

# Critères de qualité en colposcopie

J.L. MERGUI  
(Paris)

## Résumé

*Sur l'exemple du Royaume-Uni, de nombreux pays européens ont mis en place une assurance de qualité de la pratique de la colposcopie afin d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la prévention du cancer du col. Ainsi lors des dernières Journées de la Fédération européenne de colposcopie, 6 critères ont été retenus pour apprécier la qualité des examens colposcopiques : réalisation personnelle de plus de 50 colposcopies par an pour cytologie de bas grade, 50 pour cytologie de haut grade, évaluation précise (100 % des cas) de la zone de jonction squamo-cylindrique, réalisation d'une colposcopie diagnostique avant tout geste thérapeutique (100 % des cas), résection du col in sano (dans plus de 80 % des cas) et pièces opératoires contenant une CIN2+ (dans plus de 85 % des cas). En France, sous l'impulsion de la SFCPCV, du CNGOF, de la SFG et de la FNCGM, une charte de qualité a été mise en place avec une procédure de contrôle de qualité en pathologie cervicale afin de tenter d'envisager une harmonisation de la prise en charge en pathologie cervicale. Cette procédure volontaire*

Hôpital Tenon - Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction -  
4 rue de la Chine - 75020 Paris

Correspondance : [jlmergui@noos.fr](mailto:jlmergui@noos.fr)

*d'engagement dans une charte de qualité nationale a pour but d'homogénéiser : la formation initiale des médecins en charge de la prévention du cancer du col et celle de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des précurseurs du cancer du col.*

*Mots clés : contrôle de qualité, colposcopie, CIN*

### **Déclaration publique d'intérêt**

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec ce texte.

## INTRODUCTION

Depuis plus de 10 ans sous l'impulsion et l'exemple de nos collègues colposcopistes du Royaume-Uni, de nombreux pays européens comme l'Italie, la Grèce, l'Espagne ont mis en place une procédure de contrôle de qualité en pathologie cervicale.

Lors de la mise en place en France de la charte de qualité, près de 500 demandes ont été traitées dans une première phase entre les années 2009 et 2012, ce qui représente probablement près de 80 % des colposcopistes réguliers sur notre territoire.

Mais en France la particularité est que la plupart des traitements du col destruction ou résection (près de 25 000 par an) sont probablement réalisés par des praticiens ne pratiquant pas régulièrement de colposcopies diagnostiques, ceux-ci ne se sentent donc aucunement concernés par une assurance qualité de la pratique colposcopique dans la mesure où celle-ci n'est pas soumise à une procédure d'accréditation. Ils s'autorisent donc la réalisation de gestes thérapeutiques sur le col, sans pour autant participer pleinement à la prise en charge diagnostique (en 2004, en France près de 1 700 hystérectomies ont été pratiquées pour traitement de CIN, soit 60 hystérectomies pour CIN par jour ouvrable ! et 4 800 conisations pour des CIN1 ou CIN sans précision !).

Par ailleurs, bien que certaines recommandations sur la pratique diagnostique aient été publiées par la Haute Autorité de santé, il existe encore trop de variations dans cette prise en charge, notamment devant des anomalies cytologiques de bas grade.

Certes la colposcopie a toujours été la cible de critiques sur sa sensibilité et sa spécificité, ainsi que sur la variabilité de ses conclusions, d'un opérateur à un autre.

Par ailleurs les conséquences de prises en charge inadaptées sur les cols de femmes souvent jeunes peuvent compromettre leur avenir obstétrical.

Il semble toutefois que ces paramètres peuvent s'améliorer si :

- les colposcopistes sont correctement formés et participent à des formations continues ;
- participent régulièrement à des *trainings* basés sur des cas cliniques ;
- si la colposcopie est effectuée en aval d'une cytologie franchement anormale (haut grade), d'où le besoin ressenti par la plupart des pays européens d'une régulation de la qualité.

L'amélioration de la qualité du diagnostic dépend donc de plusieurs éléments.

### ***1. Sélection des patientes relevant d'une colposcopie***

La sensibilité et la spécificité de la colposcopie ont été bien étudiées dans les méta-analyses de Mitchell (1998) [1] et Olaniyan (2002) [2]. Le diagnostic colposcopique est d'autant plus sensible et spécifique que la lésion est sévère, si la colposcopie peut être réalisée devant toute anomalie cytologique.

Les recommandations actuelles insistent sur l'indication absolue d'un examen colposcopique : chez les femmes ayant un frottis HSIL, ASC-H et atypie des cellules glandulaires [3, 4].

Le choix est optionnel pour les patientes ayant un frottis LSIL ou ASC-US. Des tests complémentaires (génotypage, voire p16 et Ki 67...) pourraient aider à mieux choisir dans ce groupe de patientes celles qui pourraient relever d'une colposcopie. Ainsi les indications de la colposcopie doivent s'appuyer sur des recommandations nationales et européennes [5].

### ***2. Formation initiale et continue des colposcopistes***

La qualité du diagnostic et sa reproductibilité sont directement liées au niveau de formation des colposcopistes.

**La formation initiale**, dans les différents diplômes universitaires ou inter-universitaires (DU ou DIU), doit être uniformisée tant sur le plan

théorique que pratique, avec des objectifs précis à faire valider par chaque « étudiant ».

Cette formation initiale doit être complétée par une **formation continue** spécifique qui doit permettre à chacun de mettre à jour ses connaissances, et de vérifier ses compétences, par l'adhésion à des programmes d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) ou de DPC (développement professionnel continu) et la participation à des *trainings* sur des cas cliniques, organisés par des sociétés savantes agréées en pathologie cervicale.

### ***3. Discussion collégiale des cas difficiles***

La pratique quotidienne expose à des discordances cyto-colpo-histologiques ou à des cas difficiles (grossesse, immunodéprimées, lésions glandulaires) qui devraient être exposés dans des staffs réguliers (voire des téléconférences) où ces cas pourraient être revus avec l'ensemble des données cytologiques et d'imagerie, en présence d'un colposcopiste de niveau expertal et d'un cyto-pathologiste.

## **I. PRINCIPE DE LA CHARTE DE QUALITÉ EN FRANCE**

Il s'agit de mettre en place une **procédure volontaire** proposée par des praticiens responsables de niveau expertal, issus des principales sociétés scientifiques gynécologiques au niveau national (comité de pilotage).

Celle-ci a pour but :

- d'homogénéiser la formation initiale des médecins en charge de la prévention du cancer du col ;
- d'assurer la conformité des pratiques dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des précurseurs du cancer du col dans le cadre des recommandations nationales, voire européennes.

L'objectif étant d'assurer de ce fait une amélioration globale de la qualité, ou tout du moins une homogénéisation de celle-ci afin de conforter patientes et médecins.

Cette démarche de qualité :

- ne vise pas à restreindre la pratique colposcopique à un petit nombre de praticiens hyperspécialisés, mais au contraire à apporter le minimum requis pour une bonne pratique au plus grand nombre, à laquelle chacun doit adhérer afin de lui conférer une légitimité naturelle ;

- doit s'imposer naturellement à tous ceux soucieux de la qualité de la prise en charge thérapeutique chez des patientes souvent jeunes dont l'avenir obstétrical doit être protégé.

Sous l'impulsion du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) et de la SFCPCV (Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale), avec le concours de la SFG (Société française de gynécologie) et de la FNCGM (Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale), une telle démarche s'est progressivement mise en place.

Une réflexion commune de ces quatre sociétés a permis de mettre en place une commission.

## II. COMMISSION CHARTE DE QUALITÉ EN PATHOLOGIE CERVICALE

Création d'une commission commune sous l'égide des principales sociétés savantes de gynécologie : SFCPCV, CNGOF, FNCGM et SFG ; celle-ci est désormais formée de 10 membres.

Cette commission qui s'est réunie régulièrement au cours des 3 premières années de son mandat (2010-2012) sera prise en charge administrativement par le Conseil national professionnel dédié aux bonnes pratiques en gynécologie et en obstétrique (**CNPGO**).

Celui-ci a été constitué sous la forme d'une association régie par la loi de 1901, qui a pour objet de promouvoir les bonnes pratiques en gynécologie et en obstétrique en particulier par le développement professionnel continu (DPC).

Cette entité sera un interlocuteur privilégié, en particulier vis-à-vis de la HAS (Haute Autorité de santé) et de la FSM (Fédération des spécialités médicales).

Son siège est fixé au : **91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris**, auquel les demandes d'adhésion à **la charte de qualité en colposcopie et pathologie cervicale** devront être adressées (ou plutôt d'ailleurs par e-mail : [colposcopie.cnngo@gmail.com](mailto:colposcopie.cnngo@gmail.com)).

Les objectifs de cette commission seront :

- de mettre en place, définir puis adapter les critères requis afin d'obtenir le label de la « charte » de qualité ;

- l'homogénéisation et l'agrément des enseignements ou formations locales ou régionales.

La commission a proposé une mise en place de cette charte de qualité en pathologie cervico-vaginale passant par :

- une première étape d'**adhésion volontaire** initiale (2009-2012 désormais révolue) ;
- suivie d'une procédure de **réinscription tous les 3 ans** (commencée en janvier 2013).

### III. ADHÉSION À LA CHARTE DE QUALITÉ (PÉRIODE 2013-2015)

Pour tous les praticiens désirant prendre en charge une pathologie cervico-vaginale pré-néoplasique, cette **procédure est volontaire et individuelle** et doit faire l'objet par le praticien d'une demande écrite (CNPGO - Commission charte de qualité en colposcopie et pathologie cervicale - 91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris).

Critères de validation :

1. **cette adhésion est ouverte à tous les praticiens** : « Docteur en médecine » spécialistes en gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale et aux internes en formation diplômés en France (dans ces spécialités) ;
2. **pour les médecins ayant déjà validé leur adhésion initiale** : une attestation d'adhésion période 2009-2012 ;
3. **pour les praticiens n'ayant pas validé leur adhésion initiale** : pour ceux en cours de formation, pour les praticiens diplômés à l'étranger, pour les praticiens non spécialistes en gynécologie et souhaitant adhérer à cette charte de qualité, des critères minimum seront demandés lors de leur adhésion initiale.

**Formation initiale** : diplôme universitaire ou inter-universitaire (DU ou DIU) de colposcopie et pathologie cervico-vaginale, voire autres diplômes non universitaires (dont les critères seront dès lors appréciés par la commission de pilotage) ; mais les enseignements devront être homogénéisés de la façon suivante :

- a) **durée de l'enseignement : 1 semaine minimum** d'enseignement de la pathologie du col, avec contrôle des connaissances ;
- b) dans l'année suivant ce diplôme (sauf cas particuliers), un dossier de colposcopies pratiques devra être adressé à la commission.

**Ce dossier comportera 10 dossiers personnels documentés de colposcopies** supervisées avec recommandation d'utilisation des classifications nationales préconisées par l'ANAES \* (NB : le nombre de 10 colposcopies n'est pas obligatoire pour le DU mais bien pour la certification initiale, exigée par la commission).

Après cette formation initiale ou lorsque l'accord d'adhésion de qualité a été donné pour exercice de fait (période 2009-2012), elle comporte deux volets :

- **un volet diagnostique pour la prise en charge diagnostique** de la pathologie cervicale ;
- **un volet thérapeutique qui ne sera ouvert qu'aux seuls titulaires du volet diagnostique afin de valoriser le temps diagnostique de la prise en charge.**

Cet engagement de qualité en colposcopie et pathologie cervico-vaginale est mis en place **dès 2013** pour les premières demandes de renouvellement.

***Volet diagnostique*** : l'engagement impose une action personnelle et volontaire de mise en place d'une procédure de qualité triennale.

Celle-ci comportera une liste aux contenus simples qu'il conviendra d'adresser tous les 3 ans à la commission, comportant les éléments suivants (*ceux-ci seront définitivement adoptés puis adaptés par les décisions de la commission, lors de ses réunions plénières*) :

1. présence à un **congrès national ou international** uniquement dédié à la pathologie cervico-vaginale : sur une durée minimale de 2 demi-journées de 3 heures, cette présence sera exigée au minimum **tous les 3 ans** ;
2. présence à une **formation régionale ou locale chaque année**, ou adhésion à un programme d'EPP sur la pathologie cervico-vaginale, ou de *training* en colposcopie. Une accréditation des structures organisatrices devra être demandée si le congrès, la réunion ou l'évaluation (EPP) n'est pas dans une liste certifiée (critères requis : durée de la session dédiée à la pathologie cervico-vaginale 3 h minimales ou deux sessions d'1 heure 30) ;
3. inscription à la SFCPCV ou autre organisme (société savante) ayant fait la démarche d'adhésion à la charte de qualité (organisation d'au moins 2 sessions d'une demi journée dédiées à la formation en pathologie cervico-vaginale chaque année) ;

\* Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé remplacée depuis 2005 par la Haute Autorité de santé (HAS)

4. déclaration d'environ 50 patientes en colposcopie/an (sans critères qualitatifs en l'absence de contrôle de qualité des laboratoires de cyto-pathologie). **Les critères quantitatifs seront définitivement adoptés puis adaptés** par les décisions de la commission, lors de ses réunions plénières.

**Volet thérapeutique** : cette demande devra être volontaire et comporte un prérequis préalable :

1. être adhérent et avoir **obtenu le label du volet diagnostique** ;
2. déclarer faire environ **50 gestes thérapeutiques conservateurs** (résection ou destruction) par an. **Les critères quantitatifs seront définitivement adoptés puis adaptés** par les décisions de la commission, lors de ses réunions plénières ;
3. avoir une histologie des pièces d'exérèse porteuses de lésions significatives de **CIN2+ dans plus de 70 % des cas**.

Ces critères sont bien inférieurs (en termes d'exigence) à ceux définis par un vote réalisé auprès des responsables de l'enseignement de la colposcopie sur près de 30 pays européens. Ceux-ci ont défini sur plus de 27 critères de base 6 éléments qui ont fait l'unanimité des intervenants, présentés par Esther Moss lors des journées de l'*European Federation for Colposcopy* (EFC) à Prague en septembre 2013 [6] :

- réalisation personnelle de plus de 50 colposcopies par an pour cytologie de bas grade ;
- 50 colposcopies par an pour cytologie de haut grade ;
- évaluation précise (100 % des cas) de la zone de jonction squamo-cylindrique sur les comptes rendus de colposcopie ;
- réalisation d'une colposcopie diagnostique avant tout geste thérapeutique (100 % des cas) ;
- résections du col *in sano* (dans plus de 80 % des cas) ;
- pièces opératoires contenant une CIN2+ (dans plus de 85 % des cas).

## CONCLUSION

Au total, l'amélioration des performances de la colposcopie passe probablement par deux types de mesures :

**individuelles :**

- basées sur le volontariat des colposcopistes pour améliorer leur pratique par une meilleure formation initiale et continue ;



- la participation à des *trainings*, des audits d’auto-évaluation de leur pratique et l’adhésion à une charte de bonne pratique clinique basée sur l’application des recommandations nationales et/ou européennes ;

**collectives :**

- basées sur l’augmentation du nombre et surtout de l’évaluation de la qualité des colposcopistes ;
- la valorisation de l’examen initial et des prises en charge thérapeutiques où la place de la colposcopie comme guide doit être reconnue ;
- l’organisation du dépistage du cancer du col, avec des procédures de contrôle de qualité et des audits tant des praticiens que des structures cyto-anatomopathologiques.

## Bibliographie

- [1] Mitchell MF *and coll.* Colposcopy for the diagnostic of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998 Apr; 91(4):626-31.
- [2] Olaniyan OB. Validity of colposcopy in the diagnosis of early cervical neoplasia: a review. *Af J Reprod Health* 2002 Dec; 6(3):59-69.
- [3] État des lieux du dépistage du cancer du col en France. Rapport de l’INCa 2007.
- [4] Groupe de travail sur les recommandations pour la pratique clinique. Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l’utérus. Actualisation 2002.
- [5] European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2008.
- [6] Moss E. Formulation of colposcopy QA standards. European Federation for colposcopy. Prague, September 2013.

