

D. TEST EXACT DE FISHER

Le test exact de Fisher représentait une bonne alternative au test du Khi 2 lorsque les échantillons étaient faibles. En effet, pour tester l'indépendance entre deux variables qualitatives dont certaines valeurs du tableau de contingence étaient inférieures à 5 (comme notre évaluation du critère de jugement principal), nous avons utilisé ce test. L'hypothèse nulle, H_0 considère également les variables X et Y comme indépendantes. Nous recherchons alors à rejeter l'hypothèse H_0 avec une p-valeur inférieure à 0,05.

Enfin, les réponses obtenues à partir de la question ouverte finale n'étaient pas analysables. Cependant, elles étaient volontairement classées en groupe de mots-clés en recherchant une homogénéité à l'intérieur des thèmes, pour veiller à catégoriser sans réduire l'information.

VI. QUALITE METHODOLOGIQUE

Les critères de rédaction et de qualité méthodologique retenus étaient définis selon le STROBE Statement (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology).

RESULTATS

I. DIAGRAMME DE FLUX

Au cours de la période de recrutement, 198 questionnaires ont été activés dont 167 complets et 31 partiels. Ces derniers n'ont pas été pris en compte dans l'analyse statistique. Ainsi, 167 médecins répondants constituaient notre échantillon. Parmi les réponses incomplètes, 15 médecins se sont connectés au lien informatique sans répondre, 6 se sont arrêtés à la partie 1 et 10 se sont arrêtés à la partie 2.

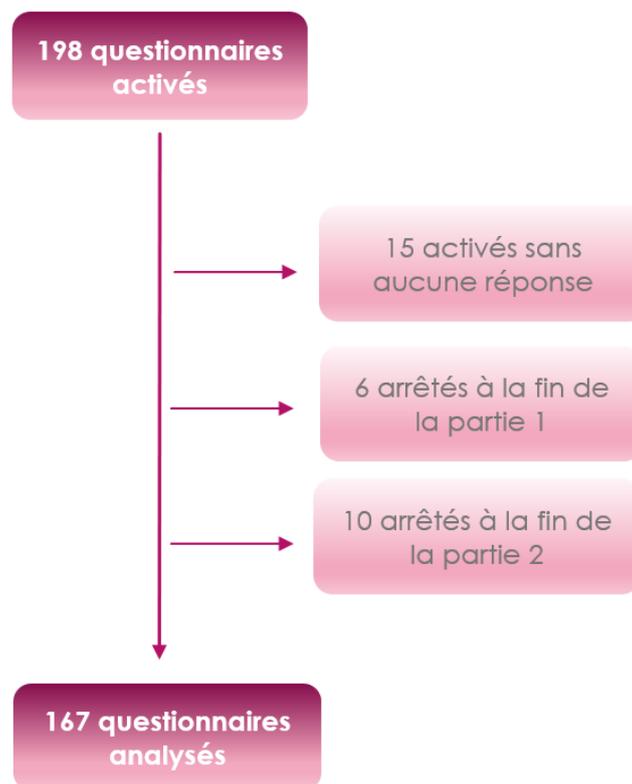


Figure 2 : Diagramme de flux.

II. ANALYSE DESCRIPTIVE

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

IDENTITE

Parmi les répondants, 106 étaient des femmes (63%) et 61 étaient des hommes (37%).

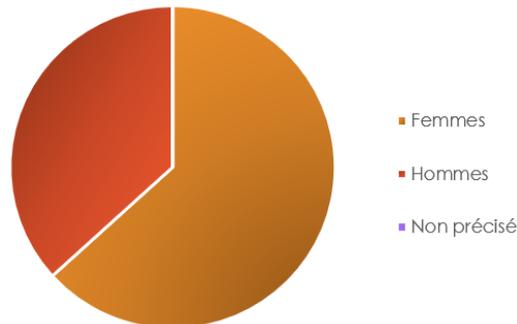


Figure 3 : Répartition par genre.

L'âge des répondants allait de 26 à 66 ans. 35% des médecins étaient âgés de 26 à 30 ans (59 personnes), 35% de 31 à 40 ans (58), 13% de 41 à 50 ans (21), 10% de 51 à 60 ans (17) et 7% de 61 ans ou plus (12). La moyenne d'âge des médecins de cette étude était de 38 ans et la médiane de 34 ans. La moyenne d'âge était plus faible pour les médecins remplaçants (30 ans) que pour les médecins installés (44 ans).



Figure 4 : Répartition par classe d'âge.

PROFESSION

Notre échantillon était constitué de 80 médecins généralistes installés (48%) dont 63 étaient maîtres de stage universitaire. On retrouvait également 63 (38%) médecins remplaçants, 9 (5%) médecins salariés en soins primaires (PMI, Planning familial, médecins scolaires ou autres) et 15 (9%) de médecins à exercice mixte (ville-hôpital ou soins primaires). Aucun des participants n'a déclaré être uniquement salarié hospitalier. On comptait 73 maîtres de stage universitaire, soit 44% des participants.

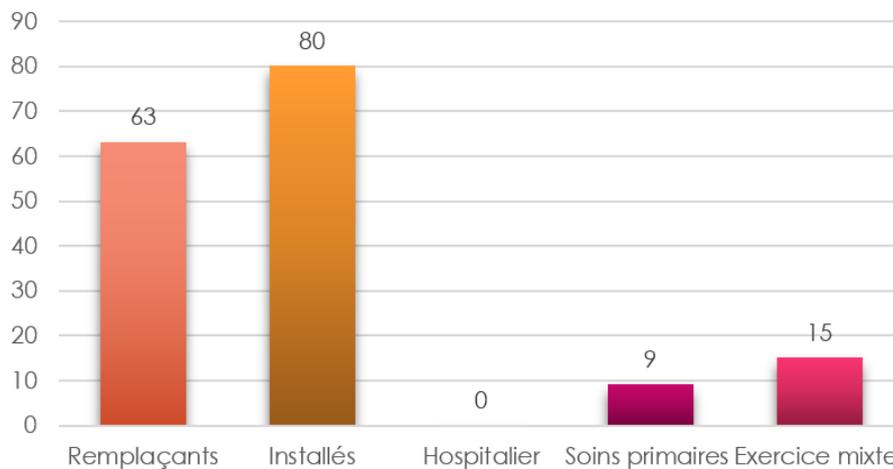


Figure 5 : Répartition des médecins par type d'activité.

Statut actuel des professionnels	Femme	Homme	Effectif total	Proportion
Médecin généraliste remplaçant	50	13	63	38%
Médecin généraliste installé	40	40	80	48%
Médecin généraliste salarié hospitalier	0	0	0	0%
Médecin généraliste salarié en soins primaires	7	2	9	5%
Médecin généraliste avec activité mixte	9	6	15	9%
Total	106	61	167	
Proportion	63%	37%		
Maître de Stage Universitaire (MSU)	33	40	73	44%

Tableau 2 : Répartition des médecins par profession et par genre.

GEOGRAPHIE

Concernant la zone géographique, 87 médecins déclaraient travailler en zone urbaine (52%) tandis que 80 travaillaient en zone rurale (48%). 98 (59%) étaient situés dans le département du Nord, 46 (28%) dans le Pas-de-Calais et 23 (14%) partageaient leur temps entre les deux départements (dont une majorité de remplaçants).

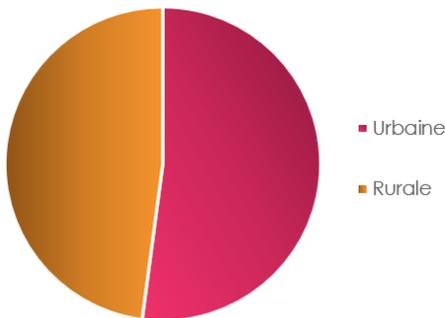


Figure 6 : Répartition par zone géographique.

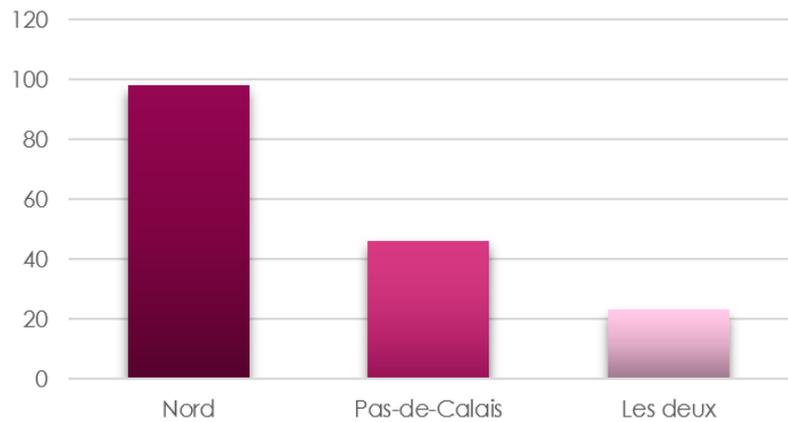


Figure 7 : Répartition par département.

Zone géographique	Nord	Pas-de-Calais	Les deux	Effectif total	Proportion
Urbaine	57	22	8	87	52%
Rurale	41	24	15	80	48%
Total	98	46	23	167	
Proportion	59%	28%	14%		

Tableau 3 : Répartition des répondants en fonction de leur zone géographique et de leur département d'exercice.

B. EXERCICE DE LA GYNECOLOGIE EN MEDECINE GENERALE

GYNECOLOGIE GENERALE

La question numéro 7 visait à recenser le nombre de médecins ayant validé un diplôme universitaire de gynécologie obstétrique au cours de leur formation. Ils étaient 18 soit 11% à être titulaires du DIU de gynécologie et donc une majorité de 149 personnes soit 89% ne le détenaient pas.

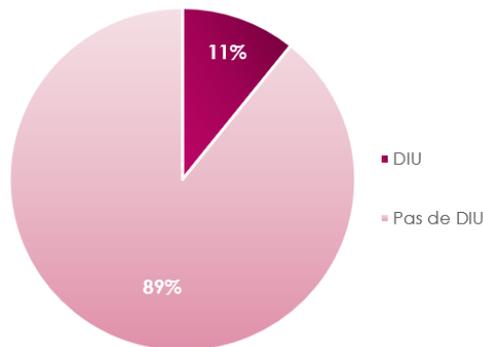


Figure 8 : Taux de médecins ayant validé le DIU de gynécologie.

Une seule personne répondante ne réalisait aucun acte gynécologique. Ainsi, 99% des participants déclaraient pratiquer au moins 1 des actes décrits dans le questionnaire. Le tableau 4 synthétise l'effectif et le pourcentage de réalisation pour les participants. On remarque que les actes de gynécologie les plus couramment réalisés par les médecins généralistes étaient la prescription de contraceptifs (98% d'entre eux) et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (97%). 66 soit 40% affirmaient prescrire le traitement hormonal substitutif de la ménopause. La pose ou dépose d'implants contraceptifs était effectuée par 47% des répondants tandis que la pose de DIU était moins fréquente avec 16% d'entre eux. 50% des médecins assuraient un suivi de la grossesse de leurs patientes. Seuls 4 répondants (2,4%) effectuaient des IVG médicamenteuses au cabinet.

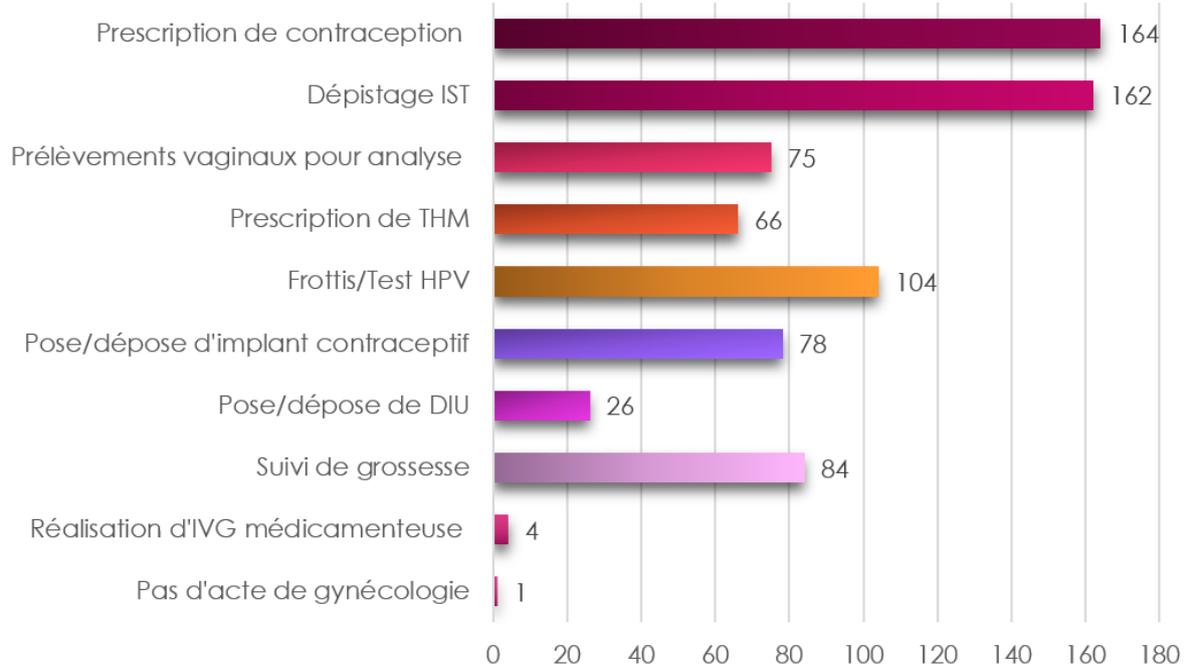


Figure 9 : Réalisation des actes de gynécologie par les médecins répondants.

Actes de gynécologie	Femme	Homme	Effectif total	Proportion (avec intervalle de confiance)
Prescription de contraception	104	60	164	98%
Dépistage IST	103	59	162	97% [94-99]
Prélèvements vaginaux pour analyse	58	17	75	45% [37-53]
Prescription de traitement hormonal de la ménopause	35	31	66	40% [32-47]
Réalisation de frottis/test HPV	81	23	104	62% [55-70]
Pose/dépose d'implant contraceptif	48	30	78	47% [39-54]
Pose/dépose de DIU	20	6	26	16% [10-21]
Suivi de grossesse	57	27	84	50% [43-58]
IVG médicamenteuse	4	0	4	2,40%
Aucun des actes cités	1	0	1	0,60%
Validation du "DIU de gynécologie et d'obstétrique"	18	0	18	11% [6-15,6]

Tableau 4 : Réalisation des différents actes de gynécologie par les médecins généralistes répondants en fonction du sexe.

DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

105 médecins généralistes interrogés, soit 63%, déclaraient pratiquer eux-mêmes le dépistage du cancer du col de l'utérus par prélèvement cervico-utérin (frottis ou test HPV selon l'âge de la femme). Parmi ce total, il y avait 82 soit 78% de femmes et 23 soit 22% d'hommes.

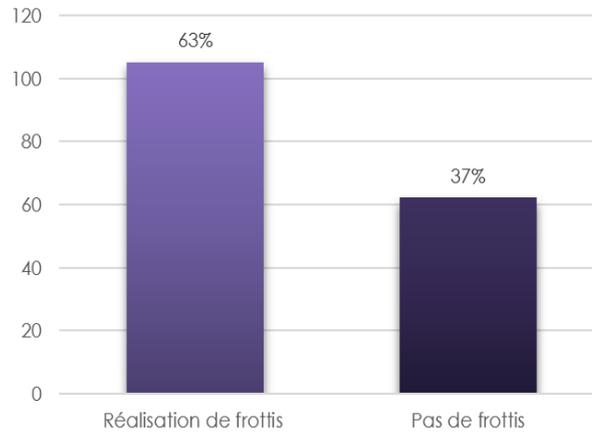


Figure 10 : Comparaison du taux de médecins réalisant ou non le frottis/test HPV.

Une échelle de Likert permettait de classer l'aisance des praticiens face aux recommandations en vigueur dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. 7 (4%) avouaient n'être « pas du tout à l'aise », 44 (26%) être « moyennement à l'aise », 84 (50%) être « plutôt à l'aise » tandis que 32 (19%) étaient « très à l'aise ». En regroupant par deux les catégories, on pouvait classer 31% des médecins « peu à l'aise » et 69% des médecins « à l'aise ».

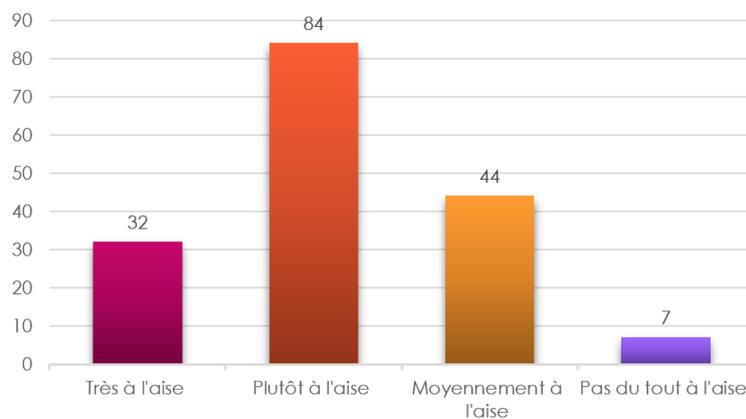


Figure 11 : Aisance ressentie avec les recommandations sur le dépistage du cancer du col.

III. ANALYSE STATISTIQUE

A. REALISATION DU FROTTIS

Le tableau 5 représente la répartition des médecins selon la réalisation ou non du frottis/test HPV, en recherchant l'influence de certains facteurs.

		Frottis/test HPV	Pas de frottis/test HPV	p-value
Genre	Femme	82	24	p < 0,001
	Homme	23	38	
Activité	Remplaçant	36	27	p = 0,15
	Installé	55	25	
	Soins primaires	4	5	
	Mixte	10	5	
Zone	Urbaine	53	34	p = 0,59
	Rurale	52	28	
Département	Nord	67	31	p = 0,21
	Pas-de-Calais	25	21	
	Les deux	13	10	
MSU	MSU	49	24	p = 0,32
	Non MSU	56	38	
DIU de gynécologie	DIU	18	0	p < 0,001
	Pas de DIU	87	62	
Aisance avec les recommandations	A l'aise	84	32	p < 0,001
	Peu à l'aise	21	30	
Total		105	62	
Proportion		63% [55-70]	37% [30-45]	

Tableau 5 : Répartition des médecins réalisant le frottis/test HPV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de plusieurs critères.

En réalisant des tests statistiques d'indépendance entre variables qualitatives, nous avons pu remarquer dans notre étude que le genre du médecin, la possession d'un DIU de gynécologie ainsi que l'aisance ressentie avec les recommandations en matière de dépistage du cancer du col étaient des facteurs influençant de manière significative la réalisation du frottis par le médecin généraliste.

B. AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL DANS LE TEST HPV

100 médecins généralistes déclaraient connaître l'existence de l'auto-prélèvement vaginal dans le test HPV correspondant à un taux de 60%. En comparaison, plus de médecins (135 soit 81%) connaissaient l'existence d'un auto-prélèvement vaginal dans la recherche de chlamydia chez la femme (dans le cadre d'un dépistage IST).

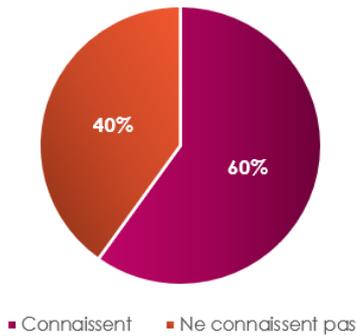


Figure 12 : Taux de médecins connaissant l'existence d'un APV pour le test HPV.

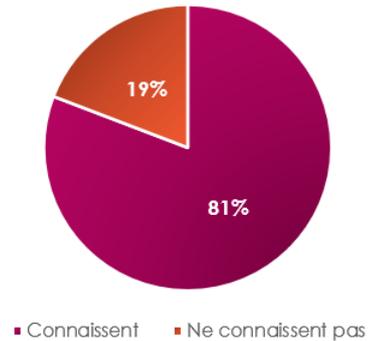


Figure 13 : Taux de médecins connaissant l'existence d'un APV pour le dépistage IST (chlamydia).

Bien qu'une majorité de médecins connaissaient l'existence d'un APV pour le test HPV, moins de la moitié (45 soit 27%) connaissaient ses indications et une proportion moindre l'avait déjà prescrit (26 soit 16%).

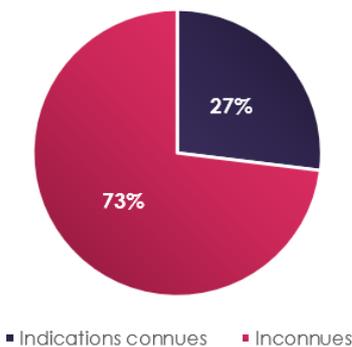


Figure 14 : Taux de médecins connaissant les indications de l'APV pour le test HPV.

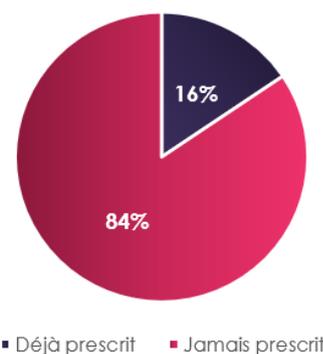


Figure 15 : Taux de médecins ayant déjà prescrit l'APV pour le test HPV.

Des tests d'indépendance permettaient d'évaluer l'influence de certains facteurs sur la connaissance de l'existence de ce test, de ses indications ainsi que sur sa prescription par les médecins généralistes. Les résultats sont exposés dans les tableaux ci-dessous.

		Connaissance de l'existence de l'APV pour le test HPV		
		Connue	Inconnue	p-value
Genre	Femme	60	46	p = 0,25
	Homme	40	21	
Age	≤ 38	63	47	p = 0,34
	> 38	37	20	
Activité	Remplaçant	33	30	p = 0,22
	Installé	50	30	
	Soins primaires	8	1	
	Mixte	9	6	
Zone	Urbaine	50	37	p = 0,51
	Rurale	50	30	
Département	Nord	61	37	p = 0,66
	Pas-de-Calais	27	19	
	Les deux	12	11	
MSU	MSU	47	26	p = 0,30
	Non MSU	53	41	
DIU de gynécologie	DIU	15	3	p = 0,040
	Pas de DIU	85	64	
Réalisation de Frottis/Test HPV	Frottis/test HPV	68	37	p = 0,09
	Pas de frottis	32	30	
Connaissance de l'APV dans le dépistage IST	Connu	94	41	p < 0,001
	Inconnu	6	26	
Aisance avec les recommandations HPV	A l'aise	69	47	p = 0,87
	Peu à l'aise	31	20	
Total		100	67	
Proportion		60% [52-67]	40% [33-48]	

Tableau 6 : Répartition des médecins selon leur connaissance de l'existence de l'APV pour le test HPV en fonction de certains facteurs.

On remarque qu'il existe une différence significative entre l'obtention d'un DIU de gynécologie ($p = 0,040$) et la connaissance de l'existence de l'APV pour le test HPV ainsi qu'entre la connaissance d'un auto-prélèvement vaginal dans le dépistage de chlamydia ($p < 0,001$) et l'existence de l'APV pour le test HPV.

		Connaissance des indications de l'APV pour le test HPV		
		Connues	Inconnues	p-value
Genre	Femme	26	80	p = 0,35
	Homme	19	42	
Age	≤ 38	25	85	p = 0,09
	> 38	20	37	
Activité	Remplaçant	9	54	p = 0,018*
	Installé	25	55	
	Soins primaires	7	2	
	Mixte	4	11	
Zone	Urbaine	30	57	p = 0,022
	Rurale	15	65	
Département	Nord	30	68	p = 0,98
	Pas-de-Calais	14	32	
	Les deux	1	22	
MSU	MSU	24	49	p = 0,13
	Non MSU	21	73	
DIU de gynécologie	DIU	12	6	p < 0,001
	Pas de DIU	33	116	
Réalisation de Frottis/Test HPV	Frottis/test HPV	32	73	p = 0,18
	Pas de frottis	13	49	
Connaissance de l'APV dans le dépistage IST	Connu	44	91	p < 0,001
	Inconnu	1	31	
Aisance avec les recommandations HPV	A l'aise	36	80	p = 0,07
	Peu à l'aise	9	42	
Total		45	122	
Proportion		27% [20-34]	73% [66-80]	

Tableau 7 : Répartition des répondants selon leur connaissance des indications de l'APV pour le test HPV en fonction de certains facteurs.

Plusieurs facteurs sont retrouvés comme significativement associés à la connaissance des indications de l'auto-prélèvement vaginal pour le test HPV tels que l'activité du médecin généraliste (entre remplaçant et installé avec $p = 0,018$), sa zone d'exercice (rurale ou urbaine avec $p = 0,022$), l'obtention d'un DIU de gynécologie ($p < 0,001$) et la connaissance de l'APV dans le dépistage de chlamydia ($p < 0,001$).

**Pour tester l'indépendance entre la valeur « activité du médecin » et la connaissance des indications, seuls les médecins étant remplaçants et installés ont été pris en compte dans l'analyse statistique (test du Khi 2), l'échantillon comportait ainsi 143 répondants (et non les 167).*

		Prescription de l'APV pour le test HPV		
		Déjà prescrit	Jamais prescrit	p-value
Genre	Femme	15	91	p = 0,50
	Homme	11	50	
Age	≤ 38	13	97	p = 0,063
	> 38	13	44	
Activité	Remplaçant	6	57	p = 0,12
	Installé	15	65	
	Soins primaires	2	7	
	Mixte	3	12	
Zone	Urbaine	16	71	p = 0,29
	Rurale	10	70	
Département	Nord	18	80	p = 0,42
	Pas-de-Calais	6	40	
	Les deux	2	21	
MSU	MSU	17	56	p = 0,015
	Non MSU	9	85	
DIU de gynécologie	DIU	7	11	p = 0,01
	Pas de DIU	19	130	
Réalisation de Frottis/Test HPV	Frottis/test HPV	18	87	p = 0,47
	Pas de frottis	8	54	
Connaissance de l'APV dans le dépistage IST	Connu	25	110	p = 0,03
	Inconnu	1	31	
Aisance avec les recommandations HPV	A l'aise	20	96	p = 0,37
	Peu à l'aise	6	45	
Total		26	141	
Proportion		16% [10-21]	84% [79-90]	

Tableau 8 : Répartition des participants selon leurs antécédents de prescription de l'APV pour le test HPV en fonction de certains facteurs.

Le tableau 8 nous montre une influence significative entre le fait d'être maître de stage universitaire ($p = 0,015$) et la prescription de l'APV pour le test HPV. En outre, la possession d'un DIU de gynécologie ($p = 0,01$) ainsi que la connaissance d'un autre APV pour le dépistage de chlamydia ($p = 0,03$) sont associés significativement à la prescription d'un APV pour le test HPV.

Parmi les 26 praticiens ayant déjà prescrit un APV dans le test HPV, 9 (35%) avaient eu une majorité de retours positifs de leurs patientes alors que 3 (11%) avaient eu une majorité de retours négatifs. 14 soit 54% n'avaient obtenu aucun retour des patientes.

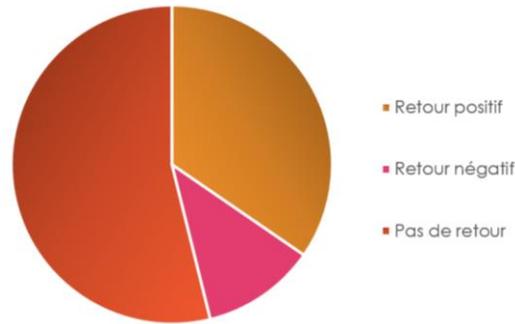


Figure 16 : Retours des patientes ayant effectué un test HPV par auto-prélèvement.

La question numéro 16 permettait d'identifier les causes de l'absence de prescription de cet autotest pour la majorité des médecins. Les catégories du questionnaire n'étaient pas mutuellement exclusives. Parmi les 141 médecins ne l'ayant jamais prescrit, 45 soit 27% avouaient n'en avoir jamais entendu parler. 49 soit 29% manquaient d'informations sur son efficacité et 83 soit 50% manquaient d'informations sur ses indications. 40 médecins (24%) ne savaient pas comment prescrire le test alors que 38 (23%) ne savaient pas comment l'utiliser. Une minorité de 24 praticiens (14%) ne l'avaient pas prescrit car ils affirmaient ne pas en avoir eu l'occasion (n'ayant pas eu de patientes répondant à ses indications).

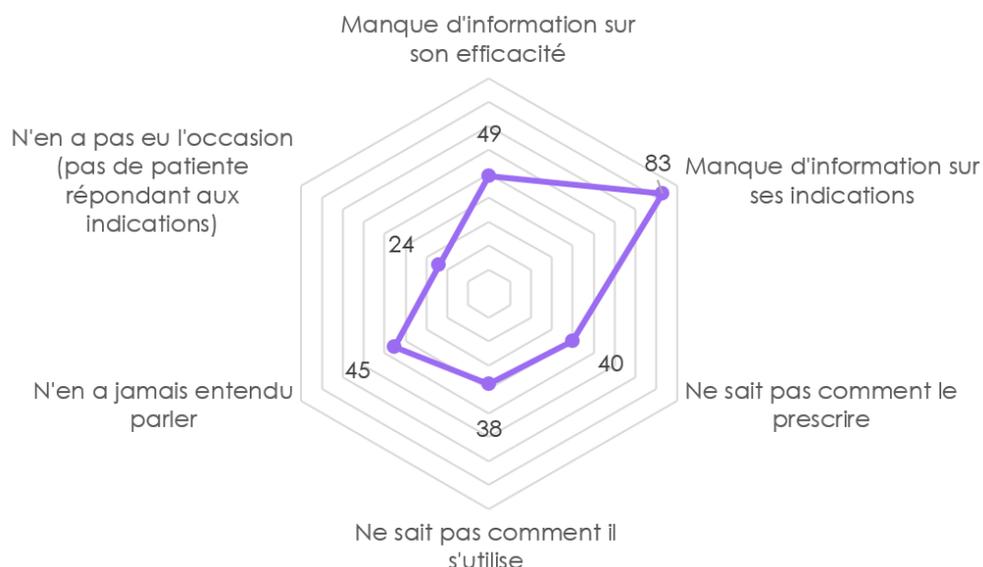


Figure 17 : Causes de l'absence de prescription de l'APV.

Causes d'absence de prescription de l'APV	Effectif	Proportion (avec intervalle de confiance)
Manque d'information et/ou de connaissance sur son efficacité	49	29% [23-36]
Manque d'information et/ou de connaissance de ses indications	83	50% [42-57]
Ne sait pas comment le prescrire	40	24% [17-31]
Ne sait pas comment il s'utilise	38	23% [16-29]
N'en a jamais entendu parler	45	27% [20-34]
N'en a pas eu l'occasion (pas de patiente répondant à ses indications)	24	14% [9-20]
Total des médecins ne l'ayant jamais prescrit	141	84% [79-90]

Tableau 9 : Répartition des causes d'absence de prescription de l'APV pour le test HPV.

C. OBJECTIF DE L'ETUDE : EVALUER LA FICHE INFORMATIVE

AVIS DES MEDECINS SUR LA FICHE

161 soit 96% des participants à cette étude ont déclaré avoir compris facilement la fiche résumée sur l'APV. Ils jugeaient à 98% (164 personnes) que celle-ci était utile pour leur pratique.

EVALUATION DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Parmi les 167 répondants ayant terminé le questionnaire et donc ayant pris connaissance des informations de la fiche résumée en troisième partie du questionnaire, 162 soit 97% déclaraient envisager la prescription de l'auto-prélèvement vaginal pour le test HPV à l'avenir, s'ils en rencontraient les indications. Le tableau 10 ci-dessous résume l'avis des médecins.

Fiche « Dépistage du cancer du col de l'utérus : utilisation de l'auto-prélèvement vaginal »	Effectif	Proportion (avec intervalle de confiance)
Compréhension	Facilement compréhensible	96% [94-99]
	Peu compréhensible	
Utilité	Utile	98%
	Inutile	
Prescription à l'avenir	Envisage de prescrire l'APV	97% [94-100]
	Ne l'envisage pas	

Tableau 10 : Répartition de l'avis des médecins sur la fiche réalisée.

Devant le peu de réponses négatives à la question « envisagez-vous la prescription de ce test après la lecture de la fiche ? », un test exact de Fisher était utilisé pour tester l'indépendance entre les variables « prescription avant lecture de la fiche » et « prescription probable après lecture de la fiche ». La p valeur retrouvée était de 0,57, ne permettant pas de rejeter l'hypothèse nulle et donc d'affirmer une influence de la lecture de notre fiche sur les futures prescriptions des médecins.

		APRES lecture de la fiche		p-value (test de Fisher)
		Médecins qui envisagent la prescription à l'avenir	Médecins n'envisageant pas de le prescrire	
AVANT lecture de la fiche	Médecins ayant déjà prescrit l'APV dans le test HPV	25	1	p = 0,57
	Médecins ne l'ayant jamais prescrit	137	4	
Total		162	5	
Proportion		97% [94-99]		

Tableau 11 : Répartition des médecins envisageant la prescription de l'APV dans le test HPV après la lecture de la fiche.

Nous ne pouvons pas conclure de manière significative à une influence de la lecture de la fiche sur la déclaration d'utilisation future de ce test par les médecins généralistes.

Enfin, 44 médecins, soit 26% des participants ont tenu à laisser un commentaire comme il était proposé dans la dernière question ouverte du questionnaire.

DISCUSSION

I. CHOIX DE LA METHODE

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer l'intérêt pour les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais (NPDC) d'une fiche sur l'APV pour le test HPV. Nous avons choisi de diffuser notre étude et de recueillir les données grâce à un questionnaire informatique permettant une facilité d'inclusion des sujets et une minimisation des contraintes pour les participants. Nous espérons ainsi récolter un maximum de réponses sur les connaissances des médecins concernant ce thème. La pertinence majeure de notre étude était la délivrance d'un message de santé aux médecins sous la forme d'une fiche synthétique à visées informative et pédagogique. Pour ce faire, l'analyse de notre critère de jugement principal a été soumise à un test de Fisher afin d'évaluer l'impact de la lecture de la fiche sur la volonté de prescription du test par les praticiens.

II. FORCES DE NOTRE ETUDE

A. SON ORIGINALITE

Comme vu dans notre introduction, bien qu'il existe depuis des années de nombreux articles attestant de l'efficacité de l'auto-prélèvement vaginal pour le test HPV ainsi que son acceptabilité pour les patientes, nous n'avons pas retrouvé d'étude évaluant l'intérêt des médecins généralistes pour ce test ni son taux de prescription en pratique. Notre travail semble donc inédit pour décrire l'état actuel des connaissances et de l'usage de cet outil de dépistage du cancer du col de l'utérus, pour les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.

B. UN OBJECTIF PEDAGOGIQUE

Notre hypothèse de départ était qu'il existe un manque d'information et de communication sur l'APV pour le test HPV en médecine générale et que le test était de ce fait peu prescrit. Nous voulions apporter davantage en proposant un outil pédagogique pour les praticiens avec cette fiche créée spécialement pour l'étude. Notre objectif était donc de diffuser une information synthétique et objective aux médecins généralistes à cette occasion, tout en recueillant leur avis sur notre travail afin d'améliorer la fiche.

III. LIMITES ET BIAIS

A. BIAIS

Cette étude est déclarative et contient donc des biais associés car les individus interrogés peuvent déformer la réalité consciemment ou non. En s'intéressant aux connaissances et pratiques des généralistes, il est possible qu'elle comporte un biais de prévarication bien que l'anonymat du questionnaire ait été respecté. Il existe en outre des biais de sélection. Le questionnaire informatique facilitait la diffusion mais pouvait créer un biais de recrutement. En effet, il est probable que certains médecins moins à l'aise avec les réseaux sociaux ou les outils informatiques étaient plus difficiles à inclure. Enfin, le texte d'introduction du questionnaire énonçant le thème de la thèse, pouvait également créer un biais de volontariat par l'attrait de certains praticiens pour la discipline de gynécologie.

B. LIMITES D'UNE ETUDE TRANSVERSALE

Cette étude est transversale. En effet, après avoir consulté la fiche sur l'APV, la dernière question interrogeait immédiatement les médecins sur leur volonté d'utiliser le test à l'avenir. Une enquête prospective avec recueil à distance des prescriptions réelles serait plus fiable et révélatrice de la véritable influence de notre fiche sur les pratiques. Cependant un tel travail serait plus complexe à développer et ne permettrait pas de garder l'anonymat des participants.

C. MANQUE DE PUISSANCE

Malgré une bonne participation globale (167 personnes), quelques réponses avaient un effectif faible (certaines valeurs du tableau de contingence étaient inférieures à 5), justifiant l'emploi d'un test de Fisher pour l'analyse statistique du critère de jugement principal, qui n'a pas permis de retrouver une p valeur significative ($p = 0,57$). Le manque de puissance de notre étude explique alors en partie cette valeur non significative.

IV. ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS

A. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

L'âge moyen de nos participants était de 38 ans. Cette moyenne basse pouvait s'expliquer par la part conséquente de 38% de médecins remplaçants dans notre échantillon. En effet, la moyenne d'âge des remplaçants était de 30 ans alors que celle des médecins installés (48% des participants) était de 44 ans. Nous tenions à inclure ces remplaçants plus jeunes dans notre étude, la formation médicale à la faculté étant plus récente. Notre échantillon contenait une proportion majoritaire de femmes (63%) pouvant s'expliquer par une moyenne d'âge plutôt jeune et la féminisation progressive de la profession. En effet, en France en 2023, 65% des médecins généralistes de moins de 40 ans (exercice libéral et salariés confondus) sont des femmes (29). L'échantillon constituait un bon équilibre entre le milieu urbain (52%) et rural (48%). Nous avons une part plus importante de médecins exerçant dans le département du Nord (59%) que dans le Pas-de-Calais (28%) alors que 14% partageaient leur activité dans les deux zones. La démographie médicale recensée en janvier 2023 comptait davantage de médecins généralistes actifs réguliers dans le Nord (132 pour 100 000 habitants) que dans le Pas-de-Calais (110 pour 100 000) (29).

B. POPULATION : DES GENERALISTES CONCERNES PAR LA GYNECOLOGIE

La quasi-totalité des médecins de notre étude (99%) déclarait pratiquer au moins un des actes de gynécologie évalués dans le questionnaire. Nous admettons que la prescription du bilan IST pouvait ne pas être considérée comme un acte de gynécologie, cependant une seule personne affirmait ne prescrire que ce bilan IST sans réaliser les autres actes. Les médecins étaient 120, soit 72%, à réaliser au moins un des gestes techniques évoqués dans le questionnaire (PV, FCU/test HPV, pose/dépose DIU, pose/dépose d'implant, IVG médicamenteuse).

Une revue systématique de littérature publiée en 2018 fait état de la place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique (30). 80 à 91% des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique mais seulement 8 à 23% d'entre elles par un médecin généraliste. Pourtant, 64 à 96% de ces derniers déclarent avoir une activité gynécologique. D'après une observation menée pour l'ouvrage « Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? » publiée par le CNGOF (31), les femmes consultaient en moyenne 3,6 fois par an un médecin généraliste pour un motif gynécologique, ce chiffre étant croissant avec l'âge. Les actes gynécologiques les plus fréquemment réalisés en cabinet de médecine générale concernent la contraception, la grossesse et la ménopause. Notre étude va en ce sens en retrouvant une part de 98% des médecins prescrivant des moyens de contraception, 50% réalisant le suivi de grossesse de leurs patientes et 40% prescrivant un THM en cas de besoin.

Une étude Lilloise de 2020 (32) faisait un état des lieux de la pratique de la gynécologie en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Nos résultats étaient comparables concernant les taux de prescription de contraception (98%), la pose/dépose de DIU (15%), le suivi de grossesse (50%). En revanche nous retrouvons des proportions plus importantes pour la réalisation du FCU (63 contre 37%), pose/retrait d'implant (47 contre 31%), la prescription du THM (39 contre 24%, mais sans précision concernant l'initiation ou le renouvellement).

Cependant, il existait des différences dans la population initiale. Cette étude n'était adressée qu'à des médecins installés avec une moyenne d'âge plus élevée, et une proportion d'hommes plus importante.

La thèse de Bocquet Charly (33) réalisée dans le NPDC en 2021 comportait un échantillon de médecins généralistes plus proche de celui de notre étude avec l'inclusion des médecins installés mais aussi remplaçants, assistants ou collaborateurs. Son questionnaire était également diffusé informatiquement et la moyenne d'âge des répondants de 41 ans était plus proche de nos résultats. Le taux de réalisation des différents gestes était fréquemment plus élevé dans sa thèse comme la réalisation du frottis (70%), la réalisation de prélèvements vaginaux (56% contre 45% dans notre étude), la pose de DIU (25,5%) et la pose ou retrait d'implants (57%).

L'essai clinique Lillois PaCUDAHL Gé (34) cherchait à évaluer l'augmentation de participation des femmes au dépistage grâce à leur médecin de famille. Dans le groupe témoin, le médecin réalisait le dépistage par frottis cervico-vaginal (ou orientait la femme vers un autre professionnel) et dans le groupe intervention, il proposait de procéder à une auto-collecte vaginale effectuée à domicile par la patiente elle-même. Plusieurs études préliminaires ou thèses ont utilisé le recueil de données de cette étude permettant de publier des résultats annexes. L'implication du médecin dans la prévention du cancer du col de l'utérus est d'autant plus importante qu'elle permet une amélioration du taux de dépistage. En effet, l'une de ces études préliminaires, réalisée dans les Flandres en 2018, montre un taux moyen de 44% de femmes dépistées lorsque les médecins généralistes effectuaient eux-mêmes des frottis contre un taux de 42 % lorsqu'ils ne le faisaient pas. Le taux de médecins généralistes effectuant le prélèvement cervico-vaginal était alors de 53,1% (45,7% des hommes interrogés contre 78,4% des femmes) (35), se rapprochant davantage de nos résultats. Le sexe du médecin généraliste étant significativement corrélé au taux de dépistage des patientes (36) tout comme nous l'avons démontré dans notre étude ($p < 0,001$).

C. OBJECTIF PRINCIPAL : ÉVALUER L'IMPACT DE LA FICHE

Notre objectif principal était d'évaluer l'impact de la lecture de la fiche pour les médecins généralistes. Nous avons constaté un intérêt majeur pour notre fiche. Ils étaient 96% à la juger compréhensible, 98% à la juger utile et 97% à envisager la prescription de l'APV pour le test HPV à l'avenir. En effet, après prise de connaissance de la fiche résumée, nous retrouvions seulement 5 participants qui n'envisageaient pas de prescrire le test s'ils en rencontraient les indications (4 parmi les médecins ne l'ayant jamais prescrit et 1 parmi ceux l'ayant déjà prescrit). Bien que nous retrouvions des taux majoritairement en faveur de notre travail, nous ne pouvions conclure de manière significative à l'influence de la lecture de la fiche sur la possibilité de prescription du test par les médecins généralistes ($p = 0,57$) devant un manque de puissance statistique.

D. OBJECTIFS SECONDAIRES

MANQUE DE CONNAISSANCE DES MEDECINS

Dans notre recherche, une majorité de médecins (70%) déclarait être à l'aise avec les recommandations en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus (19% « très à l'aise » et 50% « plutôt à l'aise »). Même si plus de la moitié des participants (60%) connaissaient l'existence du test HPV par auto-prélèvement, ils étaient 73% à ne pas maîtriser ses indications. Une majorité de 84% des médecins ne l'avait jamais prescrit. Ces taux reflètent un manque de connaissance du sujet des médecins généralistes du NPDC.

Les médecins généralistes du NPDC qui avaient obtenu un DIU de gynécologie-obstétrique et qui connaissaient l'APV pour le dépistage de chlamydia, connaissaient mieux à la fois l'existence du test HPV par APV, ses indications et l'avaient davantage prescrit de manière significative. Le fait d'être installé (par rapport au remplaçant) et d'exercer la médecine en zone urbaine étaient associés significativement aux connaissances des indications de cet autotest. Enfin, les médecins maîtres de stage universitaire avaient davantage prescrit cet auto-prélèvement de manière significative.

Parmi les médecins prescripteurs de l'APV dans notre échantillon (16% de nos participants), 35% avaient reçu en majorité des retours positifs de la part des patientes tandis que 11% avaient enregistré des retours négatifs. 54% n'avaient obtenu aucun retour des patientes. Nous n'avions pas recherché à étudier davantage l'avis des patientes car ce n'était pas notre but. Dans la littérature, une étude de 2016 dans le cadre d'une thèse en pharmacie avait traité du retour d'expérience de femmes volontaires pour tester l'auto-prélèvement. L'avis des patientes revenait alors majoritairement positif. Il était décrit comme « non douloureux, peu désagréable, peu gênant et pas difficile à réaliser » (37).

DEPISTER LES FREINS A L'UTILISATION DE L'APV

Notre questionnaire proposait des hypothèses de frein à l'absence de prescription du test par les médecins généralistes qui déclaraient avoir :

- un manque de données sur ses indications (50% des médecins ne l'ayant jamais prescrit)
- un manque d'informations sur son efficacité pour 29% d'entre eux
- une lacune de communication sur le sujet car 27% avouaient n'en avoir jamais entendu parler
- un manque d'information sur la réalisation de la prescription car 24% ne savaient pas comment le prescrire
- un défaut de renseignements sur son utilisation pratique car 23% ne savaient pas comment l'utiliser
- une absence de patientes répondant aux indications en cabinet de médecine générale car 14% affirmaient ne pas en avoir eu l'occasion.

En effet, bien que de multiples articles attestent de la fiabilité technique de l'APV pour détecter l'HPV et de son acceptabilité pour les patientes réfractaires au dépistage, il existe peu de sources synthétisant son utilisation pratique et sa facilité de mise en place au cabinet de médecine générale.

RESSENTI DES MEDECINS SUR LA FICHE**REMARQUES POSITIVES**

Parmi les 44 commentaires laissés librement, 19 soit 43% étaient des remarques positives ou remerciements des lecteurs. Certains mot clés ont pu être regroupés en catégorie similaire pour évoquer le thème abordé dans la fiche comme « thème intéressant, pertinent, utile ». La fiche était qualifiée « d'efficace » et une « excellente initiative ». En outre, l'esthétique était qualifiée « d'agréable visuellement ». La fiche était décrite comme « simple, concise, belle et claire ». Des médecins déclaraient l'avoir gardée dans leurs documents personnels et certains suggéraient même de réaliser une version pour les patientes, à proposer au cabinet. 3 médecins avouaient avoir contacté leur laboratoire de proximité pour obtenir des tests.

LIMITES

6 répondants (4%) déclaraient n'avoir pas bien compris la fiche. Deux médecins la trouvaient trop dense ou de lecture compliquée. La frise chronologique n'était pas claire pour un participant tandis qu'un autre ne comprenait pas la séparation de la fiche en deux parties (la première pour les recommandations actuelles du dépistage et la deuxième sur l'APV en lui-même). 3 médecins (2%) ne la trouvaient pas utile car elle leur semblait peu compréhensible. Enfin, 5 médecins (3%) n'envisageaient pas la prescription de l'auto-prélèvement après la lecture de cette fiche. Parmi eux, 1 médecin ne justifiait pas son choix, 2 ne se sentaient pas concernés devant le peu de gynécologie dans leur pratique quotidienne et 1 ne comprenait pas le message, rapportant une lisibilité insuffisante. Enfin, 1 praticien ne comprenait pas l'intérêt de cet autotest devant l'obligation de réaliser un examen gynécologique avec prélèvement cervico-utérin en cas de retour positif.

PISTES D'AMELIORATION

Des points étaient relevés par les répondants incluant des remarques constructives et des pistes de réflexion afin d'améliorer la fiche. En effet, il était proposé d'ajouter des détails à propos de l'efficacité du test (sensibilité et spécificité), de sa réalisation technique (profondeur d'insertion

du dispositif vaginal, conservation de l'échantillon prélevé) ou de son remboursement. Les remarques libres apportées par les médecins ont ainsi permis d'élaborer une nouvelle version synthétique optimisée de la fiche informative exposée en annexe 11 (ANNEXE 11).

V. REFLEXION ET AVENIR DU DEPISTAGE

A. AVENIR EN FRANCE

Les modalités de dépistage avec utilisation de l'APV pour le test HPV devraient évoluer rapidement dans les prochains mois devant l'objectif du CRCDC d'envoi de kit à domicile aux patientes non dépistées. Cependant, la date d'initiation de cette campagne de relance n'a pas été révélée à ce jour. Nous n'avons obtenu aucune réponse sur ce sujet malgré une communication en juillet 2023 auprès d'un médecin coordinateur du CRCDC du NPDC ayant contacté l'INCa et la CNAM décisionnaires du sujet. Malheureusement nos échanges n'ont permis d'obtenir aucune prévision de date de mise en place, ni de précisions des formalités de demande du kit à domicile à réaliser par le médecin généraliste.

Dans l'attente de nouvelles annonces, la prescription pour les femmes cibles reste possible par les professionnels de santé et notre fiche synthétique pourrait représenter un allié de communication efficace pour renforcer le dépistage.

B. COMPARAISON EN EUROPE : EXEMPLE DES PAYS-BAS

Depuis 2017, afin d'améliorer la couverture du dépistage, les Pays-Bas (38) proposent aux femmes entrant dans le cadre du dépistage organisé, de pouvoir faire le choix entre le prélèvement par le clinicien et l'auto-prélèvement vaginal pour la réalisation du test HPV. La proportion de femmes utilisant l'APV augmente avec le temps bien que le prélèvement par le médecin reste largement majoritaire. Comme en France, un test HPV avec retour positif nécessite une cytologie complémentaire et donc un prélèvement cervico-utérin par un spécialiste, ce que

les patientes respectent bien, le taux de perdu de vue étant faible. « 92.6% des patientes HPV+ sur un autotest se sont présentées chez leur médecin ». Ainsi, cette stratégie ne peut se concevoir sans le strict suivi des autotest positifs et une communication claire du professionnel de santé. C'est pourquoi aux Pays-Bas, les patientes doivent récupérer le kit chez leur médecin traitant (39).

C. OUVERTURE : VERS UNE GENERALISATION DE L'APV ?

Un article publié en novembre 2022 (40) étudiait l'introduction plus large du test HPV par auto-prélèvement en population globale (autotest proposé aux patientes non dépistées mais également à celles réalisant habituellement un « frottis » classique chez leur praticien). Cette étude met en garde sur l'effet contreproductif possible de l'élargissement trop rapide du champ d'application des autotests. L'article met en évidence une probable diminution de la performance globale devant le risque d'une baisse de la sensibilité de l'APV en population réelle (dans l'hypothèse où une faible participation parmi les femmes sous-dépistées s'accompagnait d'un taux élevé de substitution du « frottis » par le clinicien pour l'APV, parmi les femmes déjà bien dépistées). Le risque est encore aggravé dans le cas où l'auto-prélèvement s'accompagne d'un mauvais respect du tri et suivi des tests positifs (ceux nécessitant un prélèvement par le clinicien).

D'autres questions peuvent rester en suspens quant à l'hypothèse d'une généralisation d'un autotest à l'avenir. Pourrait-il exister un risque de « sur-utilisation » dans le cas où certaines femmes réaliseraient un suivi plus rapproché que celui proposé à un rythme de tous les 5 ans ? Actuellement en France, pour les femmes âgées de 25 à 30 ans, la cytologie sur prélèvement cervico-utérin est utilisée car plus sensible à cet âge que le test HPV. Pourrait-on redouter une baisse du suivi avant 30 ans au profit d'une attente du test HPV par APV après 30 ans ?

CONCLUSION

En France, il existe une disparité sociale dans l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et le taux du dépistage reste bien inférieur aux objectifs énoncés. Le médecin généraliste est un acteur majeur du suivi gynécologique et du recrutement des patientes pour la prévention de ce cancer.

L'intégration de l'auto-prélèvement vaginal pour détecter l'HPV dans les programmes de dépistage peut atténuer les obstacles à un traitement équitable en permettant d'augmenter la participation, en tant qu'option offerte aux patientes insuffisamment dépistées. Même s'il est nécessaire de rappeler aux patientes qu'un test positif nécessite un examen gynécologique complémentaire, de nombreuses femmes dont l'examen peut paraître traumatisant en seront épargnées. L'objectif est de favoriser la détection précoce et ainsi d'améliorer les soins pour toutes les femmes.

Notre travail a permis d'identifier les freins au manque d'informations du généraliste sur les indications et l'utilisation de cet autotest. Notre fiche sur l'APV a reçu un très bon accueil des lecteurs et pourrait devenir un outil pédagogique et synthétique, utilisé comme support par les professionnels de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut National du Cancer. Cancer du col de l'utérus - Quelques chiffres. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>. [consulté le 5 novembre 2023].
2. Institut National du Cancer. Cancer du col de l'utérus - Lésions précancéreuses. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Lesions-precancereuses>. [consulté le 5 novembre 2023].
3. Ostör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol*. 1993;12:186-92.
4. Ministère de la Santé et de la Prévention. Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, annonce la mise en place d'un troisième programme national de dépistage : le dépistage du cancer du col de l'utérus. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-annonce-la-mise-en-place-d>. [consulté le 5 novembre 2023].
5. Institut National du Cancer. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>. [consulté le 5 novembre 2023].
6. Dépistage des cancers. Centre de Coordination Hauts-de-France [En ligne]. <https://www.crcdc-hdf.fr/centre-de-coordination/qui-sommes-nous/>. [consulté le 5 novembre 2023].
7. Santé publique France. Géodes. Indicateurs : cartes, données et graphiques [En ligne]. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=22002,6048159,785581,459774&c=indicator&i=depistage_ccu.couverture_stand&s=2018-2020&t=a01&view=map2. [consulté le 5 novembre 2023].
8. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir ? Levallois-Perret. Editorial Assistance. 2000. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_som.htm. [consulté le 5 novembre 2023].
9. Chappuis M, Brossard Antonielli A, 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. Masson E. 2014. [En ligne]. <https://www.em-consulte.com/article/963186/prevention-des-cancers-du-col-de-l-uterus-et-du-se>. [consulté le 5 novembre 2023].
10. Serman F, Favre J, Deken V, Guittet L, Collins C, Rochoy M, et al. The association between cervical cancer screening participation and the deprivation index of the location of the family doctor's office. *PloS One*. 2020;15:e0232814.
11. Institut National du Cancer. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-depistage-sensibiliser-et-convaincre>. [consulté le 5 novembre 2023].
12. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67. [consulté le 5 novembre 2023].

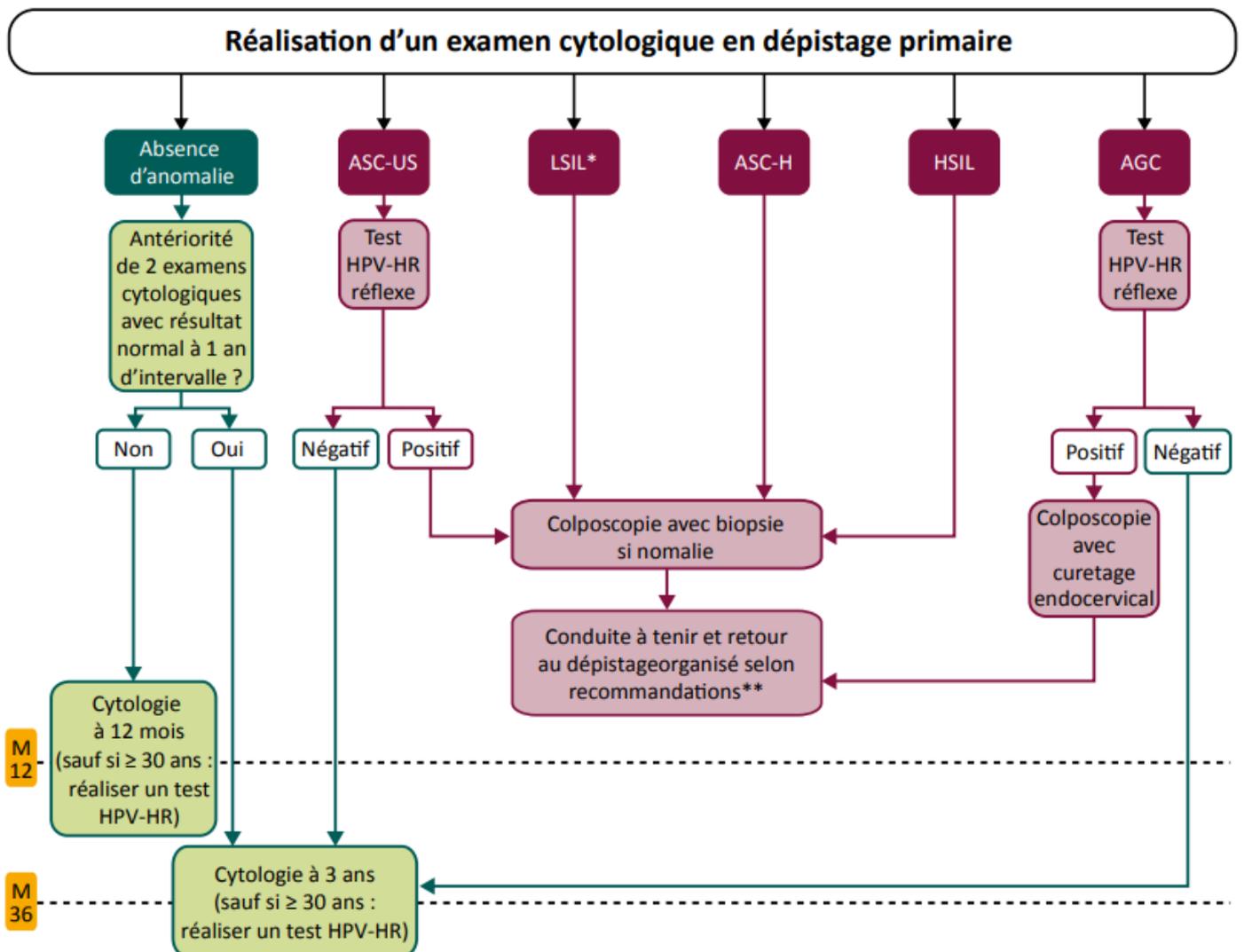
13. Nesslany P. Intérêt de l'autoprélèvement vaginal pour améliorer la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus : étude qualitative chez les médecins généralistes et les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine. Université Lille; 2012,117p. [En ligne]. <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-2567>. [consulté le 5 novembre 2023].
14. Haguenoer K, Giraudeau B, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, de Pinieux I, et al. Performance de l'auto-prélèvement vaginal sec pour la détection des infections à papillomavirus à haut risque oncogène dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus : une étude transversale. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(13-14-15):248-54.
15. Polman NJ, Ebisch RMF, Heideman DAM, Melchers WJG, Bekkers RLM, Molijn AC, et al. Performance of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse: a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2019;20:229-38.
16. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P, Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *BMJ.* 2018;363:k4823.
17. Biava C, Favre J. Caractéristiques ethnologiques des femmes non à jour de leur dépistage du cancer du col utérin, dépistées par auto-prélèvement et test HPV. 2018-2021, France; 2019.
18. G Broberg, D GH, J MJ, MI R, M H, I M, et al. Increasing participation in cervical cancer screening: offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial. *Int J Cancer.* 2014;134.
19. Pj Snijders, Vm V, M A, G O, S M, R B, et al. High-risk HPV testing on self-sampled versus clinician-collected specimens: a review on the clinical accuracy and impact on population attendance in cervical cancer screening. *Int J Cancer.* 2013;132.
20. Madzima TR, Vahabi M, Lofters A. Emerging role of HPV self-sampling in cervical cancer screening for hard-to-reach women: Focused literature review. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2017;63:597-601.
21. Haguenoer K, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, Fontenay R, Marret H, et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. *Br J Cancer.* 2014;111:2187-96.
22. Decaudin P. Expérience sensible des femmes non dépistées par frottis cervico-utérin ayant réalisé un test-HPV sur un échantillon vaginal auto-prélevé à l'aide d'un dispositif remis par leur médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de Lille; 2021,61p. [En ligne]. <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-33245>. [consulté le 5 novembre 2023].
23. Barbee L, Kobetz E, Menard J, Cook N, Blanco J, Barton B, et al. Assessing the acceptability of self-sampling for HPV among Haitian immigrant women: CBPR in action. *Cancer Causes ControlCCC.* 2010;21:421-31.
24. Bottero J, Reques L, Rolland C, Lallemand A, Lahmidi N, Hamers F et al. Apport de l'Auto-Prélèvement Vaginal détectant les Papillomavirus pour promouvoir le dépistage du Cancer du Col de l'Utérus de femmes en situation de précarité en France. *Masson E.* 2020. [En ligne]. <https://www.em-consulte.com/article/1383487/apport-de-l-auto-prelevement-vaginal-apv-detectant>. [consulté le 5 novembre 2023].
25. Pathak N, Dodds J, Zamora J, Khan K. Accuracy of urinary human papillomavirus testing for presence of cervical HPV: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;349:g5264.
26. Bober P, Firment P, Sabo J. Diagnostic Test Accuracy of First-Void Urine Human Papillomaviruses for Presence Cervical HPV in Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:13314.
27. ProInfoCancer. L'INCa publie un référentiel national - Dépistage du cancer du col de l'utérus, cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux. [En ligne]. 2020 <https://www.proinfoincancer.org/fr/actualites/linca-publie-un-referentiel-national-sur-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-cadre>. [consulté le 5 novembre 2023].
28. Dépistage des cancers, centre de coordination : Centre-Val de Loire. Étude APACHE-3. [En ligne]. <https://www.depistage-cancer.fr/centre/15-37/do-col-de-luterus15/403-etude-apache-3>. [consulté le 5 novembre 2023].

29. Conseil National de l'ordre des médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales au premier janvier 2023. [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf. [consulté le 5 novembre 2023].
30. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale : Revue de littérature. Thèse de médecine. Université d'Angers; 2018, 69p. [En ligne]. <https://dune.univ-angers.fr/documents/dune9882>. [consulté le 5 novembre 2023].
31. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins-prise en charge gynécologique. Levallois-Perret. Editorial Assistance. 2000. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm. [consulté le 5 novembre 2023].
32. Drubay A. Les pratiques gynécologiques en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais en 2020. Thèse de médecine. Université de Lille; 2021, 102p. [En ligne]. https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM228.pdf. [consulté le 5 novembre 2023].
33. Bocquet C. Pratique des gestes techniques gynécologiques des médecins généralistes en cabinet et ressenti des patientes concernant leur suivi gynécologique. Thèse de médecine. Université de Lille; 2021, 116p. [En ligne]. https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM055.pdf [consulté le 5 novembre 2023].
34. Berkhout C. Participation in Screening for Cervical Cancer: Interest of a Human Papillomavirus (HPV) Self-sampling Device Provided by the General Practitioner; a Cluster Randomized Clinical Trial. National Library of medicine. 2021. [En ligne]. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02749110>. [consulté le 5 novembre 2023].
35. Favre J, Rochoy M, Raginel T, Pelletier M, Messaadi N, Deken-Delannoy V, et al. The Effect of Cervical Smears Performed by General Practitioners on the Cervical Cancer Screening Rate of their Female Patients: A Claim Database Analysis and Cross-Sectional Survey. J Womens Health 2002. 2018;27:933-8.
36. Rochoy M, Raginel T, Favre J, Soueres E, Messaadi N, Deken V, et al. Factors associated with the achievement of cervical smears by general practitioners. BMC Res Notes. 2017;10:723.
37. Robert F. Détection des HPV à haut risque comme alternative pour les femmes non adhérentes au dépistage cytologique du cancer du col utérin : Etude pilote sur l'acceptabilité et la faisabilité de l'auto-prélèvement vaginal et du prélèvement urinaire. Thèse de pharmacie. Université de Poitiers; 2016, 100p. [En ligne]. <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/56208>. [consulté le 5 novembre 2023].
38. Organisation mondiale de la Santé. Profils de pays pour le cancer du col de l'utérus : Pays-Bas, 2021. [En ligne]. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-nld-2021-country-profile-fr.pdf?sfvrsn=c75ed7f4_38&download=true. [consulté le 5 novembre 2023].
39. Gyneco Online. HPV & Auto-prélèvement pour toutes : une solution pour le futur ? Juin 2022. [En ligne]. <https://www.gyneco-online.com/gynecologie/hpv-auto-prelevement-pour-toutes-une-solution-pour-le-futur>. [consulté le 5 novembre 2023].
40. Rebolj M, Sargent A, Njor SH, Cuschieri K. Widening the offer of human papillomavirus self-sampling to all women eligible for cervical screening: Make haste slowly. Int J Cancer. 2023;153:8-19.

ANNEXES

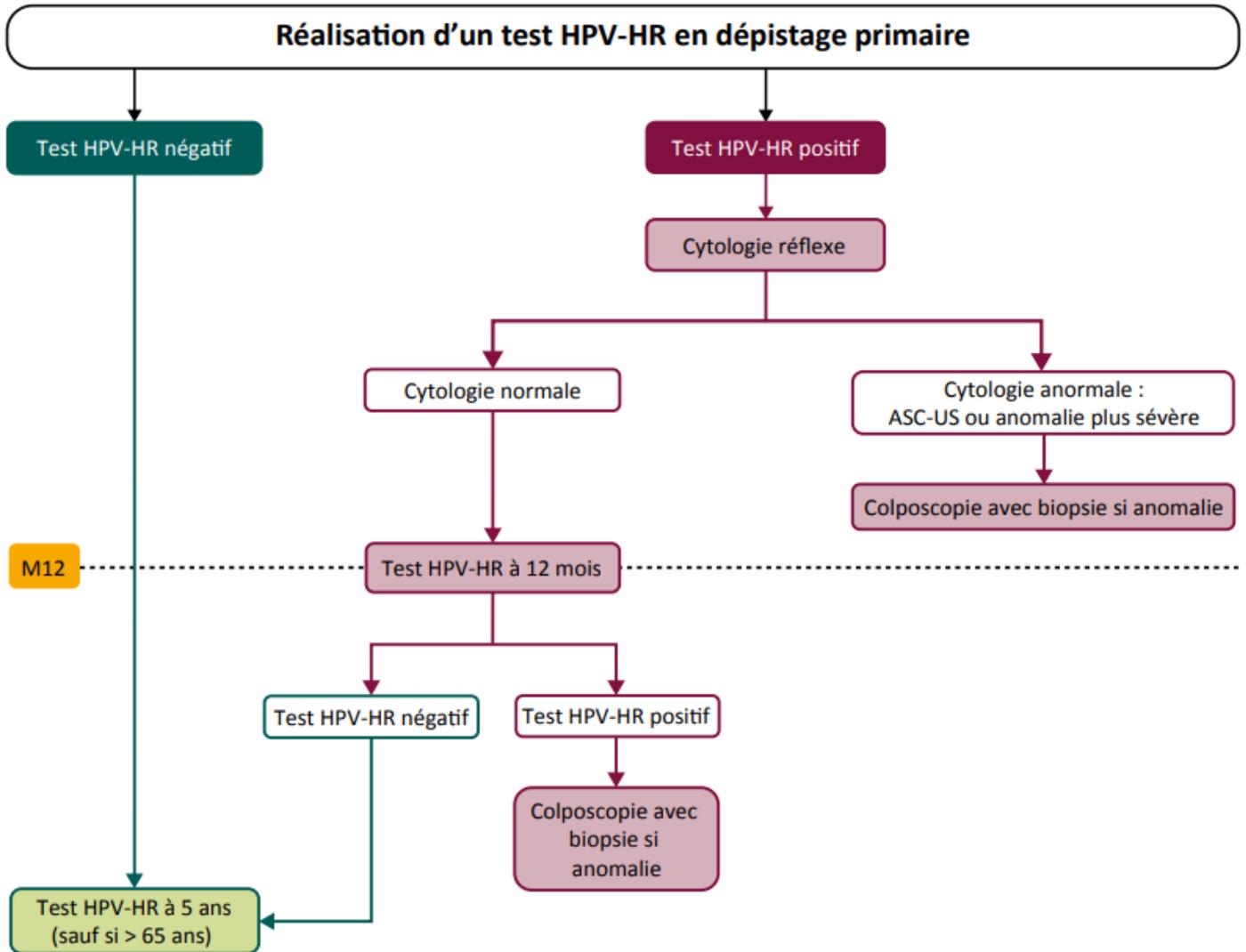
I. ANNEXE 1 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DES FEMMES DE 25 A 29 ANS ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN RESULTAT ANORMAL.

Extrait « d'outils pour la pratique des professionnels de santé » par l'Institut National du Cancer (5).



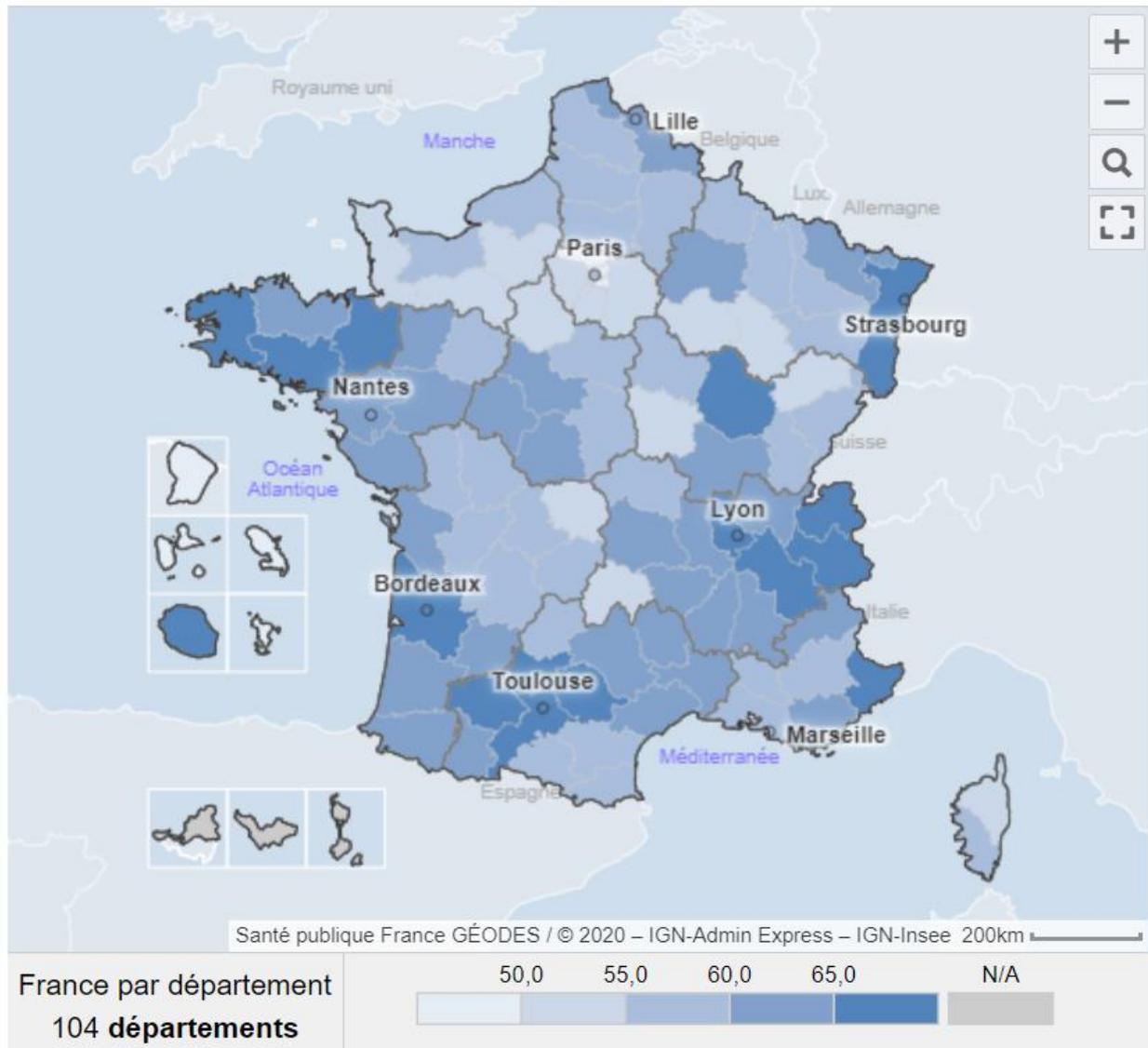
II. ANNEXE 2 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DES FEMMES DE 30 A 65 ANS ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN RESULTAT ANORMAL.

Extrait « d'outils pour la pratique des professionnels de santé » par l'Institut National du Cancer (5).



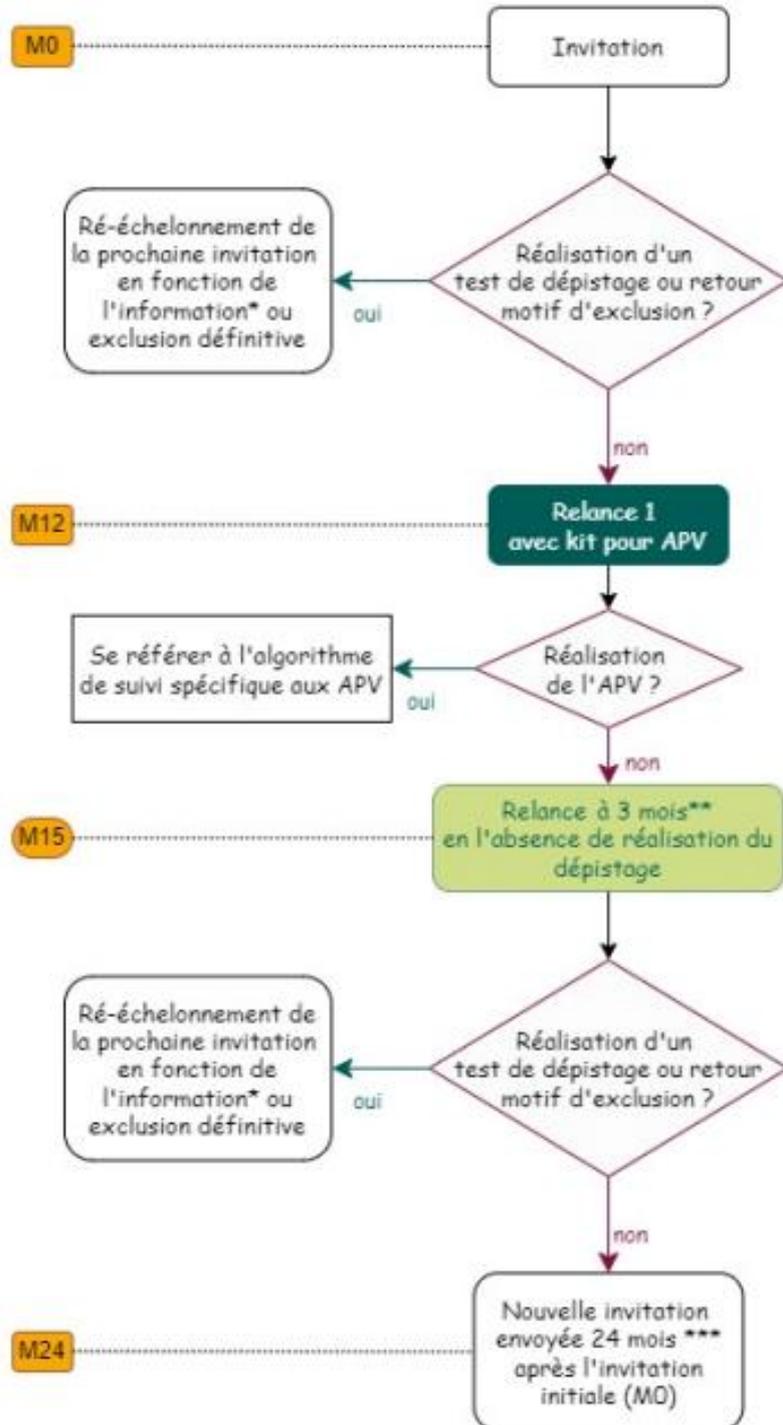
III. ANNEXE 3 : COUVERTURE DU DEPISTAGE TRIENNAL DU CANCER DU COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES AGEES DE 25 A 65 ANS STANDARDISE SUR L'AGE EN % ENTRE 2018 ET 2020 EN FRANCE.

Extrait de Santé publique France. Géode, Indicateurs : cartes, données et graphiques (7).



IV. ANNEXE 4 : NOUVELLE PROCEDURE DE RELANCE ORGANISEE PAR LE CRCDC PROPOSANT LE KIT D'AUTO-PRELEVEMENT A DOMICILE.

Extrait de « Cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux » par l'Institut national du Cancer (27).



V. ANNEXE 5 : NOTICE DESTINEE AUX PATIENTES D'UTILISATION DE L'AUTO-PRÉLEVEMENT.

Extrait de « Cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux » par l'Institut National du Cancer (27) pour la future mise en place d'envoi de kit à domicile par le CRCCDC.



9 Placez la fiche d'identification et la pochette plastique contenant le tube dans l'enveloppe T



10 Postez rapidement l'enveloppe T sans l'affranchir (envoi gratuit, sans timbre)

Notice d'utilisation pour réaliser votre Auto-Prélèvement Vaginal

Réaliser votre auto-prélèvement est un geste simple et rapide. Pour cela, il vous suffit de suivre pas à pas les étapes de cette notice.

- ▶ Faites le test même si vous êtes vaccinée, enceinte ou ménopausée
- ▶ Ne faites pas le test :
 - Pendant vos règles (attendez la fin de la période)
 - Si vous avez eu une hystérectomie totale (retrait de l'utérus et du col)

Pour consulter cette notice en vidéo, connectez-vous sur www.ccd37.fr.....

Le résultat de l'analyse de votre auto-prélèvement vaginal vous sera envoyé par courrier sous une quinzaine de jours

Si vous souhaitez que ce résultat soit également communiqué à un médecin, merci d'indiquer ses coordonnées sur la fiche d'identification

Illustrations de Sophie Jacopin.com

DÉPISTAGE DESCANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

Pour toute information, consultez notre site www.ccd37.fr ou contactez-nous au 02 47 47 98 94

1 1- lettre d'information avec étiquettes autocollantes

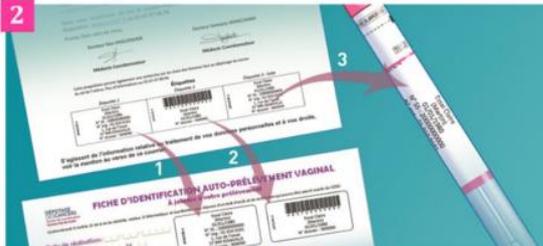
2 2- Fiche d'identification

3 3- Tube contenant le coton-tige

4 4- Pochette en plastique zippée

5 5- Enveloppe retour

2



Prenez la lettre avec les étiquettes

Collez les étiquettes 1 et 2 sur la fiche d'identification et l'étiquette 3 sur le tube

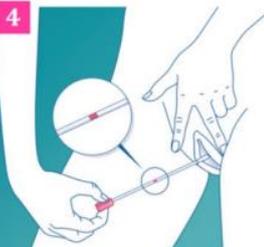
3



Choisissez une position confortable (assise, debout, allongée...)

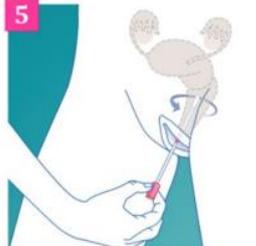
Ouvrez le tube en tournant et tirant le bouchon rose

4



Introduisez le coton-tige dans votre vagin jusqu'au repère rouge (environ)

5



Tournez 3 fois le coton-tige en touchant les parois de votre vagin

Retirez le coton-tige

6



Remettez le coton-tige dans le tube

Fermez le tube

7



Vérifiez que vous avez bien collé l'étiquette sur le tube

Mettez le tube dans la pochette plastique

8



Vérifiez que vous avez bien collé les deux étiquettes sur la fiche d'identification

Remplissez la fiche

VI. ANNEXE 6 : EXEMPLE DE FEUILLE EXPLICATIVE MISE A DISPOSITION PAR LES LABORATOIRES BIOGROUP POUR L'AUTO-PRÉLEVEMENT.



Modalité de réalisation d'un auto-prélèvement

1 PRÉPARATIFS

SCANNEZ POUR VOIR LA VIDÉO EXPLICATIVE





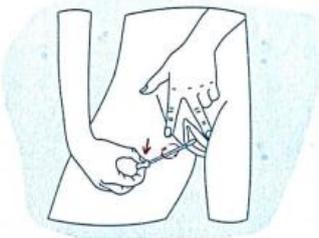

- Lavez-vous les mains avant de commencer.
- Saisissez l'écouvillon en le tenant entre le pouce et l'index par le bouchon et sortez-le.

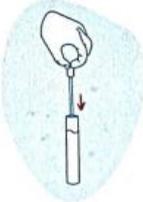
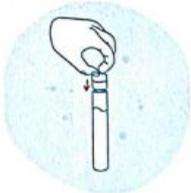
Ne touchez pas l'embout cotonneux et ne posez pas l'écouvillon. Si vous posez ou laissez tomber l'écouvillon ou que vous touchez l'embout cotonneux, demandez un nouveau kit de prélèvement.




2 AUTO-PRÉLÈVEMENT

- Écartez les jambes, écartez les grandes lèvres avec une main.
- Avec l'autre main, introduire l'écouvillon dans le vagin jusqu'à la marque rouge de la tige.
- Tournez l'écouvillon 2 fois en le faisant bien toucher les parois.
- Sortir l'écouvillon.
- Placez immédiatement l'écouvillon dans le tube de transport.
- Assurez vous que le tube de transport est correctement fermé.



3 IDENTIFICATION

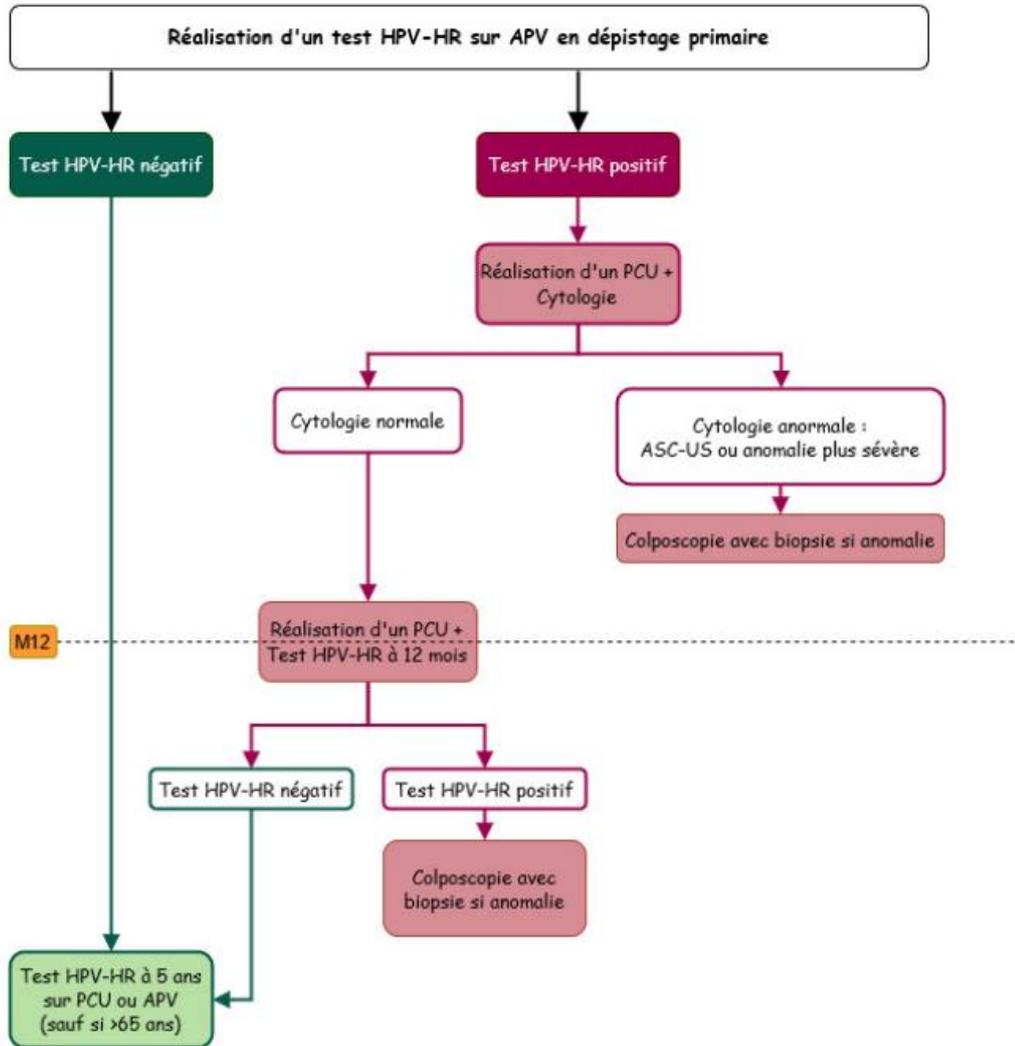
- **Identifiez le tube** avec votre nom, prénom, date de naissance et **complétez la feuille** au recto.
- **Ramenez le kit** dans les 24h à 48h à votre laboratoire Biogroup le plus proche.



G: PPA: ETZ: 02 Page 2/2

VII. ANNEXE 7 : ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES AYANT REALISE UN TEST HPV DE DEPISTAGE PAR AUTO-PRELEVEMENT.

Extrait de « Cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux » par l'Institut national du Cancer (27).



VIII. ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DE THESE, ACCESSIBLE POUR LES MEDECINS PAR LIEN INFORMATIQUE.

Format de présentation original de la plateforme LimeSurvey®.

L'auto-prélèvement vaginal dans le Test HPV

Questionnaire de thèse anonyme dans le but d'élaborer une étude épidémiologique descriptive transversale.

Chère consœur, cher confrère,

Je suis Dupé Pauline, médecin généraliste remplaçante. Je réalise une thèse dirigée par le Dr Cauet Charles, dont le thème aborde l'auto-prélèvement vaginal dans le test HPV.

L'objectif porte sur l'intérêt pour les médecins généralistes, d'une **fiche explicative de rappel** sur l'utilisation de l'auto-prélèvement vaginal dans le test HPV ainsi que sur le repérage des freins à son utilisation.

Pour participer à cette étude, vous devez être **médecin généraliste (installé, remplaçant, activité salariée ou mixte) travaillant au moins partiellement dans la région du Nord ou du Pas-de-Calais**.

Ce questionnaire a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de l'Université de Lille. Il est rapide et confidentiel.

Merci de votre implication.

Dupé Pauline

Il y a 20 questions dans ce questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Données socio-démographiques

*Etes-vous ?

- Un homme
- Une femme
- Je ne souhaite pas le préciser

*Quel âge avez-vous ?

*Etes-vous actuellement ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Médecin généraliste remplaçant
- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste salarié hospitalier
- Médecin généraliste salarié en soins primaires (PMI, planning familial, médecin scolaire, ...)
- Médecin généraliste avec exercice mixte (ville-hôpital ou soins primaires)

***Etes-vous maître de stage universitaire ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non

***Dans quelle zone exercez-vous majoritairement ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Rurale
 Urbaine

***Où exercez-vous ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Nord
 Pas-de-Calais
 Les deux

Exercice de la gynécologie en tant que médecin généraliste

***Avez-vous un DIU de gynécologie - obstétrique ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non

***Pratiquez-vous des actes de gynécologie ? (Plusieurs réponses possibles)**

📌 Cochez la ou les réponses

- Prescription de contraception
 Bilan ou dépistage IST
 Prélèvements vaginaux pour analyse
 Prescription de traitement hormonal substitutif de la ménopause
 Réalisation de frottis/Test HPV
 Pose ou dépose d'implant contraceptif
 Pose ou dépose de DIU
 Suivi de grossesse
 Réalisation d'IVG médicamenteuse au cabinet
 Non

***Connaissez-vous l'existence d'un auto-prélèvement vaginal dans le dépistage IST, notamment la recherche de chlamydia chez la femme ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

***Êtes-vous à l'aise avec les recommandations actuelles sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Pas du tout à l'aise
- Moyennement à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Très à l'aise

***Pratiquez-vous le dépistage du cancer du col de l'utérus par prélèvement cervico-vaginal (frottis ou Test HPV) ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

***Connaissez-vous l'existence d'un auto-prélèvement vaginal dans le test HPV ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

***Connaissez-vous ses indications ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

***L'avez-vous déjà prescrit ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

***Si oui : Avez-vous eu des retours de vos patientes sur la réalisation du test ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Majorité de retour positif
- Majorité de retour négatif
- Pas de retour

***Si non : Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**

📌 Cochez la ou les réponses

- Manque d'information et/ou de connaissance sur son efficacité
- Manque d'information et/ou de connaissance de ses indications
- Je ne sais pas comment le prescrire
- Je ne sais pas comment il s'utilise
- Je n'en ai jamais entendu parler
- Je n'en ai pas eu l'occasion (pas de patiente répondant à son indication)

Fiche explicative sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par auto-prélèvement vaginal

J'ai réalisé une **fiche informative** à l'intention des médecins généralistes afin de faire un rappel des recommandations actuelles en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus avec les indications d'**utilisation de l'auto-prélèvement vaginal pour le Test HPV**.

Merci de prendre connaissance de cette fiche et de finir de compléter le questionnaire.

</upload/surveys/339345/files/Fiche%20m%C3%A9decin%20auto-pr%C3%A9levement%20vaginal%20dans%20le%20test%20HPV.pdf>

***Trouvez-vous cette fiche facilement compréhensible ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

***Trouvez-vous cette fiche utile ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

***En cas d'indication, envisagez-vous de prescrire un auto-prélèvement vaginal pour le Test HPV après ces informations ?**

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Oui

Non

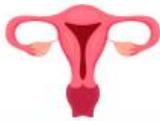
Avez-vous des remarques à apporter concernant cette fiche ? (ajouts, précisions, ...)

Merci pour votre implication.

IX. ANNEXE 9 : FICHE INFORMATIVE : « DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS : UTILISATION DE L'AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL ».

Visible en 3eme partie du questionnaire en ligne.

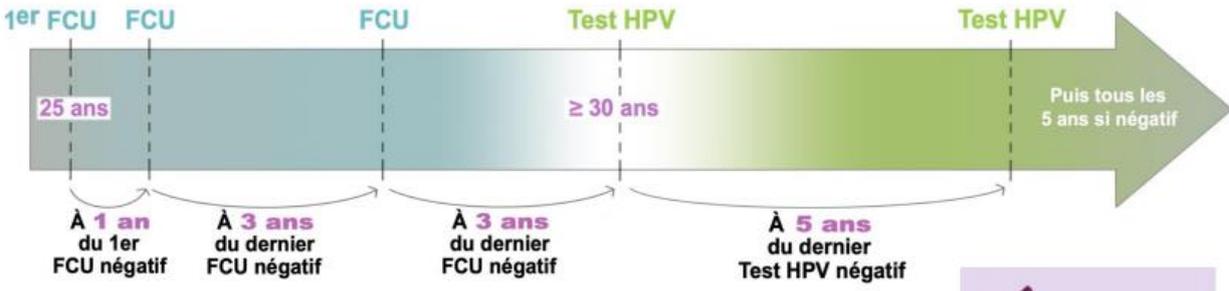
Dépistage du cancer du col de l'utérus



Utilisation de l'auto-prélèvement vaginal

Dans le Nord-Pas-de-Calais, plus d'**1 femme sur 3** ne bénéficie pas du dépistage ⁽¹⁾. Depuis 2019, l'HAS autorise l'utilisation d'un **auto-prélèvement vaginal pour le test HPV** dans certaines conditions, représentant un moyen d'action supplémentaire pour renforcer la prévention des femmes ⁽²⁾.

Dépistage recommandé ⁽³⁾	Non recommandé
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femme de 25 à 65 ans ❖ Asymptomatique ❖ Ayant un col de l'utérus ❖ Femme volontaire* et éligible** <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><i>*volontaire = information claire et objective délivrée par le professionnel de santé, sur les bénéfices et les limites du dépistage (investigations diagnostiques et traitements potentiellement délétères chez des femmes qui auraient guéri spontanément).</i></p> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><i>**éligible = à l'âge et à intervalle recommandé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femme n'ayant jamais eu de rapport sexuel ❖ Signe fonctionnel ou clinique faisant suspecter un cancer du col → examen à visée diagnostique ❖ Ayant eu un traitement conservateur pour une lésion précancéreuse du col (cryothérapie, vaporisation laser, conisation, ...) → suivi spécifique



}

En première intention :
Prélèvement cervico-vaginal
 Par médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme

Test HPV par auto-prélèvement vaginal

Pour qui ? ⁽⁴⁾	Comment ?
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femmes de 30 à 65 ans ❖ Qui ne se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé : <ul style="list-style-type: none"> - refusant le prélèvement pour des raisons de pudeur ou culturelles - femme ayant subi des traumatismes (sexuels ou mauvaise expérience médicale) - femmes pour lesquelles l'examen gynécologique n'est pas possible. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ordonnance : « Auto-prélèvement pour Test HPV de dépistage » (disponible dans de nombreux laboratoires) ❖ Technique : la patiente tourne 3 fois le coton en touchant les parois de son vagin puis remet le coton dans le tube. ❖ Bientôt : demande spécifique au CRCCDC* pour adresser un kit de dépistage directement au domicile de la patiente ⁽⁴⁾ <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">*Centre Régional de Coordination des Cancers</p>

Facile d'utilisation, **Test Efficace** ⁽⁵⁾ et **Acceptable** ⁽⁶⁾ pour les patientes

➡ Prévenir la patiente que **si le test HPV revient positif, un examen gynécologique sera indispensable** pour réaliser un prélèvement cervico-utérin.

Sources :

1. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur : https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=22002,6048159,785581,459774&c=indicator&i=depistage_ccu.couverture_stand&s=2018-2020&t=a01&view=map2
2. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
3. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
4. L'INCa publie un référentiel national sur le « Dépistage du cancer du col de l'utérus - cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux » | Portail ProInfosCancer [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.proinfoscancer.org/fr/actualites/inca-publie-un-referentiel-national-sur-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-cadre>
5. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol.* févr 2014;15(2):172-83.
6. G B, D GH, J MJ, MI R, M H, I M, et al. Increasing participation in cervical cancer screening: offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial. *Int J Cancer* [Internet]. 5 janv 2014 [cité 20 déc 2022];134(9). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24127304/>

X. ANNEXE 10 : ATTESTATION DE DECLARATION AU REGISTRE DE LA PROTECTION DES DONNEES (DPO).



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Intérêt d'une fiche informative sur l'auto-prélèvement vaginal dans le test HPV pour la pratique des médecins généralistes des Hauts-de-France

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Charles CAUET
Interlocuteur (s) : Mme Pauline DUPE

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 7 septembre 2023

Délégué à la Protection des Données

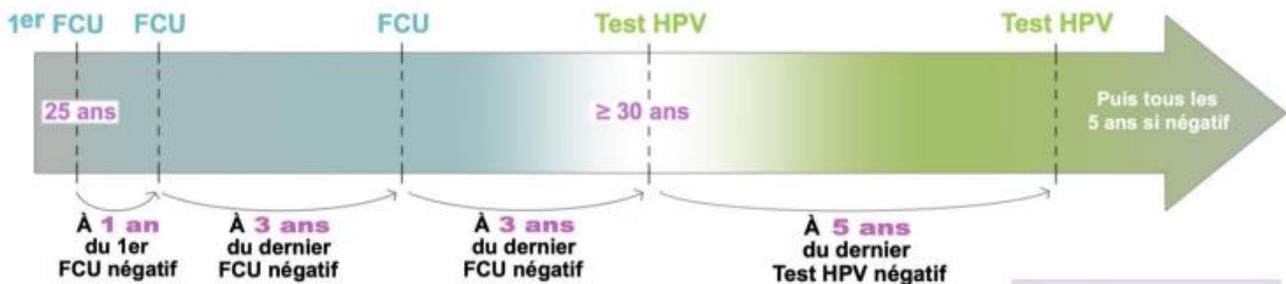
XI. ANNEXE 11 : FICHE RESUMEE SUR L'APV POUR LE TEST HPV MISE A JOUR.

Dépistage du cancer du col de l'utérus  **Utilisation de l'auto-prélèvement vaginal**

Dans le Nord-Pas-de-Calais, plus d'**1 femme sur 3** ne bénéficie pas du dépistage ⁽¹⁾. Depuis 2019, l'HAS autorise l'utilisation d'un **auto-prélèvement vaginal pour le test HPV** dans certaines conditions, représentant un moyen d'action supplémentaire pour renforcer la prévention des femmes ⁽²⁾.

RAPPEL DEPISTAGE

Dépistage recommandé ⁽³⁾	Non recommandé
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femme de 25 à 65 ans ❖ Asymptomatique ❖ Ayant un col de l'utérus ❖ Femme volontaire* et éligible** <p><i>*volontaire = information claire et objective délivrée par le professionnel de santé, sur les bénéfices et les limites du dépistage (investigations diagnostiques et traitements potentiellement délétères chez des femmes qui auraient guéri spontanément).</i> <i>**éligible = à l'âge et à intervalle recommandé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femme n'ayant jamais eu de rapport sexuel ❖ Signe fonctionnel ou clinique faisant suspecter un cancer du col → examen à visée diagnostique ❖ Ayant eu un traitement conservateur pour une lésion précancéreuse du col (cryothérapie, vaporisation laser, conisation, ...) → suivi spécifique



- < 30 ans : FCU (frottis cervico-utérin)
 - > 30 ans : Test HPV (human papilloma virus)
- En première intention :
Prélèvement cervico-vaginal
 Par médecin généraliste, gynécologue sage-femme ou biologiste



2^{ème} intention : Test HPV par Auto-prélèvement vaginal

Pour qui ? ⁽⁴⁾	Comment ?
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femmes de 30 à 65 ans ❖ Qui ne se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé : <ul style="list-style-type: none"> - refusant le prélèvement pour des raisons de pudeur ou culturelles - femmes ayant subi des traumatismes (sexuels ou mauvaise expérience médicale) - femmes pour lesquelles l'examen gynécologique n'est pas possible. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ordonnance simple : « Auto-prélèvement vaginal pour Test HPV de dépistage » (disponible dans de nombreux laboratoires) ❖ Technique : la patiente tourne le coton en touchant les parois de son vagin ❖ Remboursement : 60% par l'Assurance Maladie (le reste par la CSS ou mutuelles) ❖ Bientôt : demande spécifique au CRCDC* pour adresser un kit de dépistage directement au domicile de la patiente ⁽⁴⁾ <p><small>*Centre Régional de Coordination des Cancers</small></p>

- **Test Efficace ⁽⁵⁾ : sensibilité 95%, spécificité 80-87%**
 - **Acceptable ⁽⁶⁾ pour les patientes**
- ➔ Prévenir la patiente que **si le test HPV revient positif, un examen gynécologique sera indispensable** pour réaliser un prélèvement cervico-utérin.



Sources :

1. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur : https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=22002,6048159,785581,459774&c=indicator&i=depistage_ccu.couverture_stand&s=2018-2020&t=a01&view=map2
2. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
3. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
4. L'INCa publie un référentiel national sur le « Dépistage du cancer du col de l'utérus - cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux » | Portail ProInfosCancer [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.proinfoscancer.org/fr/actualites/inca-publie-un-referentiel-national-sur-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-cadre>
5. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P, Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples : updated meta-analyses. *BMJ*. 5 déc 2018;363:k4823.
6. G B, D GH, J MJ, MI R, M H, I M, et al. Increasing participation in cervical cancer screening: offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial. *Int J Cancer* [Internet]. 5 janv 2014 [cité 20 déc 2022];134(9). Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24127304/>

AUTEURE **Nom : DUPE** **Prénom : Pauline**

Date de soutenance : 23 novembre 2023

Titre de la thèse : Test HPV par auto-prélèvement vaginal dans le dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et intérêt d'une fiche informative.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus – HPV – auto-prélèvement – dépistage – femmes

Résumé :

Contexte : Depuis 2018 en France, il existe un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 65 ans. La méthode de référence est le prélèvement cervico-utérin par un professionnel de santé pour réaliser une cytologie avant 30 ans et une recherche d'HPV après 30 ans. Le taux de couverture dans le Nord-Pas-de-Calais est d'environ 60%. A partir de 2019, la HAS précise que le test HPV sur auto-prélèvement vaginal (APV) peut être considéré comme une alternative au dépistage classique pour certaines femmes : celles qui ne se font jamais ou pas dépister selon le rythme recommandé. Depuis 2022, un référentiel précisant le cadre et les modalités de réalisation de l'APV existe. Des études prouvent l'efficacité du test pour la détection du virus et son acceptabilité pour les patientes mais sa prescription semble rare en médecine générale. Une fiche informative détaillant les indications et l'utilisation de l'APV a ainsi été réalisée.

Objectif : Montrer que la délivrance d'une fiche informative sur l'APV pour le test HPV suscite un intérêt et qu'elle est susceptible d'influencer la prescription du test et les pratiques de dépistage par les médecins généralistes.

Matériel et méthode : Cette étude épidémiologique observationnelle transversale quantitative a été menée auprès de médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais par diffusion d'un questionnaire standardisé informatisé. Le critère de jugement principal était une réponse positive à la question après lecture de la fiche : « envisagez-vous la prescription du test après avoir reçu ces informations ? ».

Résultats : Parmi les 167 médecins interrogés, 84% n'avaient jamais prescrit le test et 73% ne connaissaient pas ses indications. 98% des médecins jugeaient notre fiche utile et 97% déclaraient envisager la prescription de l'APV à l'avenir, s'ils en rencontraient les indications. En comparant avec les médecins ayant déjà prescrit le test, nous ne pouvions pas conclure à une influence significative de la fiche sur la volonté de prescription ($p = 0,57$) par manque de puissance.

Conclusion : Notre fiche synthétique résumant l'utilisation en pratique de l'APV pour le test HPV a suscité un intérêt majeur pour les médecins généralistes de notre étude. Celle-ci pourrait devenir un outil pédagogique servant de support aux professionnels de santé dans le but d'augmenter l'accès au dépistage pour toutes les femmes et limiter les inégalités.

Présidente :
Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseure :
Madame le Docteur Anita TILLY

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Charles CAUET

