

REUNION DU 2 JUILLET 2016 à PARIS-Hôtel IBIS Bastille Opéra sous l'égide de l'UPIGO.

Introduction par Guy SCHLAEDER, Strasbourg, past-président de l'UPIGO.

Comme décidé lors de notre précédente rencontre en octobre 2015, nous tiendrons aujourd'hui une table ronde sur la prévention du cancer du col. Le deuxième thème sera consacré aux soins primaires de la femme. En fin d'après-midi se tiendra l'Assemblée Générale statutaire de l'UPIGO.

THEME PRINCIPAL : LA PREVENTION DU CANCER DU COL

Une table ronde est coordonnée par Jean-Jacques BALDAUF (Strasbourg).

Les rapports ont été fort détaillés. On a demandé à chaque participant de résumer au mieux et d'esquisser les améliorations souhaitables selon lui.

1 - CANCER DU COL ET PREVENTION DU CANCER DU COL EN SUISSE

André KIND (Bâle)

La Suisse a l'un des taux d'incidence du cancer du col les plus bas au monde et le taux le plus bas d'Europe : le taux d'incidence standardisé pour l'âge est de 3,6/100 000 et le taux de mortalité standardisé pour l'âge est de 1,1/100 000. Chaque année, un cancer du col est diagnostiqué chez 240 femmes et 94 femmes en meurent. Pourtant, ces chiffres varient selon les régions suisses. Les zones rurales ont des chiffres plus élevés que les zones urbaines. C'est une tendance que l'on observe dans le monde entier.

La Suisse est un petit pays doté d'un niveau économique élevé. Au classement des plus gros PIB établi par la Banque Mondiale, la Suisse occupe la 4^{ème} place. Néanmoins, le statut socio-économique et le niveau d'éducation de la femme ont un impact sur l'incidence et sur la mortalité du cancer du col, même dans un système où les mesures de prévention et le traitement du cancer du col sont gratuits. Le risque de mourir d'un cancer du col est 50% plus élevé chez les femmes avec un faible niveau d'éducation que chez celles ayant un haut niveau d'études.

Le taux d'incidence du cancer du col a baissé de 50-60% depuis la fin des années 60. Il est actuellement si bas que d'autres maladies liées au virus du papillome humain (VPH), comme le cancer de l'anus, de la vulve et de l'oropharynx, sont actuellement en train de gagner en importance.

Nous ne savons pas tout à fait expliquer pourquoi le taux de cancer du col est si bas en Suisse. Il n'y a pas de programme national de dépistage. Le dépistage se fait de manière opportuniste et cytologique. La Société suisse de gynécologie et d'obstétrique préconise un dépistage cytologique tous les 2 ans chez les femmes entre 21 et 29 ans et tous les 3 ans chez les femmes entre 30 et 70 ans. Les compagnies d'assurance prennent en charge ces examens. Nous disposons de peu de données concernant le taux de participation à ces dépistages, mais les données que nous avons indiquent un taux de participation de 70% des

femmes tous les 3 ans, avec des femmes se faisant dépister tous les ans et environ 10 à 15% de femmes ne se faisant jamais dépister.

Étant donné que nous ne disposons pas de données fiables, nous ignorons le nombre exact de lésions précancéreuses décelées et traitées, de colposcopies effectuées, d'effets secondaires indésirables liés au traitement des lésions précancéreuses, comme le travail prématuré, ainsi que le type d'impact psychologique occasionné par dépistage. Nous n'avons pas une bonne estimation des coûts du dépistage du cancer col, mais nous savons qu'il est l'un des plus onéreux au monde.

Un groupe au sein de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique travaille à l'heure actuelle à l'élaboration de nouvelles directives. Une possibilité envisagée serait de proposer un test de dépistage du VPH aux femmes de plus de 30 ans.

Des vaccins anti-VPH bivalents ou quadrivalents sont disponibles en Suisse. Le vaccin 9-valent n'a pas encore été homologué. Le programme national de vaccination conseille une vaccination anti-VPH pour les filles de 11 à 14 ans, avec possibilité d'une vaccination de rattrapage gratuite jusqu'à 26 ans. La vaccination n'est pas obligatoire en Suisse et le taux de vaccination reste inférieur à 60%.

Conclusion

La Suisse a un taux très faible de cancer du col, mais malgré cela, un cancer du col est diagnostiqué chez 240 femmes et 94 femmes en meurent. Afin de réduire ces chiffres, il faut introduire un programme national de dépistage avec un système de convocations et de rappels et des mesures d'assurance qualité. Le taux de vaccination anti-VPH doit augmenter de manière significative. Ceci est important non seulement pour la prévention primaire du cancer du col, mais aussi pour la prévention des cancers liés au VPH, comme le cancer de l'anus, pour lesquels il n'y a pas de méthodes de dépistage encore établies.

2 - PREVENTION DU CANCER DU COL – DONNEES POUR LA GRECE :

Athanasios CHIONIS (Athènes)

- En Grèce, il n'y a pas de programme de dépistage du cancer du col de la population.
- Le dépistage existant est opportuniste.
- L'âge requis est de 20+ans ou un an après le début de l'activité sexuelle.
- La période d'intervalle est d'un an.
- Il n'y a pas de registre concernant le nombre total de frottis sur le territoire hellène.

Il n'y a malheureusement pas de programme de dépistage officiel qui enregistre le nombre de frottis. D'après les chiffres de la santé publique, on peut constater une légère baisse du nombre de frottis réalisés chaque année : de 49 524 en 2012, on est passé à 45 940 frottis en 2014, alors que le frottis est gratuit dans le secteur public. Cela peut s'expliquer par les mesures d'austérité et le taux élevé de chômage qu'a connus la Grèce à cette période.

La baisse des frottis réalisés est une tendance qui peut être observée dans n'importe quelle clinique privée d'Athènes durant la même période.

Ce qui est très important, selon les données de IMS (mars 2016), c'est l'augmentation de la couverture vaccinale de 20% en 2010 à 40% en 2015. L'augmentation récente du nombre de vaccinations peut également être attribuée à l'annonce de la fin de la prise en charge par les fonds publics du vaccin pour les femmes de plus de 18 ans à partir de 2017.

3 - INCIDENCE ET PREVENTION DU CANCER DU COL EN ALBANIE :

Gjergjii THEODOSI (Tirana)

Les données de l'hôpital universitaire de Tirana indiquent, pour les années 2004 à 2013, une incidence des carcinomes cervicaux de 9,3 cas pour 100 000 femmes. Elles ont été traitées par chirurgie, chimio et radiothérapie, mais la mortalité des femmes reste très élevée.

La plupart de cas touchent les femmes entre 45 et 64 ans, le plus souvent dans les régions du nord-est du pays.

Les principales directions envisagées pour la prévention du carcinome cervical sont :

- a. Le traitement minutieux de toute petite pathologie bénigne du col de l'utérus, comme les polypes, les ectropions, etc.
- b. Le traitement minutieux de tout type d'inflammation du col, jusqu'au retour à un aspect normal.
- c. Le recours réel à d'examens spécifiquement recommandés, tel qu'un frottis tous les 1 à 2 ans.

Les résultats de frottis étaient pour la plupart normaux. 6 à 8% montraient des lésions histopathologiques telles que ASCUS, HSIL ou LSIL. Quand cela s'est avéré nécessaire, nous avons eu recours à la colposcopie et à la biopsie du col, avec un traitement en fonction des résultats des examens.

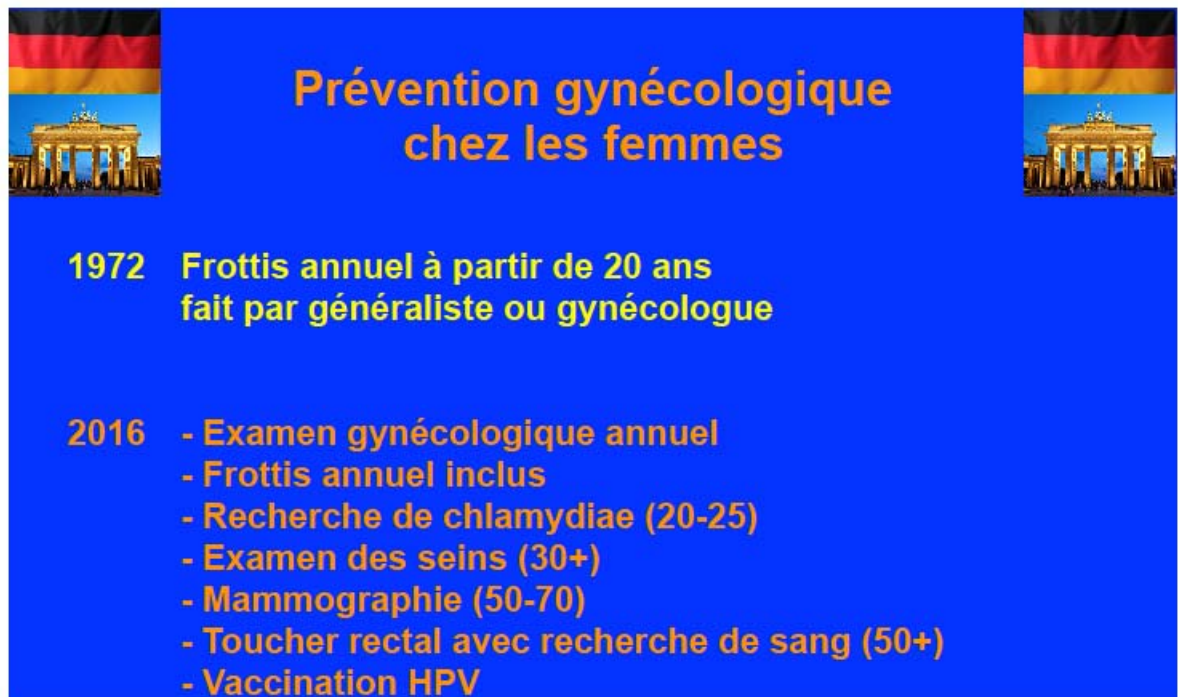
Le vaccin anti-HPV n'est pas répandu et il n'est pas pris en charge financièrement.

Le laboratoire de biologie moléculaire de l'Institut de Santé Public teste couramment les types de HPV. Le nombre d'examens est chaque année plus élevé (environ 2500 examens pour 5 ans).

Jusqu'à présent, il n'y a pas de programme de dépistage national du carcinome génital et il n'y a pas de campagne de vaccination anti-HPV.

4 - IDÉES POUR LE DÉPISTAGE À L'AVENIR : Michael MENTON (Reutlingen Allemagne)

La pratique actuelle est décrite ci-dessous.



**Prévention gynécologique
chez les femmes**

1972 Frottis annuel à partir de 20 ans
fait par généraliste ou gynécologue

2016

- Examen gynécologique annuel
- Frottis annuel inclus
- Recherche de chlamydiae (20-25)
- Examen des seins (30+)
- Mammographie (50-70)
- Toucher rectal avec recherche de sang (50+)
- Vaccination HPV

Dans l'avenir, quand 80/90 % de la population seront vaccinés et que l'efficacité de la vaccination sera prouvée, on pourra peut-être réduire le dépistage.

Actuellement en Europe centrale cette condition n'est pas remplie.

Le diagnostic basé sur la cytologie de haute qualité permet un dépistage assez suffisant pour le cancer du col cervical. La PPV (positive predictive value) est très haute (90-95% pour un frottis signalant une dysplasie majeure). La PPV du test à HPV par contre est de 10%. Le danger d'un sur traitement est donc très grand et évident.

La cytologie est un test qui permet d'évaluer l'importance de la lésion. En outre, on peut trouver des cancers du corps utérin qui sont HPV négatif. Par ailleurs on note une

augmentation des adénocancers du col. Il est prouvé que le HPV-test n'est souvent pas fiable et négatif en cas d'adénocancer du col.

Le test HPV a une grande sensibilité (85-90%) pour la détection d'une infection à HPV. Seulement dans 10% des cas positifs on trouve une lésion dangereuse demandant un traitement.

Le test HPV devrait s'ajouter à la cytologie chez des femmes plus âgées (35+/40+). L'adjonction du test HPV aurait alors deux avantages: le danger d'un sur traitement est moins grand et moins important parce que le planning familial est terminé chez la plupart des femmes ; deuxièmement, la cytologie ne permet pas toujours de faire un diagnostic en cas d'atrophie. La combinaison pourrait conduire à une augmentation de sensibilité et de spécificité.

Pour les femmes 40+ un dépistage raisonnable serait: frottis tous les deux/trois ans, HPV-test tous les six ans.

Si le test HPV est positif on complètera par : coloscopie, cytologie et éventuellement.

L'industrie américaine fait de la publicité pour un "triage".

Ce n'est pas acceptable pour plusieurs raisons:

- Il est contradictoire de demander d'abord un test avec une sensibilité supérieure et ensuite trier avec cette méthode, qu'on n'estime pas suffisante.
- S'il y a un test positif, la patiente a un droit à un diagnostic suffisant: c'est à dire une coloscopie, cytologie et histologie selon la situation.
- Un triage industriel n'est pas suffisant
- Le triage est un processus militaire en cas de temps de ressources insuffisantes (catastrophe, accident ou en cas de guerre). En Europe nous n'avons actuellement ni guerre ni déficit de gynécologues et cette méthode militaire ne peut être acceptée dans une situation civile.

5 - PREVENTION DU CANCER DU COL AU MALI.

1°) Dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus au Mali par les méthodes visuelles après application de l'acide acétique et du lugol par Toure Moustapha, Traoré Alassane, Binta Keita, Tegueté Ibrahim, Traoré Cheick, Traoré Youssef.

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer de la femme dans le monde avec 452000 nouveaux cas /an. Au Mali c'est le premier cancer de la femme. Selon une étude menée en 2008 son incidence est de 27 /100 000 femme /an .La mortalité et la morbidité par cancer du col sont de plus en plus croissante. Au Mali comme dans la plupart des pays en développement les $\frac{3}{4}$ des cas sont diagnostiqués à un stade tardif .C'es un véritable problème de santé publique au Mali

Les tests visuels après application d'acide acétique et lugol ont été utilisés avec les résultats suivants :

Sur l'ensemble du territoire sous l'égide de la Direction Nationale de la Santé et de la Société Malienne de gynécologie Obstétrique avec la participation de 28 médecins, 52 sages femmes et 3 techniciens de santé, entre février 2001 et Avril 2010. 26 164 femmes ont été dépistées, avec 2093 résultats positifs soit 8% et 24070 négatifs soit 92%. La tranche d'âge était comprise entre 25 et 59 ans avec une moyenne de 39 ,6 ans plus ou moins 7. Les analphabètes constituaient 38%.

Le nombre de grossesses variait de 0 à 20, avec une moyenne de 5,25 (indice de fécondité est d'environ 6 enfants /femme).

Le diagnostic histologique était le suivant :489 cervicites ; 332 condylomes ;680 dysplasies ;261 cancer vus pour la plupart à un stade tardif.

Les méthodes de traitement ont été : la cryothérapie ; la résection à l'anse diathermique dans environ 40% des cas ; la conisation et la chirurgie.

En conclusion : Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus par acide acétique et lugol est une alternative au frottis cervicaux vaginaux pour les pays à faibles ressources et avec insuffisance de personnel qualifié. Il est applicable à faible coût, facile de

réalisation par le personnel dans les structures de base. La disponibilité rapide des résultats permet le traitement immédiat des lésions.

2°) Vaccination contre le papilloma virus au Mali par Toure Moustapha, Diallo Fanta Siby, Traoré Alassane.

A l'instar des autres pays du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest le Mali s'est engagé dans une nouvelle dynamique de renforcement de son programme élargi de vaccination de routine en introduisant la vaccination contre le papilloma virus .Engagement conforme au plan d'action mondial pour la vaccination pour l'atteinte des Objectifs du Développement.

Pour rappel, selon une étude menée au Mali en 2008, l'incidence du cancer du col est estimée à 27 /100 000 Femmes par an; 89,7 pour cent des cancer du col sont associés au HPV ;

Une étude pilote été entreprise sous l'égide du centre National d'immunisation/ Direction Nationale de la Santé, dans deux zones (urbaine et rurale) couvrant 416 villages et 38 quartiers avec 231 vaccinateurs ; 4 superviseurs nationaux et 8 superviseurs de District. Elle a donné les résultats suivants :

En zone rurale la population cible était estimée à 7373 fillettes de 10 ans dont 5335 scolarisées et 2038 communautaires **les 100 pour cent ont été vaccinées** lors du 1^{er} passage.

En zone urbaine la population cible était estimée à 3668 fillettes de 10 ans dont 3235 scolarisées et 169 communautaires **93 pour cent ont été vaccinées**

Conclusion : Les résultats de Cette étude pilote (100 % du taux de vaccination en Zone rurale et 93% en zone urbaine) nous a permis de constater que la vaccination HPV est possible dans notre pays. Une généralisation à tout le Mali est à espérer. Les résultats du 2^o passage sont attendus.

Le Mali souhaite la coopération de l'UPIGO dans divers secteurs, en particulier dans le domaine de la formation et de la recherche.

6 - LA PREVENTION DU CANCER DU COL EN France : Jean-Jacques BALDAUF (Strasbourg)

En France on dénombre encore chaque année près de 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus responsables d'environ 900 à 1000 décès. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est de type opportuniste à l'exception de 13 départements qui disposent d'un dépistage organisé à titre expérimental. L'efficacité fortement améliorée de ce dernier repose à la fois sur l'augmentation de la participation des femmes, en particulier des femmes les plus âgées, et sur l'amélioration de la qualité des prélèvements, de l'interprétation des frottis et du suivi des femmes en cas de résultats anormaux. Cette efficacité a abouti en mai 2016 à une instruction ministérielle pour la désignation des structures régionales de préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de sur la base d'un cahier des charges établi par l'INCa (Institut national du cancer). L'objectif est la généralisation effective du dépistage organisé en 2018. Les principales préconisations sont :

- la généralisation des courriers d'invitation/relance en direction des femmes non participantes au dépistage,
- le suivi de l'ensemble des femmes dont le test de dépistage est positif (qu'elles aient participé spontanément ou qu'elles aient été invitées par courrier à participer au dépistage),
- La diversification de l'offre de prélèvement s'appuyant sur les médecins généralistes, les sages-femmes et d'autres professionnels de santé par des actions de formations et d'assurance qualité des prélèvements ainsi que des actions d'information en direction des professionnels et des femmes.

Parallèlement en France la vaccination est à la fois non organisée et non systématique. Neuf ans après l'introduction et le remboursement de la vaccination anti-HPV en France on constate une couverture vaccinale insuffisante avec moins de 20% des jeunes filles de 16 ans ayant reçu trois doses. De surcroît depuis 2010, la couverture vaccinale diminue chez les filles âgées de 14 à 16 ans. En réponse à ces mauvais chiffres de couverture vaccinale, le Haut Conseil de Santé Publique a modifié ses recommandations d'utilisation de la vaccination anti HPV en 2013 en ciblant la vaccination des jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, c'est à dire avant le début de leur activité sexuelle, et le rattrapage entre 15 et 19 ans. Cette nouvelle tranche d'âge pour la cible implique à la fois les médecins généralistes et les pédiatres et correspond déjà à un rendez-vous vaccinal. Par ailleurs elle « déssexualise » le vaccin et elle permet une meilleure réponse immunitaire autorisant un schéma « 2 doses distantes de 6 mois ». L'augmentation de l'ordre de 31 % du nombre de doses de vaccins vendues en 2013 par rapport à 2012 a reflété l'extension de la cible mais ne s'est pas soldée d'une augmentation de la couverture vaccinale sur le moyen et long terme. Toutefois, l'abaissement de l'âge cible (jeunes filles âgées de 11 à 14 ans) devrait contribuer à augmenter la proportion de jeunes filles non infectées au moment de la vaccination car n'ayant pas débuté leur activité sexuelle. Force est de constater que la couverture vaccinale est insuffisante en France pour obtenir un impact suffisant permettant de changer de stratégie de dépistage.

7- LA PREVENTION DU CANCER DU COL EN SLOVAQUIE : Martin ROCHEDA (Bratislava)

LE SCREENING CYTOLOGIQUE est fait de 23 à 64 ans sous forme d'un PAP smear conventionnel, prélevé par le gynécologue. Les laboratoires sont certifiés et reconnus sous condition d'avoir un nombre suffisant de frottis chaque année.

L'incidence du cancer du col est parmi les plus élevées d'Europe, à environ 17,2.

Seulement 30 p 100 des femmes éligibles suivent le programme de dépistage. L'observance est meilleure dans les villes qu'en milieu rural.

En projet: un centre national pour le dépistage cytologique devant veiller à la qualité du dépistage. On prévoit d'instituer un système de rappel pour améliorer la participation au dépistage

LA VACCINATION ANTI-HPV :

Sont disponibles en Slovaquie: gardasil, cervarix et gardasil 9. Malgré les efforts des diverses sociétés savantes la vaccination anti-HPV n'est pas admise dans le programme national des vaccinations financées par les autorités nationales de santé.

8 - LA PREVENTION DU CANCER DU COL AU LUXEMBOURG: Annik CONZEMIUS (Luxembourg)

Ce résumé est à considérer comme provisoire en raison de modifications prochaines. Le dépistage cytologique se fait sur un mode opportuniste avec contrôle annuel. Le taux de participation est de 72 p. 100.

Un groupe de travail au ministère de la santé projette d'améliorer le système actuel.

On souhaite améliorer le taux de vaccinations des jeunes filles de 11 à 14 ans, Les réticences sont actuellement nombreuses, de la part des parents comme des médecins.

Le vaccin actuellement utilisé est le CERVARIX, en 2 injections entre 11 et 14 ans et en 3 injections si le vaccin est utilisé plus tard.

En projet:

- entre 20 et 30 ans une cytologie seule, mais annuelle.

- de 30 à 60 ans co-testing HPV et cytologie, à répéter aux 3 ans en cas de négativité, en cas de positivité contrôles plus fréquents avec colposcopie et biopsie selon les cas,

- après 60 ans retour à la normale.

Le groupe de travail n'a pas encore terminé ses travaux. Une validation est espérée pour l'automne.

9 - LA PREVENTION DU CANCER DU COL EN ITALIE: Pier Francesco TROPEA
(Reggio di Calabria)

> LE SCREENING CYTOLOGIQUE est GRATUIT à l'Assistance Publique de 25 à 64 ans avec un frottis tous les 3 ans. La participation est meilleure en Italie du Nord 90 pour 100 contre 60 pour 100 en Italie du Sud.

> En cas de cytologie positive on fait un examen à l'hôpital

> Avec colposcopie, biopsie et parfois recherche de HPV.

> LA VACCINATION ANTI-HPV

> Les jeunes filles de 12 ans sont vaccinées aux frais de la région avec une 2^{ème} dose après 2 mois et une 3^{ème} dose après 6 mois. Certaines régions vaccinent même gratuitement entre 15 et 18 ans.

> Le pourcentage des vaccinées atteint de 76 à 86 pour 100 selon les régions dans le Nord et 62 à 74 pour 100 dans le Sud.

> Le type de vaccin: le plus souvent bivalent du type 16 et 18, parfois quadrivalent 16, 18, 6 et 11.

> Commentaires: les épidémiologistes italiens ont l'objectif de vacciner 95 pour 100 des jeunes filles de 12 ans.

<LE TEST HPV est utilisé dans certaines régions en complément des cytologies anormales.

10 - En Europe : Jean-Jacques BALDAUF (Strasbourg)

Le cancer du col utérin se prête bien au dépistage. Son histoire naturelle est marquée par l'existence pendant une longue durée de lésions précancéreuses qui peuvent être dépister grâce au frottis puis traité efficacement.

L'absence de dépistage constitue le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus dans tous les pays. Les experts de l'OMS et du Centre International contre le Cancer s'accordent pour dire que le meilleur remède est l'organisation avec un système d'invitation des femmes.

L'organisation constitue le moyen le plus pertinent pour lutter contre la moindre participation due aux inégalités socio-économiques. La mise en place du dépistage cytologique organisé du cancer du col dans certains pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège, et Suède) a permis de diminuer jusqu'à 80 % l'incidence et la mortalité de ce cancer. En Europe, les modalités de dépistage sont hétérogènes. Quatorze pays ont un programme national de dépistage organisé, sept autres dont la France développent des programmes régionaux, qui touchent entre 4 et 72 % de la population, enfin onze pays disposent uniquement d'un dépistage spontané d'initiative individuelle. Parmi ces derniers, la Suisse où un frottis est réalisé annuellement et où pourtant l'incidence des cancers est parmi les taux les plus faibles enregistrés en Europe probablement grâce aux importants moyens mis en œuvre.

Actuellement nous parviennent des pays où la couverture vaccinale HPV est élevée, des premiers résultats faisant état d'une baisse significative des lésions précancéreuses du col dans la population vaccinée. En Europe il existe différentes modalités de mise en œuvre de cette vaccination (campagne scolaire, centre de vaccination, marché privé, appel d'offre)

avec soit une gratuité soit des taux de remboursement variables selon les pays, avec des âges cibles sensiblement identiques. Les taux de couverture varient entre 17 à 86 % ; la France se situant à la borne basse de cette fourchette.

Conclusion

L'organisation du dépistage est indispensable pour l'assurance qualité des prises en charge et la diminution des mauvaises pratiques surtout dans un contexte d'implication de professionnels de santé autres que les gynécologues et obstétriciens, de recours à des outils de dépistage nécessitant des procédures de triage voire d'individualisation de stratégies spécifiques pour des cibles particulières (femmes jeunes de moins de 30 ans, femmes vaccinées). Sans attendre l'impact de la vaccination il convient de remplacer le dépistage individuel par un dépistage organisé qui assure une sécurité augmentée et une meilleure équité pour les patientes, une baisse des coûts pour la société et une aide précieuse pour les professionnels de santé pour la prise en charge recommandée des anomalies. Cette organisation est un préalable à un éventuel dépistage par test HPV qui requiert des procédures de triage indispensables.

97% des cancers du col pourraient être évités par l'application optimale des deux mesures de prévention !!

Jean-Jacques BALDAUF (Strasbourg)

LE BILAN DE SANTE PERIODIQUE CHEZ LA FEMME AU CABINET MEDICAL

Données récentes de la médecine basée sur les preuves.

par Guy Schlaeder* et Jean-Marie Mossard** (Strasbourg).

Remarque préliminaire : cette mise au point sur les soins primaires chez la femme a été réalisée sous l'égide de l'UPIGO (Union Professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens) et présentée lors de sa réunion annuelle du 2.7.2016 à Paris. L'UPIGO est une OING (Organisation Internationale Non Gouvernementale) bénéficiant du statut participatif au Conseil de l'EUROPE. A ce titre, elle a participé en particulier au rapport McCafferty sur « la stratégie européenne pour la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs » et sur celui de Maury-Pasquier sur « les politiques de prévention en matière de santé dans les Etats membres du Conseil de l'Europe ». Conçue à l'origine pour les gynécologues, cette mise au point se propose de rendre service à tout médecin soignant des femmes.

L'intégralité de ce travail a été publiée dans la revue Médecine et Thérapeutique qu'il convient de citer en cas de publication d'une partie de ces lignes.

Schlaeder G, Mossard JM. Le bilan de santé périodique chez la femme au cabinet médical. MT 2017 ;23 (2) : 66-73 doi :10.1684/met.2017.0618

Le gynécologue est parfois le seul médecin consulté régulièrement par les femmes. Aux USA, près de la moitié des consultations pour soins primaires est faite par le gynécologue, l'autre partie étant faite par le généraliste. En Europe, les soins primaires semblent davantage le fait du généraliste comme en France, en Allemagne ou en Suisse. Chaque gynécologue se doit cependant, de connaître les derniers développements de la médecine préventive concernant les femmes. C'est pourquoi, il nous a semblé utile de rassembler ici les arguments actuels pour une bonne consultation périodique chez la femme. En dehors de « bilan de santé » on parle aussi de soins primaires, de check-up, d'examen annuel de santé, de soins préventifs ou de dépistage. Notons qu'un dépistage systématique et à grande échelle s'adresse essentiellement à des personnes asymptomatiques.

QUELS SONT LES EXAMENS A FAIRE LORS D'UN BILAN DE SANTÉ CHEZ LA FEMME ADULTE ?

Devant la multitude des examens souvent proposés, il convient de se limiter aux examens vraiment efficaces et utiles, s'appuyant sur les données récentes de la médecine basée sur les preuves, ou « Evidence-Based Medicine » des anglo-saxons. Un groupe d'experts américains de médecine préventive, la US Preventive Services Task Force-USPSTF, a réuni les recommandations d'un important collège d'experts et de sociétés savantes. Les examens ont été classés selon leur pertinence: à promouvoir (grade A ou B), à effectuer dans certains cas (grade C), à éviter ou inutiles (grade D), à niveau de preuve insuffisant (grade I).(1)

Dans la revue qui suit, nous nous baserons essentiellement sur les recommandations de la Task Force US en la pondérant par quelques données provenant d'autres sources, essentiellement de France. Les recommandations de la Task Force ont été reprises souvent très largement par certaines autorités européennes ou canadiennes. Voici schématiquement les examens de dépistage que l'on peut recommander actuellement à une femme adulte asymptomatique.

LES HABITUDES DE VIE concernant l'alcool, le tabac, l'activité physique et l'alimentation seront à évaluer systématiquement lors de chaque examen périodique. En cas de problème la patiente sera dirigée vers une structure compétente.

Pour **l'alcool**, on conseille de rechercher les abus chez les adultes de plus de 18 ans et de proposer un bref conseil comportemental pour ceux qui sont engagés sur une voie à risque. (Grade B) Pas de recommandation chez les adolescents (Grade I, données insuffisantes).

Il est utile de s'informer de la consommation de **tabac** chez les adultes de plus de 18 ans et si possible de proposer des méthodes de sevrage (grade A). Chez les femmes enceintes, proposer une aide renforcée (grade A).

Il est bon de savoir qu'en France le tabac est à l'origine d'environ 73.000 décès par an et l'alcool de 49.000 décès par an. En même temps, les drogues dont on parle beaucoup, ne seraient responsables que d'environ 300 décès par an, selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : in publication de 2015, réf. (15).

Hygiène alimentaire et exercices physiques : sur une population adulte sans facteurs de risque cardio-vasculaire connus (HTA, diabète, hyperlipidémie, affection cardio-vasculaire), il n'est pas formellement prouvé que des mesures générales, des conseils actifs en faveur de l'hygiène alimentaire et de l'activité physiques soient efficaces (grade C). Chaque cas sera discuté en fonction de l'identification d'autres facteurs de risque.

En France, plusieurs recommandations précisent les relations entre nutrition, activités physiques et santé : INSERM 2013, pour nutrition et santé-(16) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé 2016, pour activité physique et santé et pour le Programme National Nutrition Santé ou PNNS) (17).

Le profil psychologique et l'état mental de la patiente sont à évaluer, selon nous, lors de chaque consultation. Aucun interrogatoire systématique ne peut ici, remplacer l'écoute attentive du médecin En créant un climat de confiance avec la patiente, on facilitera son adhésion aux examens ou au traitement.

LE PROBLÈME DU POIDS est évalué par l'indice de masse corporelle $IMC = \frac{\text{Poids en kg}}{\text{Taille en m au carré}}$. On parle d'excès de poids pour un IMC supérieur à 25. En cas d'obésité avec un IMC supérieur à 30, on fera appel à des professionnels expérimentés et souvent de plusieurs disciplines : diététiciens, nutritionnistes, thérapie de groupe (grade B).

LE DIABÈTE est recherché systématiquement chez une adulte asymptomatique dont la TA est supérieure à 135/80 mm Hg de façon durable. (Grade B) Pour des TA inférieures à 135/80 les données sont insuffisantes (Grade I).Le screening du diabète peut se faire par dosage de la glycémie à jeun, de la glycémie après charge ou par dosage de HbA1C. L'association américaine de diabétologie recommande de doser la glycémie à jeun et parle de diabète si elle est supérieure à 1,26 G/L. En Suisse, on recommande le dépistage du diabète si l'IMC est supérieur à 25 ou en cas de facteur de risque, et pour les sujets de plus de 40 ans. (4) Au Québec, on recommande de dépister le diabète tous les 3 ans chez les sujets de plus de 40 ans, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque. (3)

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2015, conseille de repérer les sujets à risque en utilisant un questionnaire validé tel que le FINDRISK (FINish Diabetes Risk Score) relativement détaillé. Dans ce même rapport, la HAS énumère les diverses actions de prévention primaire efficaces et donne des conseils nutritionnels de base sous une forme très pratique. (9)

LA TENSION ARTÉRIELLE est prise chez tout adulte dans le but de dépister une hypertension, TA sup ou égale à 140/90 (grade A). Selon les chiffres de la maxima et de la minima, il sera utile de refaire une mesure après 1 an ou 2 ans. La technique de mesure de la TA nécessite une méthode rigoureuse : - selon HAS France, patiente en position assise ou couchée au repos au minimum 3 à 5 minutes -utiliser de préférence un appareil au bras, électronique et validé –mesurer la première

fois la TA aux 2 bras et garder la TA la plus haute en référence –lors de la mesure initiale rechercher une hypotension orthostatique après 1 à 3 minutes au moins en position debout. (10)

LA DYSLIPIDÉMIE DE L'ADULTE n'est pas systématiquement recherchée en routine. Pour la Task Force, en l'absence de facteurs de risque, il n'y a pas d'arguments formels pour ou contre le screening de routine d'une dyslipidémie (grade C). En cas de facteurs de risque (diabète, antécédents personnels cardiaques ou artériels, antécédents familiaux cardiovasculaires, tabagisme, hypertension ou obésité avec IMC supérieur ou égal à 30), un bilan lipidique est conseillé chez les femmes de plus de 20 ans (grade B) et plus fortement encore chez les femmes de plus de 45 ans (grade A). On conseille le dosage du cholestérol total, des fragments HDL et LDL.

Les recommandations de la Task Force US sont modulées par certains. Ainsi le Québec recommande un bilan lipidique tous les 3 à 5 ans chez toutes les femmes de 50 à 75 ans. (3). En Suisse, on recommande un bilan lipidique tous les 5 ans chez les femmes âgées de plus de 45 ans. (4)

LES AFFECTIONS DES CORONAIRES.

Pour la Task Force US, il n'y pas d'indication à effectuer systématiquement un ECG au repos ou à l'effort, chez une adulte asymptomatique ou à faible risque d'affection coronarienne (grade D). Pour un sujet à risque moyen ou élevé, les données sont insuffisantes pour faire une recommandation (grade I).

L'ANÉVRYSME DE L'AORTE.

Pour les femmes, le dépistage systématique par échographie abdominale n'est pas indiqué (Grade D). Chez les hommes anciens fumeurs, par contre, le dépistage par échographie abdominale est indiqué entre 65 et 75 ans (grade B). Chez les hommes qui n'ont jamais fumé, il n'y a pas de recommandation tranchée, ni pour ni contre (grade C).

L'OSTÉOPOROSE.

Chez les femmes, une ostéodensitométrie est recommandée à partir de 65 ans en l'absence de facteurs de risques (grade B). Avant 65 ans, l'ostéodensitométrie est conseillée en cas

de facteurs de risque (grade B). Citons parmi les facteurs de risque : la corticothérapie durant plus de 3 mois, l'oestrogénoprivation prolongée, les fractures de fragilité, la maigreur avec IMC inférieure à 19, les chutes après 65 ans, des habitudes de vie inopportunes en ce qui concerne le tabac, l'alcool, l'exercice physique ou l'alimentation.

L'HÉPATITE B.

La Task Force US recommande le dépistage chez toute femme enceinte (grade A).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, un dépistage est indiqué chez toute femme enceinte, chez les personnes non vaccinées et exposées par un séjour en zone endémique, par un entourage infecté, par l'usage de drogues IV ou intra nasales, par tatouage ou piercing ou par des antécédents de transfusions massives et/ou itératives. (8) Il faut vacciner les personnes à risque et non immunisées. (7)

L'HÉPATITE C.

Le dépistage est recommandé en cas de facteurs de risque: essentiellement chez les consommateurs de drogues injectables, mais aussi chez les personnes transfusées, avant les contrôles systématiques du sang transfusé (1992), chez des personnes avec tatouages, piercings ou acuponctures sans hygiène stricte, chez les enfants nés de mères HCV + (grade B)

L'INFECTION HIV.

L'infection est à dépister chez tous les adolescents ou adultes de 15 à 65 ans, chez les femmes enceintes. Chez toute personne ayant des facteurs de risque connus, en particulier les consommateurs de drogues injectables, chez lesquels il conviendra de surveiller la sérologie VIH. (grade A)

En France, l'Institut National Pour la Prévention et l'Education à la Santé (INPES) a rassemblé un dossier détaillé sur la prévention et le dépistage du HIV. (6)

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (IST).

Il est important d'offrir un conseil préventif attentif et détaillé à tout adolescent sexuellement actif et à tout adulte présentant des facteurs de risque d'ITS (grade B).

En France l'INPES détaille les facteurs de risque et les indications de dépistage pour diverses IST : Chlamydiae , gonocoque, hépatite B, hépatite C, HIV, syphilis, papillomavirus. (6)

En France, durant la grossesse, la recherche des sérologies de syphilis et d'hépatite B est obligatoire, le test VIH est systématiquement proposé.

LA CONTRACEPTION.

Chez les femmes en âge de reproduction, nous pensons qu'il est bon de s'assurer d'une contraception efficace, lorsqu'il n'y a pas de désir de grossesse. Les interruptions volontaires de grossesse sont un traumatisme pour toute femme, en particulier chez les très jeunes.

LA MÉNOPAUSE.

Selon la Task Force US. Il n'y a pas lieu de prescrire une combinaison d'œstrogène et de progestérone pour la prévention d'affections chronique. (Grade D)

D'après la Task Force, les effets aderses dépassent les effets bénéfiques, en particulier pour l'association oestrogènes équins 0,625mg/jour avec l'acétate médroxyprogestérone 2,5 mg/jour, avec des accidents vasculaires cérébraux, des cancers du sein, des affections hépato-biliaires, des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires.

En France l'attitude de la Haute Autorité de Santé (HAS) est plus nuancée. Le traitement hormonal de la ménopause reste indiqué chez la femme ménopausée présentant des troubles fonctionnels liés à la ménopause et altérant sa qualité de vie. La HAS rappelle que les risques connus de ces traitements se confirment et recommande des doses minimales et pour une durée limitée, avec une réévaluation au moins chaque année. (18)

Notons qu'en France nous disposons d'oestrogènes naturels (17 bêta E2) depuis plus de vingt ans et que nous privilégions leur administration, alors qu'en Amérique du Nord, les oestrogènes conjugués équins étaient longtemps les seuls disponibles. Les œstrogènes naturels nous semblent mieux tolérés.

LES VACCINATIONS.

La Task Force US se réfère au calendrier publié par les autorités sanitaires US, en l'occurrence aux *Centers for Disease Control and Prevention*, communément appelés CDC. Ainsi le vaccin anti-poliomyélite n'est plus obligatoire aux USA. Il l'est par contre en France (annexe B). Chaque pays établit le calendrier selon ses priorités.

LA VIOLENCE CONJUGALE est à rechercher chez toute femme en âge de reproduction. En cas de problème, il faudra la confier à des spécialistes expérimentés : médecins, infirmières, travailleurs sociaux ou psychothérapeutes (grade B).

LE CANCER DU POUMON est à rechercher systématiquement pour la Task Force, entre 50 et 80 ans, chez les gros fumeurs (30 paquets/ année ou plus), par tomodensitométrie à faible dose une fois par an. Le screening peut être arrêté si le sevrage remonte à 15 ans ou plus (grade B) Les autorités françaises déconseillent ce procédé, jugé inefficace et porteur de risques d'irradiation.

LE CANCER DE LA PEAU.

Les conseils de prévention doivent être dispensés avant l'âge de 24 ans et à partir de 10 ans. (grade B). Pour les adultes âgés de plus de 24 ans, il n'est pas possible de formuler une recommandation, (grade I, données insuffisantes).

LE CANCER DU COLON sera dépisté entre 50 et 75 ans, soit par la recherche de sang occulte dans les selles avec une technique de haute sensibilité tous les ans, soit par colonoscopie tous les 10 ans (grade A).

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

La Task Force US recommande un frottis cervical (Pap smear) de 21 à 65 ans tous les 3 ans (grade A). Entre 30 et 65 ans, on peut espacer les examens tous les 5 ans, à l'aide du co-testing alliant la cytologie et le test HPV (grade A).

En France, on conseille un frottis tous les 3 ans de 25 à 65 ans et on insiste sur l'importance de l'organisation du dépistage, avec un contrôle de qualité. Ceci permet d'être plus efficace et de diminuer les coûts.

En Europe, la plupart des dépistages organisés débutent aux alentours de l'âge de 25 ans et s'achèvent vers 65 ans, avec un frottis tous les 3 ans, et pour certains seulement tous les 5

ans. Certains pays utilisent le dépistage par HPV, en association avec la cytologie cervicale.

En France, le Haut Conseil de la Santé Publique-HAS recommande la vaccination anti-HPV aux jeunes filles de 11 à 14 ans, c'est à dire avant le début de leur activité sexuelle et avec 2 doses de vaccin espacées de 6 mois. Un rattrapage est possible à partir de 15 ans jusque vers 19 ans (ou même jusqu'à 26 ans pour la C D C américaine) et dans ce cas, 3 doses de vaccin sont nécessaires. (12) (13) (14).

LE CANCER DU SEIN.

La Task Force US recommande une mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans (grade B). Pour les femmes de 40 à 49 ans la décision est individualisée (grade C).

En France, la mammographie est conseillée tous les 2 ans de 50 à 74 ans et idéalement dans le cadre d'un dépistage organisé avec contrôle de qualité.

Certains pays européens arrêtent le dépistage à 69 ans. Certains débutent entre 40 et 49 ans, en particulier en cas de risques identifiés. La Suède préconise la mammographie de 40 à 74 ans, gratuitement depuis le 1^{er} juillet 2016.

En cas d'antécédents familiaux, une consultation génétique est suggérée et sera éventuellement suivie d'un test génétique BRCA. Un suivi particulier est nécessaire après certains antécédents sénologiques personnels et/ou après irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin) (1) et (11.)

LE CANCER DE L'OVAIRE

Selon les experts de la Task Force US, il n'y pas lieu de faire un dépistage systématique, chez les patientes asymptomatiques et sans mutation génétique augmentant le risque de cancer de l'ovaire (grade D).

CONCLUSION

Nous arrivons ici à la fin de notre revue concernant les examens périodiques systématiques chez une femme asymptomatique. Cette revue a été volontairement sélective, limitée aux problèmes que nous avons considérés comme étant les plus utiles et validés. Pour plus de précisions nous renvoyons le lecteur aux nombreux articles spécialisés et en particulier au remarquable travail de la Task Force US.

DEUX COMMENTAIRES pour terminer:

Devant la multiplicité des examens variant avec l'âge de la femme, il est souhaitable de les détailler sur un document dont elle aura le double. Il faut essayer de motiver chaque femme pour qu'elle se sente personnellement impliquée dans la gestion de sa propre santé. L'empathie du médecin est un élément primordial pour favoriser une bonne communication avec la patiente et faciliter sa réceptivité aux recommandations prodiguées.

L'interrogatoire détaillé, la recherche des antécédents personnels et familiaux, l'évaluation des facteurs de risques, le relevé des vaccinations, l'examen clinique, les demandes d'examens complémentaires, les conseils de santé adaptés à chaque femme, tout cela demande du temps au médecin. Il nous semblerait légitime d'adapter la nomenclature médicale et la revalorisation des actes supplémentaires, à la charge de travail.

DOCUMENTS ANNEXES :

Annexe A : Collège des médecins du Québec, agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2015. *Fiche prévention clinique du Québec*,

Annexe B : Ministère de la santé France et Institut national pour la prévention et pour l'éducation à la santé (INPES) 2016. *Calendrier simplifié des vaccinations*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aux USA:

(1) -Agency for Healthcare Research and Quality and U.S. Preventive Services Task Force, 2014, 144pp. *The Guide to Clinical Preventive Services*.

<https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>

(2)- Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2006. *Immunizations Schedules*,
<https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-schedule-easy-read.pdf>

Au Canada :

(3) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal- Collège des Médecins du Québec, 2015. *Fiche de prévention clinique du Québec*. cf Annexe A.

En Suisse

(4) Jacques Cornuz, Reto Auer, Stefan Neuner-Jehle et coll. 2015. *Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical*, Revue Médicale Suisse, 1936-1942.

En Allemagne :

(5) Bundesministerium für Gesundheit, 2016. *Früherkennung & Vorsorge*
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge.html>

EN FRANCE, plusieurs organismes ont fait des recommandations :

HAS (Haute Autorité de Santé) <http://www.has-sante.fr/portail/> **INPES** (Institut national pour la prévention et pour l'éducation à la santé) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/> **INCa** (Institut national du cancer) <http://www.e-cancer.fr/> **INSERM** (Institut national de la santé et de la recherche médicale) <http://www.inserm.fr/>

Nous avons relevé en particulier, les recommandations suivantes :

(6) Ministère chargé de la Santé INPES mai 2011. *Dépistage du VIH et des IST, infections sexuellement transmissibles*.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>

(7) INPES, février 2014. *Hépatite B Vaccination*

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1528.pdf>

(8) HAS et Santé Publique France, février 2014. *Hépatite B, dépistage*.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1497.pdf>

(9) HAS oct. 2014, 98pp. *Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète, score FINDrisk*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf

(10) HAS, septembre 2016. *Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte*.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte

(11)HAS, février 2015. *Dépistage et prévention du cancer du sein*, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

(12) INCA, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Assurance Maladie et all. janvier 2016. *Dépistage et prévention cancer du col de l'utérus, le rôle du généraliste*. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-et-prevention-de-cancer-du-col-de-l-uterus-Le-role-du-medecin-generaliste>

(13)HAS, juin 2013, 55pp. *Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus* http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf

(14)INCA , janvier 2017. *La vaccination contre les HPV pour se protéger du cancer du col de l'utérus*. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus>

(15)OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) 2015. *Produits et addiction vue d'ensemble*. <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/consequ>

(16)INSERM 2013. Nutrition et santé ; <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/nutrition-et-sante>

(17) **Ministère des Affaires Sociales et de la Santé** (mise à jour nov.2016) :*Activité physique et santé*. <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>

(18)

Programme National Nutrition Santé ou PNNS, 2011. 66pp. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf

(18) HAS, juillet 2014. *Traitement hormonal de la ménopause*. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause

20 - AG STATUTAIRE DE L'UPIGO

-L'AGOFPRI, association des gynécologues et obstétriciens français pour les relations internationales, est admise au sein de l'UPIGO à la place du SYNGOF.

Rapport du trésorier G.Schlaeder, la situation budgétaire est satisfaisante dans l'immédiat et le solde positif. Quitus est donné au trésorier.

Elections : après discussions et élections sont élus :

Le président : Athenosios CHIONIS de Grèce

Le secrétaire général : Moustapha TOURE du Mali

Le trésorier : Guy SCHLAEDER de France

Le past-président reste toujours Guy SCHLAEDER

Le consultant scientifique : Jean-Jacques BALDAUF de France

La prochaine A.G. aura lieu à Athènes, sur invitation du président CHIONIS, les 23 et 24 juin 2017. Les thèmes retenus sont : les derniers développements de la prévention du cancer du col, coordination J.J. Baldauf- le rôle des sages-femmes, coordination Moustapha Toure.

Participants à l'AG : pour la France Raymond Belaiche, Jean-Jacques Baldauf, Guy Schlaeder- pour la Grèce Athanasios Chionis- pour le Mali Moustapha Touré- pour l'Albanie Gjergji Theodosi. Les collègues Jan Stencl de Slovaquie et Aissata Bal-Sall de Mauritanie ont voté par procuration confiée à Guy Schlaeder, selon les statuts.

CONCLUSIONS : nous avons eu des échanges fructueux durant cette réunion à Paris. Un maximum de nos délibérations se retrouvera sur le site web www.upigo.org et dans la mesure du possible en français et en anglais. Après une période d'instabilité, l'UPIGO a retrouvé une nouvelle vigueur. Chacun de nous s'efforcera d'amener des jeunes collègues à nous rejoindre.

CR AG rédigés par M.Touré et G.Schlaeder 2016

FIN