

# Sommaire

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Matériel</b> .....	<b>4</b>
1.1. Schéma de l'étude .....	4
1.2. Population .....	4
<b>2. Méthode</b> .....	<b>5</b>
2.1. Les données .....	5
2.2. Mode de recueil .....	6
2.3. Statistiques .....	6
<b>RESULTATS</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Diagramme de flux</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Caractéristiques de la population étudiée</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Réponses au questionnaire</b> .....	<b>8</b>
3.1. Lecture et interprétation des FCU selon le système de Bethesda.....	8
3.2. Conduite à tenir diagnostique devant un FCU anormal .....	9
3.3. Conduite à tenir après réalisation d'un test HPV dont le résultat est négatif .....	10
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Biais et limites</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Analyse des résultats et comparaison à la littérature</b> .....	<b>11</b>
2.1. Analyse des résultats sur l'interprétation des FCU selon le système de Bethesda .....	12
2.2. Analyse des résultats sur les recommandations de prise en charge des FCU anormaux	13
2.3. Analyse des résultats concernant la conduite à tenir après la réalisation d'un test HPV dont le résultat est négatif .....	14
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>16</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>18</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>27</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>27</b>

## Liste des abréviations

<b>AGC</b>	Anomalie des cellules glandulaires
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>ASC-H</b>	Cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut-grade
<b>ASC-US</b>	Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée
<b>CCU</b>	Cancer du col de l'utérus
<b>CDOSF</b>	Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes
<b>CNOSF</b>	Conseil National de l'Ordre des sages-femmes
<b>FCU</b>	Frottis cervico-utérin
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HPST</b>	Hôpital, patient, santé, territoire
<b>HPV</b>	Papillomavirus humain
<b>HSIL</b>	Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
<b>INCa</b>	Institut national du cancer
<b>LSIL</b>	Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade
<b>NS</b>	Non-significatif
<b>SF</b>	Sage(s)-femme(s)

## Introduction

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est, dans le monde, l'un des plus grands enjeux de santé publique féminine. En effet 527 624 nouveaux cas et 265 672 décès ont été dénombrés à travers le monde en 2012 (1).

En cette même année 2015, le cancer invasif du col de l'utérus s'élevait au onzième rang des cancers féminins en France Métropolitaine avec une estimation de 2797 nouveaux-cas diagnostiqués à un âge médian de 51 ans, et un nombre de décès estimé à 1092 à un âge médian de 64 ans, soit le douzième cancer le plus meurtrier chez la femme en France.

L'incidence du CCU ne cesse de diminuer depuis 20 ans, mais cette baisse s'infléchit depuis 2000, et il est l'un des seuls cancers pour lesquels la survie à cinq ans est en baisse : en effet elle est passée de 68% à 62% pour les cas diagnostiqués entre 1989-1993 et 2005-2010(2).

Le CCU est attribuable à une infection sexuellement transmissible virale par 12 papillomavirus humains à haut risque. Cette infection devient chronique pour certaines femmes, dont l'évolution vers des lésions précancéreuses puis cancéreuses prend cinq à vingt ans en moyenne (3).

La prévention de ce cancer repose sur la réalisation à un rythme triennal de frottis cervico-utérins (FCU) de dépistage entre les âges de 25 et 65 ans, après deux FCU normaux à un an d'intervalle, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ainsi que par un vaccin contre le papillomavirus, principal facteur de risque du CCU.

Avant 2010, certains départements (Alsace, Isère, Martinique) ont développé un dépistage organisé, ayant pour but de cibler les femmes ne participant pas au dépistage individuel en leur envoyant un courrier d'incitation à la pratique d'un FCU par un médecin traitant ou gynécologue, si le dernier datait de plus de 3 ans. Ce dépistage organisé concernait aussi les femmes ayant une absence de suivi à la suite d'un FCU anormal.

Depuis 2010, 9 autres départements dont le Maine-et-Loire expérimentent ce dépistage organisé, et la sage-femme est ajoutée à la liste des professionnels habilités à réaliser les FCU.

Entre 2010 et 2012, Santé Publique France a pu observer une augmentation de 13.2% du taux de couverture de dépistage du CCU grâce aux courriers d'incitations envoyés dans le cadre du dépistage organisé(4).

En France chaque année, six millions de femmes devraient être concernées par ce FCU ; le taux de FCU anormaux attendu est de 3.9% soit 235000 femmes par an, et plus de 31000 lésions précancéreuses devraient être constatées.

Le Plan Cancer 2014-2019, dans son objectif 1.3 « Favoriser des diagnostics plus précoces », souhaite « Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée ».

Le Plan Cancer propose donc d'actualiser les recommandations concernant la prise en charge des FCU anormaux. Les deux autres objectifs de cette action sont de diffuser les recommandations actualisées et de s'assurer de leur bonne application par les professionnels de santé (5).

Les premières recommandations de prise en charge des patientes ayant un FCU anormal ont été diffusées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 2002, elles recommandent la lecture et interprétation des FCU par le système de Bethesda, publié en 2001 et revu en 2014 (6).

Ces recommandations ont été actualisées par l'Institut National du Cancer (INCa) en Décembre 2016 (7). Elles ont pour objectif de limiter la réalisation de conisations en excès et le surtraitement, qui entraînent un risque de complications obstétricales telles que l'insuffisance fonctionnelle cervicale (8). Concernant les FCU de type ASC-US, la colposcopie et la cytologie répétée à 6 mois et à 12 mois ne sont plus recommandées en prise en charge diagnostique de première intention, mais le test de recherche de HPV à haut risque est mis en avant, du fait de sa facilité de réalisation en test réflexe lors de la réalisation des FCU en milieu liquide. L'INCa propose aussi de réaliser, en option, chez les femmes de moins de 30 ans, un double immunomarquage p16<sup>INK4A</sup>/Ki67 à la place du test HPV.

Lorsqu'un test HPV est réalisé et est négatif, une cytologie de contrôle est recommandée à trois ans. Lors d'un FCU revenant avec un résultat de type ASC-H, l'INCa préconise la réalisation d'une colposcopie, complétée par une biopsie si anomalie ; la réalisation d'une conisation diagnostique en première intention n'étant pas recommandée.

Pour la prise en charge de première intention des FCU de type LSIL, il est recommandé de réaliser une colposcopie, complétée si anomalie par une biopsie ; il est également possible de réaliser, en option, un double immunomarquage p16<sup>INK4A</sup>/Ki67. Si aucune de ces deux prises en charge n'est possible, une cytologie peut être proposée à 12 mois avec un contrôle à vingt-quatre mois.

Concernant la prise en charge initiale d'un FCU de type HSIL, c'est la colposcopie qui est recommandée en première intention.

Dans le cas d'une cytologie AGC, la prise en charge diffère selon l'âge de la patiente. Chez une femme jusqu'à 45 ans, le test HPV est recommandé ; chez une femme de plus de 45 ans, il devra être complété par une exploration endo-utérine.

Ces recommandations de prise en charge des FCU anormaux diffèrent pour les femmes enceintes.

L'INCa propose en effet pour les FCU ASC-US ou LSIL découverts en cours de grossesse de réaliser une nouvelle cytologie dans les deux à trois mois après l'accouchement, et pour les FCU ASC-H, AGC, et HSIL en cours de grossesse de réaliser une colposcopie. (Voir arbres décisionnels en Annexe 1)

La réalisation de consultations de suivi gynécologique de prévention fait partie des compétences des sages-femmes depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST, 2009). (9)

L'ensemble de ces recommandations actualisées permet donc aux sages-femmes de réaliser la première prise en charge diagnostique pour les patientes ayant un FCU anormal de type ASC-US ou AGC (pour les femmes jusqu'à 45 ans), en demandant un test HPV réflexe (sous réserve d'avoir réalisé un FCU en milieu liquide, ou dans un deuxième temps si le FCU a été réalisé sur lame conventionnelle).

Dans tous les autres cas de FCU anormaux, la sage-femme doit orienter la patiente vers un médecin.

Problématique : Comment les sages-femmes se sont-elles approprié les recommandations récemment formulées par l'INCa sur la conduite diagnostique à tenir lorsqu'une cytologie cervico-utérine anormale est découverte ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, un an après la publication des nouvelles recommandations, les connaissances des sages-femmes de la région des Pays de la Loire concernant la conduite à tenir diagnostique devant des FCU anormaux.

L'objectif secondaire était d'évaluer la proportion de sages-femmes réalisant des consultations de suivi gynécologique dans la région des Pays de la Loire.

## Matériel et méthode

### 1. Matériel

#### 1.1. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, rétrospective, descriptive et multicentrique. L'étude a été réalisée à partir de questionnaires Google Form<sup>®</sup> envoyés à l'ensemble des sages-femmes de la région des Pays de la Loire entre le 17 octobre 2017 et le 20 mars 2018 par mail via les différents Conseils Départementaux de l'Ordre des sages-femmes (CDOSF).

#### 1.2. Population

La population source était composée de l'ensemble des sages-femmes exerçant dans les cinq départements la région des Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée).

La population cible était composée des sages-femmes réalisant des consultations de suivi gynécologique de prévention.

Le critère d'exclusion était : la non-pratique de consultations de suivi gynécologique de prévention.

Les sages-femmes des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, et Vendée ont été inclus, soit 1263 sages-femmes.

Le critère de jugement principal était la connaissance des recommandations concernant la prise en charge des patientes ayant une cytologie cervico-utérine anormale.

## 2. Méthode

### 2.1. Les données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire en ligne adressé aux sages-femmes des Pays de la Loire par message électronique, via les CDOSF. Le recueil des réponses au questionnaire a débuté le lundi 17 octobre 2017 et s'est terminé le mardi 20 mars 2018.

Le questionnaire en ligne était hébergé par Google Form<sup>®</sup> et une lettre d'accompagnement le précédait (voir Annexe 2). Les réponses au questionnaire étaient anonymes.

Le questionnaire se divisait en trois parties et quinze questions :

- La première partie définissait les caractéristiques de la population étudiée : démographie, exercice professionnel, information reçue sur les recommandations concernant la prise en charge des cytologies cervico-utérines anormales, réalisation de consultations de suivi gynécologique de prévention (la réponse « non » à cette question entraînait une exclusion de l'étude et mettait fin au remplissage du questionnaire).
- La deuxième partie contenait deux questions relatives à la lecture et l'interprétation des FCU selon le système de Bethesda
- La troisième partie, contenant huit questions, s'intéressait aux connaissances et au raisonnement clinique des sages-femmes concernant la prise en charge des FCU anormaux. La dernière question de cette troisième partie était un espace dédié aux remarques des professionnels.

Le message confirmant l'envoi de la réponse comprenait un lien vers les recommandations (site internet de l'INCa) ainsi que vers l'application smartphone Cytogyn<sup>®</sup>, présentant des logigrammes décisionnels de prise en charge des FCU anormaux.

Le questionnaire a été testé par une sage-femme avant envoi, afin de s'assurer de la compréhensibilité des questions et déterminer le temps estimé de remplissage, un temps de 10 minutes maximum étant un critère favorisant la participation des professionnels.

Le questionnaire étant distribué à toutes les sages-femmes sans pouvoir connaître leur activité professionnelle, ce dernier avait été programmé pour ne pas faire accéder à la deuxième et troisième partie des questions les professionnels n'effectuant pas de consultations de suivi gynécologique de prévention, en les conduisant dès lors au message de confirmation d'envoi du questionnaire.

## 2.2. Mode de recueil

Les cinq conseils départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes ont été contactés par messagerie électronique le 17 octobre 2017 pour solliciter une transmission du questionnaire à l'ensemble des sages-femmes des départements concernés par voie électronique.

Une première relance a été effectuée une semaine plus tard, le 24 octobre 2017, aux CDOSF de Sarthe et Mayenne, car aucun retour de questionnaire ne parvenait de ces départements.

Une relance commune aux cinq départements a été effectuée les 10 et 11 décembre 2017 par l'envoi de deux mails aux CDOSF, le second était un correctif au premier contenant un lien non fonctionnel vers le questionnaire.

En l'absence de réponse du CDOSF de Mayenne, le lieu d'exercice de sa présidente (Département de Mayenne) a été contacté à deux reprises en semaines 49 et 50 de 2017 ; la secrétaire du service de Protection Maternelle et Infantile a pu être jointe. En l'absence de réponse de la présidente du CDOSF de Mayenne, il a été décidé de contacter les sages-femmes libérales dont les coordonnées étaient renseignées sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.

13 questionnaires ont donc été envoyés par mail le 3 mars puis le 17 mars 2018 aux sages-femmes exerçant en libéral et ayant renseigné leurs coordonnées électroniques sur le site du CNOSF.

## 2.3. Statistiques

Les données recueillies par le questionnaire Google Form<sup>®</sup> ont été collectées à l'aide d'une feuille de calcul Microsoft Office Excel<sup>®</sup>.

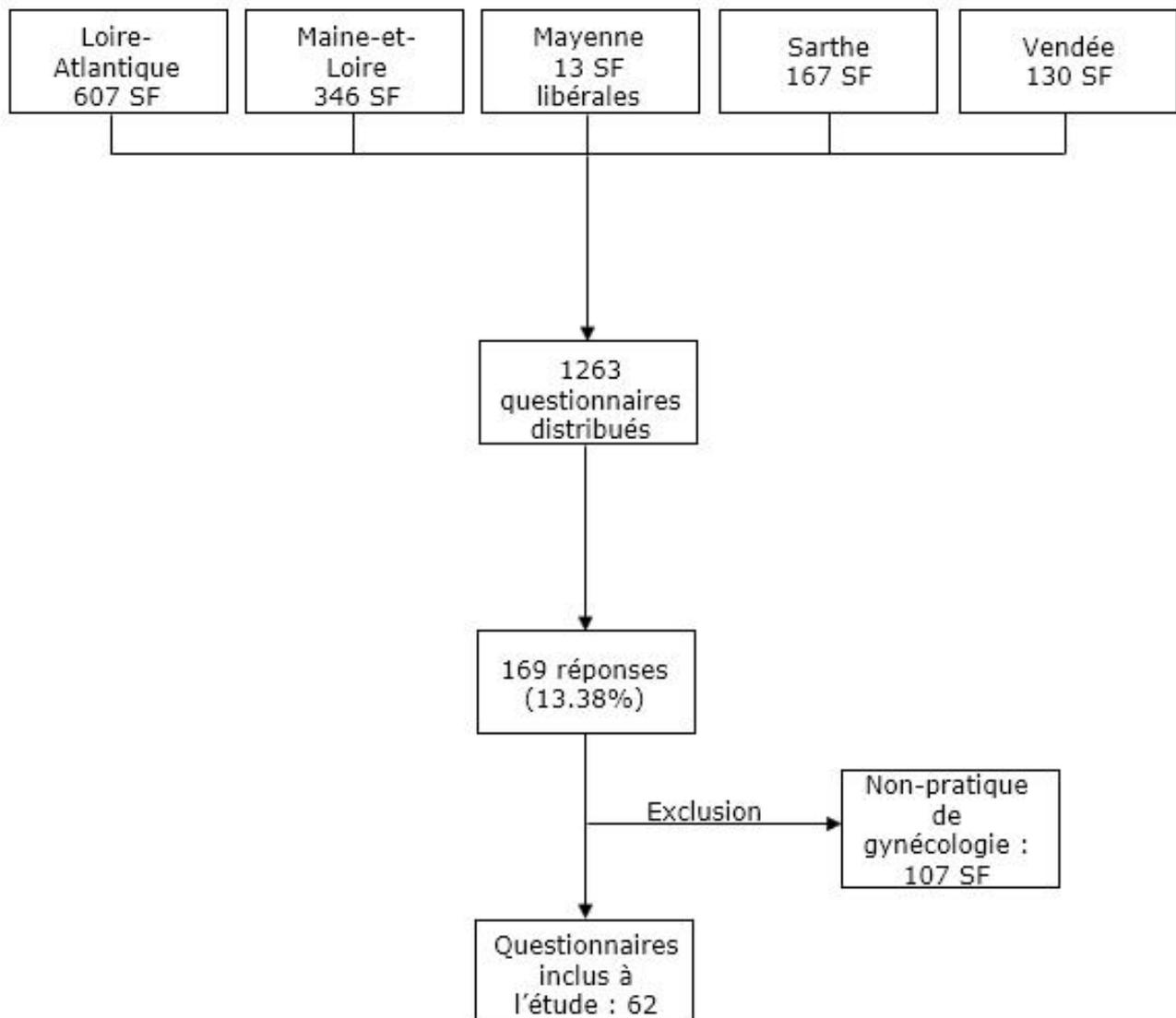
Les variables quantitatives ont été exprimées par des médianes, quartiles, et extrêmes ; les variables qualitatives ont été exprimées par des effectifs et pourcentages.

Le test statistique du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour tester l'indépendance entre deux variables qualitatives, ou le test de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5. Ils ont été réalisés à l'aide du logiciel en ligne BiostaTGV<sup>®</sup>

Le risque  $\alpha$  de première espèce à 95% a été choisi, les différences étant considérées comme significatives lorsque la valeur de  $p$  était strictement inférieure à 0,05.

# Résultats

## 1. Diagramme de flux



**Figure I :** Diagramme de flux de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente ayant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région des Pays de la Loire » réalisée du 17 octobre 2017 au 20 mars 2018

62/169 (36.68%) des sages-femmes ayant répondu au questionnaire de l'étude réalisaient des consultations de suivi gynécologique de prévention.

## 2. Caractéristiques de la population étudiée

22/62 (35.5%) sages-femmes de la population étudiée exerçaient dans le département de Loire-Atlantique (44), 10/62 (16.1%) en Maine-et-Loire (49), 2/62 (3.2%) en Mayenne (53), 10/62 (16.1%) en Sarthe (72), et 18/62 (29%) en Vendée.

Concernant le mode d'exercice des sages-femmes constituant la population étudiée, 10/62 (16.1%) avaient un exercice hospitalier, 50/62 (80.6%) étaient des sages-femmes libérales, 2/62 (3.2%) avaient une activité « autre » (combinant un exercice hospitalier et libéral). Aucune sage-femme n'était salariée du secteur privé, sage-femme territoriale, ou sage-femme coordinatrice/coordonnatrice.

La médiane de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme était 2008, les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> quartiles étaient 1996 et 2012, les extrêmes 1979 et 2017.

29/62 (46.8%) sages-femmes de la population ont répondu avoir reçu des informations sur les recommandations émises par l'INCa, dont 10/22 (45.5%) des sages-femmes de Loire-Atlantique, 9/10 (90%) des sages-femmes de Maine-et-Loire, 0/2 (0%) des sages-femmes de Mayenne, 4/10 (40%) des sages-femmes de Sarthe, et 6/18 (33.3%) des sages-femmes de Vendée.

## 3. Réponses au questionnaire

### 3.1. Lecture et interprétation des FCU selon le système de Bethesda

**Tableau I :** Conduites à tenir lors de différentes lectures de FCU selon le système de Bethesda par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire »

	N (/62) (%)	SF informées N (/29) (%)	SF non informées N (/33) (%)	p
<b>Cytologie inflammatoire chez une patiente ménopausée</b>				
Réaliser rapidement un nouveau FCU	8 (12.9 %)	4 (13.8%)	4 (12.1%)	p = 0.97 NS
Adresser la patiente pour traitement local et contrôle du FCU	23 (37.1%)	10 (34.5%)	13 (39.4%)	
Attendre la prochaine échéance de FCU	28 (45.2%)	14 (48.3%)	14 (42.4%)	
Autre	4 (6.5%)	2 (6.9%)	2 (6.1%)	
<b>Présence de cellules métaplasiques</b>				
Réaliser rapidement un nouveau FCU	1 (1.6%)	1 (3.4%)	0 (0%)	p = 0.44 NS
Adresser à un gynécologue pour des explorations	35 (56.5%)	15 (51.7%)	20 (60.6%)	
Attendre la prochaine échéance de FCU	27 (43.5%)	14 (48.3%)	13 (39.4%)	
Autre	1 (1.6%)	1 (3.4%)	0 (0%)	

## 3.2. Conduite à tenir diagnostique devant un FCU anormal

**Tableau II :** Conduite à tenir diagnostique devant des FCU comportant des anomalies des cellules malpighiennes par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire »

	N (/62) (%)	SF informées N (/29) (%)	SF non informées N (/33) (%)	p
<b>Conduite à tenir pour un FCU ASC-US chez une femme de 28 ans</b>				
FCU de contrôle à 6 mois	14 (22.6%)	7 (24.1%)	7 (21.2%)	<b>p = 0.04</b>
Réaliser un test HPV	50 (80.6%)	<b>25 (86.2%)</b>	<b>25 (75.8%)</b>	
Orienter vers un gynécologue pour réaliser une colposcopie ± biopsie	17 (27.4%)	<b>3 (10.3%)</b>	<b>13 (39.4%)</b>	
Réaliser un double immunomarquage p16 <sup>INK4A</sup> /Ki67	9 (14.5%)	4 (13.8%)	5 (15.2%)	
Autre	1 (1.6%)	1 (3.4%)	0 (0%)	
<b>Conduite à tenir pour un FCU ASC-H</b>				
Réaliser un test HPV	21 (33.9%)	8 (27.6%)	13 (39.4%)	p = 0.81 NS
Orienter vers un gynécologue pour réaliser une colposcopie ± biopsie	55 (88.7%)	26 (89.7%)	29 (87.9%)	
FCU de contrôle à 6 mois	4 (6.5%)	2 (6.9%)	2 (6.1%)	
Orientation pour conisation diagnostique	3 (4.8%)	2 (6.9%)	1 (3.0%)	
Autre	1 (1.6%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
<b>Prise en charge d'un FCU LSIL</b>				
Double immunomarquage p16 <sup>INK4A</sup> /Ki67	10 (16.1%)	6 (20.7%)	4 (12.1%)	p = 0.70 NS
Réaliser un test HPV	21 (33.9%)	10 (34.5%)	11 (33.3%)	
FCU de contrôle à 12 mois	7 (11.3%)	2 (6.9%)	5 (15.2%)	
Orienter vers un gynécologue pour réaliser une colposcopie ± biopsie	47 (75.8%)	22 (75.9%)	25 (75.8%)	
Autre	1 (1.6%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
<b>Conduite à tenir pour un FCU HSIL chez une femme de 35 ans</b>				
Réaliser un test HPV	17 (27.4%)	8 (27.6%)	9 (27.3%)	p = 0.93 NS
Orienter vers un gynécologue pour réaliser une colposcopie ± biopsie	59 (95.2%)	27 (93.1%)	32 (97.0%)	
FCU de contrôle à 12 mois	1 (1.6%)	1 (3.4%)	0 (0%)	
Autre	1 (1.6%)	0 (0%)	1 (3.0%)	

**Tableau III :** Conduite à tenir diagnostique lors d'anomalies des cellules glandulaires ou de FCU anormal pendant la grossesse, par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire »

	<b>N (/62) (%)</b>	<b>SF informées N (/29) (%)</b>	<b>SF non informées N (/33) (%)</b>	<b>p</b>
<b>Anomalie des cellules glandulaires</b>				
<b>Conduite à tenir pour un FCU AGC chez une femme de 39 ans</b>				
Réaliser un test HPV	20 (32.3%)	<b>12 (41.4%)</b>	<b>8 (24.2%)</b>	<b>p = 0.04</b>
FCU de contrôle à 12 mois	2 (3.2%)	<b>0 (0%)</b>	<b>2 (6.1%)</b>	
Orienter vers un gynécologue pour une exploration endo-utérine	26 (41.9%)	<b>10 (34.5%)</b>	<b>16 (48.5%)</b>	
Orienter vers un gynécologue pour réaliser une colposcopie et un curetage cervical	23 (37.1%)	<b>14 (48.3%)</b>	<b>9 (27.3%)</b>	
Autre	8 (12.9%)	<b>1 (3.4%)</b>	<b>7 (21.2%)</b>	
<b>Anomalies durant la grossesse</b>				
<b>Pour quelles anomalies chez une femme enceinte attendez-vous 2 à 3 mois de post-partum pour contrôler le FCU ?</b>				
ASC-US	58 (93.5%)	28 (96.6%)	30 (90.9%)	p = 0.36
ASC-H	13 (21.0%)	3 (10.3%)	10 (30.3%)	NS
LSIL	24 (38.7%)	11 (37.9%)	13 (39.4%)	
HSIL	7 (11.3%)	3 (10.3%)	4 (12.1%)	
AGC	9 (14.5%)	2 (6.9%)	7 (21.2%)	

### 3.3. Conduite à tenir après réalisation d'un test HPV dont le résultat est négatif

**Tableau IV :** Conduite à tenir concernant le délai à attendre pour réaliser un nouveau FCU lorsqu'un test HPV est réalisé et négatif, par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire »

<b>Délai entre le test HPV négatif et le prochain FCU</b>	<b>N (/62) (%)</b>	<b>SF informées N (/29) (%)</b>	<b>SF non informées N (/33) (%)</b>	<b>p</b>
6 mois	15 (24.2%)	6 (20.7%)	9 (27.3%)	<b>p = 0.63</b>
12 mois	15 (24.2%)	6 (20.7%)	9 (27.3%)	
36 mois	32 (51.6%)	17 (58.6%)	15 (45.4%)	
Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (%)	

## Discussion

Le sujet de ce mémoire s'inscrit dans l'évolution récente des compétences des sages-femmes, qui réalisent depuis moins de dix ans le suivi gynécologique de prévention des femmes.

L'un des points forts de cette étude est de s'intéresser aux connaissances des sages-femmes au sujet de recommandations de publication récente – 1 an – ce qui permet d'évaluer l'impact des campagnes d'informations réalisée auprès des professionnels par les organismes tels que Cap Santé 49, structure de gestion du dépistage organisé du CCU en Maine-et-Loire depuis 2010.

### 1. Biais et limites

L'étude était une étude descriptive, le niveau de preuve scientifique apporté est faible (4 - C), d'autant plus qu'il est associé à un taux de participation relativement bas, 13,38%, ce qui limite donc également sa puissance, et les différents modes d'exercices n'étaient pas tous représentés, les sages-femmes libérales représentant 80.6% de la population de l'étude contre 21% pour la population générale des sages-femmes en France en 2014(10).

Les biais qui peuvent être soulevés par l'utilisation d'un auto-questionnaire sont le biais d'auto-déclaration et le biais de compréhension, bien qu'il ait été limité par le test du questionnaire par une sage-femme avant sa diffusion.

La méthode de diffusion du questionnaire utilisée comporte également un biais de recrutement. En effet seules les sages-femmes ayant donné leur adresse mail aux différents CDOSF de la région Pays de la Loire ont pu être contactées. Pour le département de la Mayenne, le biais de recrutement est plus important car seules les sages-femmes libérales ayant communiqué leur adresse électronique sur la page internet du CNOSF ont pu être contactées, ce qui a exclu les autres modes d'exercice (soit 13 sages-femmes contactées sur 93 inscrites au tableau de l'Ordre des sages-femmes de Mayenne)

Le faible taux de participation à l'étude pourrait s'expliquer par le fait que les compétences des sages-femmes concernant la réalisation du suivi gynécologique de prévention et les FCU sont relativement récentes, et certaines sages-femmes peuvent ne pas se sentir concernées par cette étude si elles réalisent peu de FCU.

### 2. Analyse des résultats et comparaison à la littérature

Parmi les sages-femmes réalisant des consultations de suivi gynécologique de prévention, moins de la moitié (46.8%) ont répondu avoir été informées de la publication de nouvelles recommandations de prise en charge des FCU anormaux par l'INCa, mais une grande disparité est mise en évidence selon

les départements d'exercice. En effet 90% des sages-femmes de Maine-et-Loire ont déclaré avoir été informées des nouvelles recommandations, alors que seules un tiers des sages-femmes vendéennes disent avoir été informées. Le résultat de 0% en Mayenne est ininterprétable au vu du nombre de 2 sages-femmes répondantes.

En Maine-et-Loire, ces recommandations ont été diffusées par mail à l'ensemble des sages-femmes par le biais de la Lettre d'information N°14 de Cap Santé 49 envoyée en Juin 2017, reprenant les arbres décisionnels diagnostiques en fonction de l'anomalie rencontrée.

Les recommandations ont également été reprises dans différentes journées s'adressant aux sages-femmes durant l'année 2017, comme la Journée Angevine des Sages-Femmes, ou encore la 20<sup>ème</sup> Journée de Gynécologie-Obstétrique des Médecins Généralistes à laquelle les sages-femmes pouvaient participer.

Cette différence du taux de sages-femmes informées peut donc s'expliquer sur une diffusion différente de l'information selon les départements. Le Maine-et-Loire est le seul département de la région pratiquant le dépistage organisé du CCU, les sages-femmes ont été informées via le CDOSF et Cap Santé 49, alors que les sages-femmes des autres départements n'ont été informées que par leur CDOSF.

La majeure partie des sages-femmes constituant la population étudiée a obtenu son Diplôme d'Etat avant la réforme des études de sage-femme (3<sup>ème</sup> quartile : 2012)(11), la formation initiale au sujet du suivi gynécologique de prévention était donc différente, et peut expliquer certaines disparités au niveau des connaissances.

## **2.1. Analyse des résultats sur l'interprétation des FCU selon le système de Bethesda**

Près de la moitié (45.2%) des sages-femmes déclarent attendre la prochaine échéance dans le calendrier de suivi (3 ans) pour contrôler le FCU d'une femme ménopausée chez qui la cytologie a été lue comme inflammatoire. Or l'état inflammatoire rencontré chez la femme ménopausée lié à l'atrophie par carence oestrogénique peut parfois rendre complexe la lecture cytologique. Il peut être difficile de distinguer un aspect dystrophique d'un aspect dysplasique et il convient donc dans ce cas de procéder à un traitement oestrogénique local (prescription par un médecin), puis à un contrôle du FCU, afin de s'assurer qu'il s'agissait d'une simple réaction inflammatoire et non d'une lésion dysplasique (12)

Concernant la conduite à tenir lors de la présence sur un FCU de cellules métaplasiques, plus de la moitié des sages-femmes (56.5%) (et quasiment les deux tiers (60.6%) chez les sages-femmes non informées des nouvelles recommandations de l'INCa) répondent adresser leur patiente à un gynécologue pour des explorations, alors que la présence de cellules métaplasiques indique un simple remaniement et un prélèvement effectué en zone de jonction (13).

## 2.2. Analyse des résultats sur les recommandations de prise en charge des FCU anormaux

Contrairement aux recommandations ANAES 2002, l'INCa ne recommande plus en première intention la réalisation de colposcopie et de cytologie répétée en cas de FCU classé ASC-US, mais un test HPV, et la possibilité chez les femmes de moins de 30 ans de réaliser un double immunomarquage p16<sup>INK4A</sup>/Ki67 qui permet d'évaluer le potentiel d'évolution vers une lésion cancéreuse en dosant l'activité virale (7,14). Ces deux méthodes diagnostiques imposent un prélèvement initial réalisé en phase liquide, mais sa meilleure lisibilité par les médecins pathologistes (le nombre de FCU ininterprétables est diminué) et sa facilité de réalisation peuvent laisser penser que le prélèvement en phase liquide sera de plus en plus développé et utilisé par les professionnels à l'avenir (15).

Dans notre étude, les sages-femmes non informées de la mise à jour des recommandations orientent significativement plus leurs patientes vers un gynécologue pour réaliser une colposcopie lors de FCU classés ASC-US que les sages-femmes informées (39.4% versus 10.3%), elles sont également légèrement moins nombreuses à dire réaliser un test de recherche HPV à haut risque dans les mêmes conditions (75.8% versus 86.2%).

L'ensemble des sages-femmes interrogées semble peu utiliser la possibilité du double immunomarquage p16<sup>INK4A</sup>/Ki67 chez les femmes jeunes, pourtant bon marqueur de l'activité virale des HPV, ce qui permettrait d'obtenir une meilleure orientation pour la surveillance des lésions de ces jeunes femmes de moins de 30 ans (16).

En Maine-et-Loire, il semble important de souligner que les sages-femmes réalisent de plus en plus de FCU dans le cadre du dépistage organisé du CCU, puisque 54.8% des FCU réalisés par des sages-femmes en 2017 faisaient suite à un courrier de Cap Santé 49 et que le nombre global de FCU réalisé par les sages-femmes dans ce même département a augmenté d'1% par rapport à 2016, totalisant 4.7% de l'ensemble des FCU réalisés en 2017 dans le Maine-et-Loire (17).

La majeure partie des FCU anormaux étant des FCU classés ASC-US, l'information des sages-femmes à propos des recommandations INCa 2016 est à améliorer dans une grande partie des départements ligériens afin d'assurer aux patientes un suivi conforme des FCU anormaux, la réalisation du test HPV faisant partie des compétences de la sage-femme lors de la réalisation d'un FCU en phase liquide.

Pour la prise en charge des FCU classés ASC-H, LSIL, et HSIL, une grande partie des sages-femmes (88.7%, 75.8%, et 95.2%) disent orienter leurs patientes vers un gynécologue afin de réaliser une colposcopie. Ces recommandations diffèrent peu de celles ANAES 2002, hormis pour la prise en charge des FCU LSIL pour lesquels l'option du double immunomarquage p16<sup>INK4A</sup>/Ki67 est proposée, peu évoquée par les sages-femmes dans notre étude.

Il est à noter que 33.9% et 27.4%, soit environs un tiers, des sages-femmes répondent réaliser un test HPV à haut risque dans le cadre respectivement d'un FCU LSIL et HSIL, ce qui n'est pas recommandé

en première intention par l'INCa ; cette proportion est sensiblement la même, que les sages-femmes aient été informées ou non des recommandations INCa 2016.

Concernant la prise en charge des FCU classés AGC, il se dégage une différence significative selon l'information reçue par les sages-femmes. Les sages-femmes informées des nouvelles recommandations disent significativement plus réaliser un test HPV pour les patientes de moins de 45 ans présentant un FCU AGC (41.4% versus 24.2% pour les sages-femmes non informées), et de la même manière elles orientent moins leurs patientes vers un gynécologue pour la réalisation d'une exploration endo-utérine, recommandée au-delà de 45 ans.

Cependant, la réponse d'une orientation vers un gynécologue pour réalisation d'une colposcopie et d'un curetage cervical semble prégnant chez plus d'un tiers des sages-femmes de notre étude (37.1%) alors que cette prise en charge, recommandée par l'ANAES en 2002, ne l'est plus en 2016 par l'INCa.

Durant la grossesse, la proportion de FCU anormaux est d'environ 1% (18), et leur prise en charge a été modifiée par les recommandations INCa 2016, passant d'une colposcopie et biopsie systématique pour toute anomalie à une attente de 2 à 3 mois de post-partum pour une prise en charge pour les FCU ASC-US et LSIL.

Ces recommandations étant très récentes, il n'existe pas d'études publiées à ce jour évaluant la prise en charge en conformité des FCU anormaux pendant la grossesse, mais une large majorité des sages-femmes interrogées dans notre étude dit attendre le post-partum pour contrôler les FCU classés ASC-US pendant la grossesse. En revanche pour les autres anomalies, aucune tendance ne semble se dégager, et moins de la moitié des sages-femmes répondent attendre le post-partum pour contrôler les FCU classés LSIL (38.7%).

Nous pouvons également observer que plus de 20% des sages-femmes (et ce chiffre atteint 30% chez les sages-femmes non-informées des recommandations INCa 2016) répondent attendre le post-partum pour contrôler un FCU classé ASC-H, alors que ces derniers ne peuvent exclure une lésion de haut grade (HSIL) et nécessitent la réalisation d'une colposcopie durant la grossesse.

### **2.3. Analyse des résultats concernant la conduite à tenir après la réalisation d'un test HPV dont le résultat est négatif**

La réalisation du test HPV est l'un des grands apports des recommandations INCa 2016, il permet de diminuer le nombre de colposcopies et cytologies répétées en première intention. Ce test est sensible à plus de 95% pour les lésions de haut grade et sa valeur prédictive négative dépasse les 99% d'après une étude de 2007 (19)

Après un test HPV négatif, un FCU est à réaliser 36 mois plus tard, ce qui a été répondu par plus de la moitié des sages-femmes de notre étude (51.6%)

L'autre moitié des sages-femmes a répondu réaliser un nouveau FCU 6 ou 12 mois après un test HPV négatif (24.2% pour chaque réponse), ce qui n'est pas recommandé par l'INCa en 2016 ; le test HPV étant très sensible et spécifique, il permet de reprendre une surveillance d'après un schéma classique s'il son résultat est négatif.

## Conclusion

Bien que menée sur un faible échantillon, notre étude a permis de montrer que les sages-femmes, bien qu'impliquées dans le suivi gynécologique de prévention des femmes, restent mal informées de la publication des nouvelles recommandations de prise en charge des FCU anormaux, ayant un impact sur la prise en charge de leurs patientes.

Comme nous avons pu le constater, le rôle des CDOSF ainsi que des associations départementales de dépistage des cancers est donc prédominant dans l'information des professionnels, d'autant plus que les sages-femmes sont et seront de plus en plus appelées à réaliser des FCU.

Le déploiement national du dépistage organisé du CCU prévu dans le courant de l'année 2018 va faire évoluer les pratiques du métier de sage-femme. En effet, elles seront de plus en plus sollicitées par les femmes âgées de 25 à 65 ans qui auront reçu un courrier d'incitation à la pratique d'un FCU.

Elles doivent donc encore actualiser leurs connaissances afin de pouvoir prendre en charge les patientes ayant des FCU anormaux conformément aux recommandations INCa 2016.

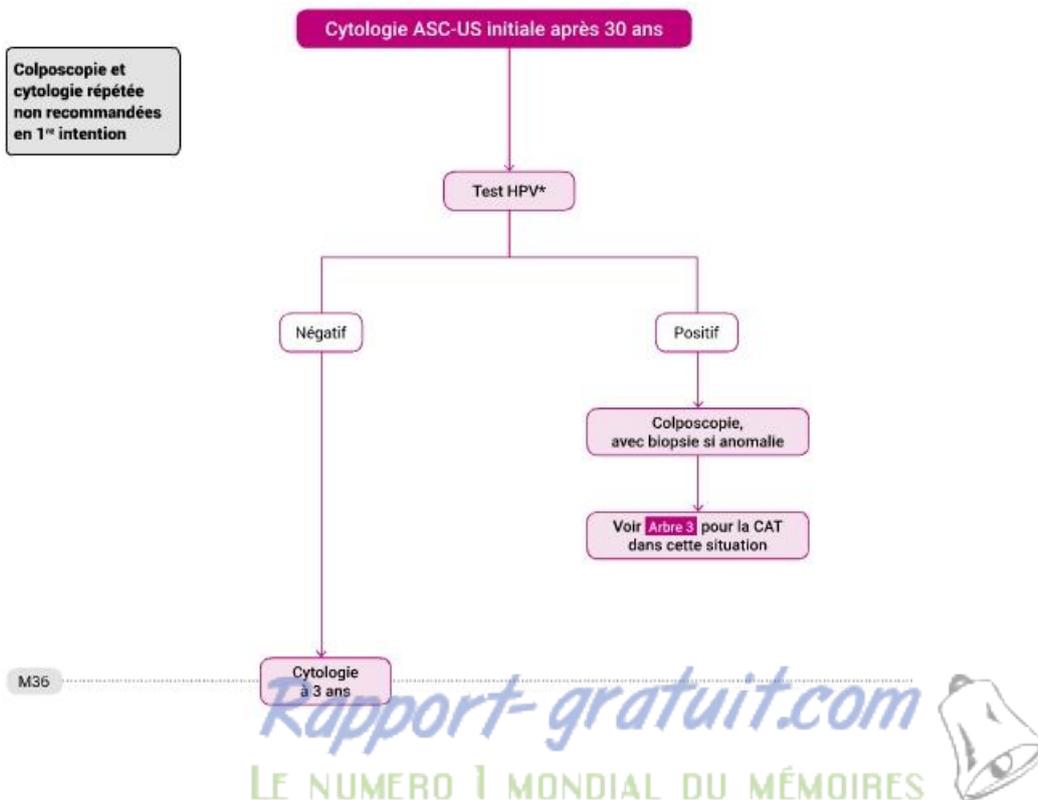
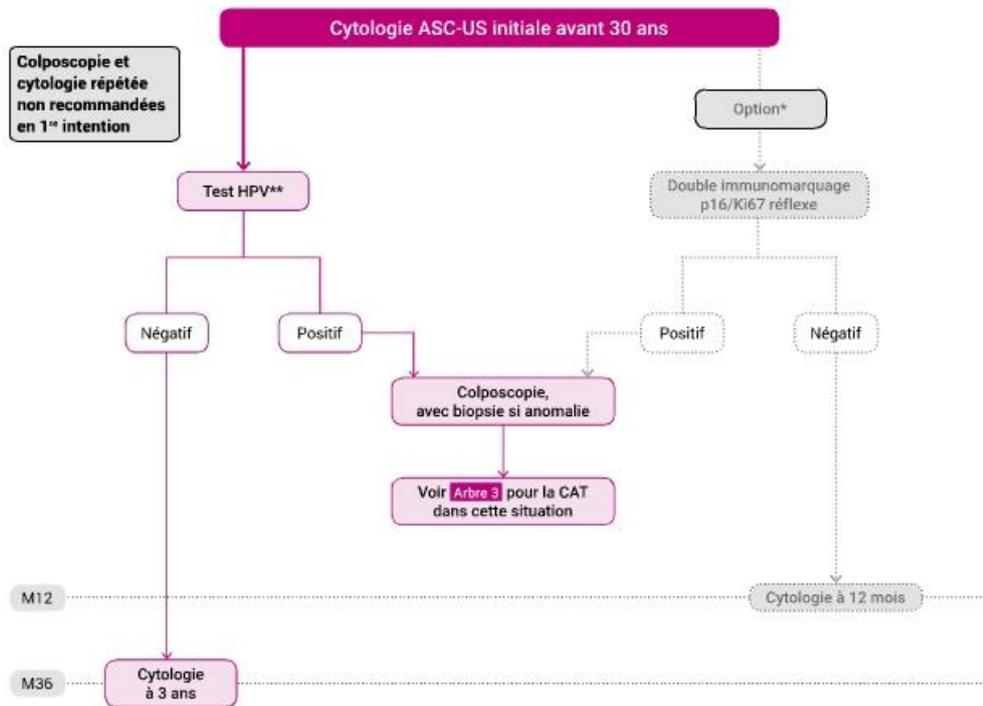
## Bibliographie

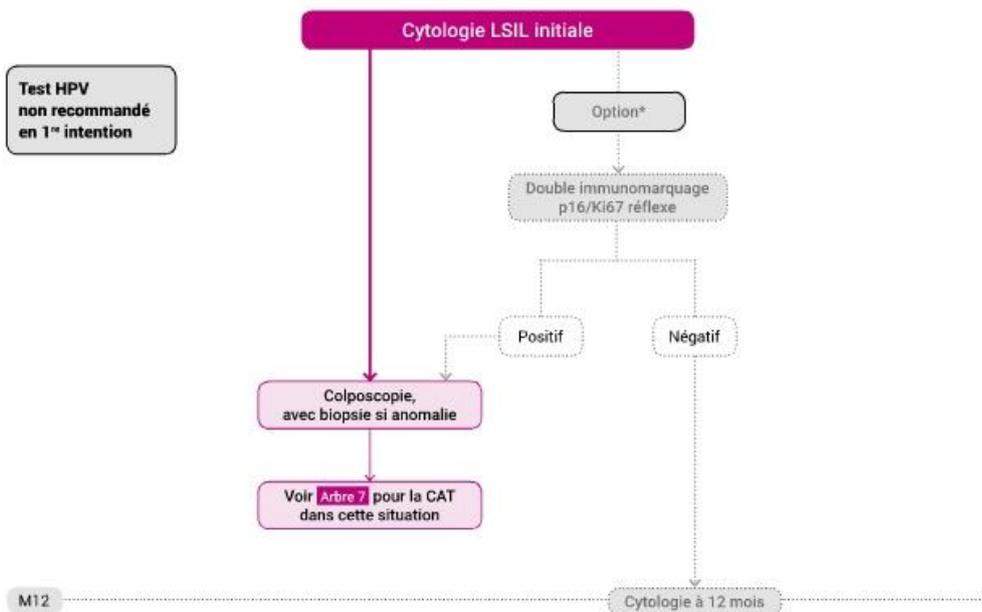
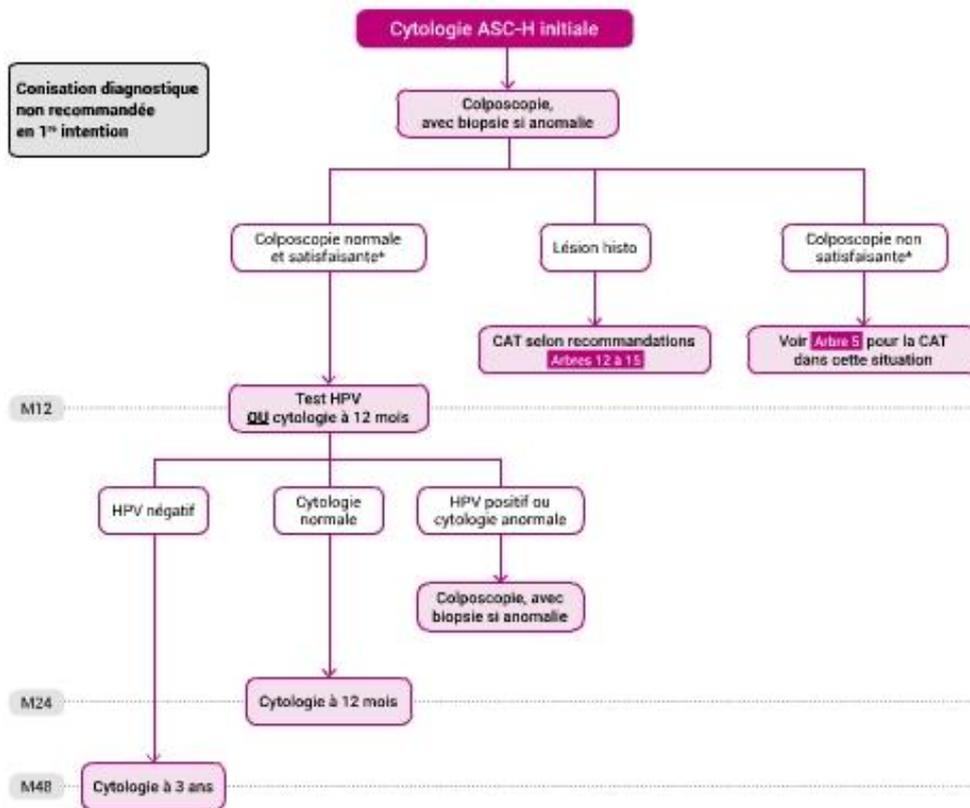
1. Cancer today [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <http://gco.iarc.fr/today/home>
2. Institut National du Cancer. Les cancers en France, édition 2016 [Internet]. 2017 avr [cité 9 mars 2018] p. 247. (Les Données). Disponible sur: [http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france)
3. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus [Internet]. 2008 [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/profile/Nicolas\\_Duport/publication/255619832\\_Donnees\\_epidemiologiques\\_sur\\_le\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_l'uterus/links/56221b0c08aea35f2681bfdb.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nicolas_Duport/publication/255619832_Donnees_epidemiologiques_sur_le_cancer_du_col_de_l'uterus/links/56221b0c08aea35f2681bfdb.pdf)
4. Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(13-14-15):228-34.
5. Institut National du Cancer. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2014 [cité 24 oct 2017]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer-2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf)
6. Nayar R, Wilbur DC. The Pap Test and Bethesda 2014. Acta Cytol. 19 mai 2015;59(2):121-32.
7. Institut National du Cancer. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale: thésaurus [Internet]. 2016 [cité 26 août 2017]. Disponible sur: [http://www.e-cancer.fr/content/download/178363/2343581/file/Conduite\\_a\\_tenir\\_devant\\_une\\_femme\\_ayant\\_une\\_cytologie\\_cervico\\_uterine\\_anormale\\_Thesaurus\\_mel\\_20170123.pdf](http://www.e-cancer.fr/content/download/178363/2343581/file/Conduite_a_tenir_devant_une_femme_ayant_une_cytologie_cervico_uterine_anormale_Thesaurus_mel_20170123.pdf)
8. Baldauf J-J, Baulon E, Thoma V, Akladios CY. Prévention des conséquences obstétricales des conisations à l'anse diathermique, est-ce possible? /data/revues/03682315/v43i1/S0368231513002160/ [Internet]. 25 déc 2013 [cité 24 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/862596>
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
10. Julie Micheau, François Alliot. Etude: le marché du travail des sages-femmes [Internet]. 2014 oct [cité 27 mars 2018] p. 98. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/04/Etude-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF-1.pdf>
11. La ministre des affaires sociales et de la santé, La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. mars 11, 2013 p. 24. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-11-mars-2013-relatif-au-r%C3%A9gime-des-%C3%A9tudes-en-vue-du-dipl%C3%B4me-d'Etat-de-sage-femme.pdf>
12. Sopena-Bonnet B. Pathologie du col et du vagin après la ménopause: quelques pathologies spécifiques, mais surtout des particularismes dans l'approche diagnostique et dans les indications thérapeutiques. Médecine Thérapeutique Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol. 1 déc 2008;10(6):399-403.
13. Dr G. Albertyn, Dr M. Arbyn, Dr C. Bourgain. Recommandations techniques pour des frottis de col satisfaisants. Octobre 2002 [Internet]. [cité 28 mars 2018];196. Disponible sur: <https://www.wiv-isp.be/EPIDEMIO/epifr/cervixfr/RevMedGen02.pdf>

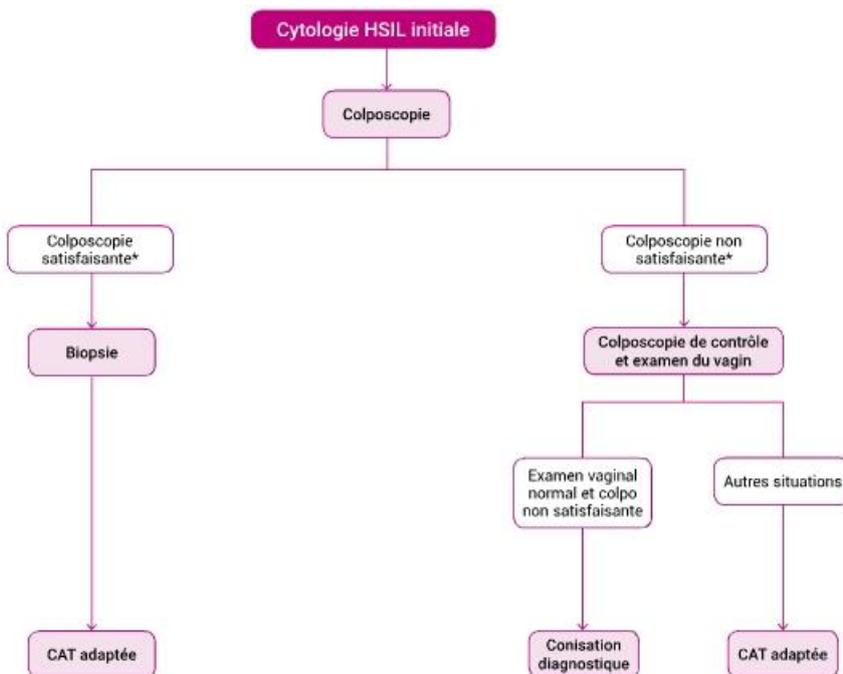
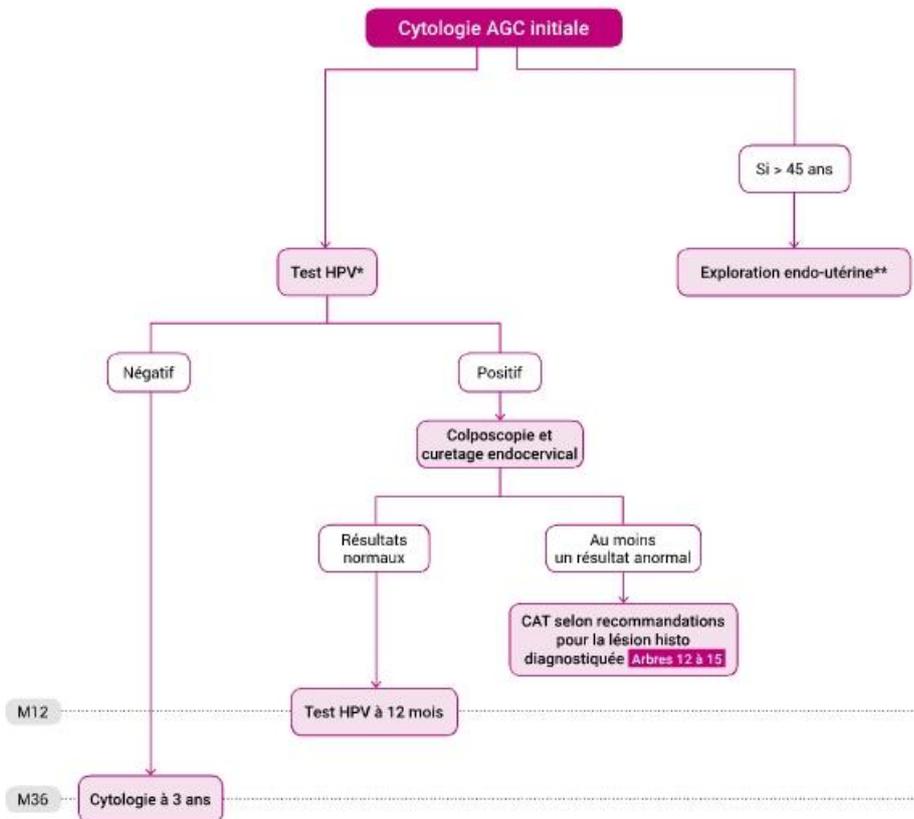
14. Anaes. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2003;31(11):974-85.
15. Monsonégo J, Autillo-Touati A, Bergeron C, Dachez R, Liaras J, Saurel J, et al. Cytologie en phase liquide dans le cadre du dépistage primaire du cancer du col utérin : une étude multicentrique\*\*\*Cet article est une adaptation de la publication parue dans le British Journal of Cancer [1] . Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2001;29(11):799-807.
16. Missaoui N, Hmissa S, Sankaranarayanan R, Deodhar K, Nene B, Budukh A, et al. La surexpression de p16 INK4A est un marqueur utile des lésions du col utérin. Ann Biol Clin (Paris). 1 juill 2010;68(4):409-14.
17. CAP Santé 49. Rapport d'activité 2017 DICCU. 2018 févr p. 14.
18. Selleret L, Mathevet P. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 févr 2008;37(1, Supplement):S131-8.
19. Monsonégo J. Prévention du cancer du col utérin (I): apport du dépistage, récents progrès et perspectives. Presse Médicale. 1 janv 2007;36(1, Part 2):92-111.

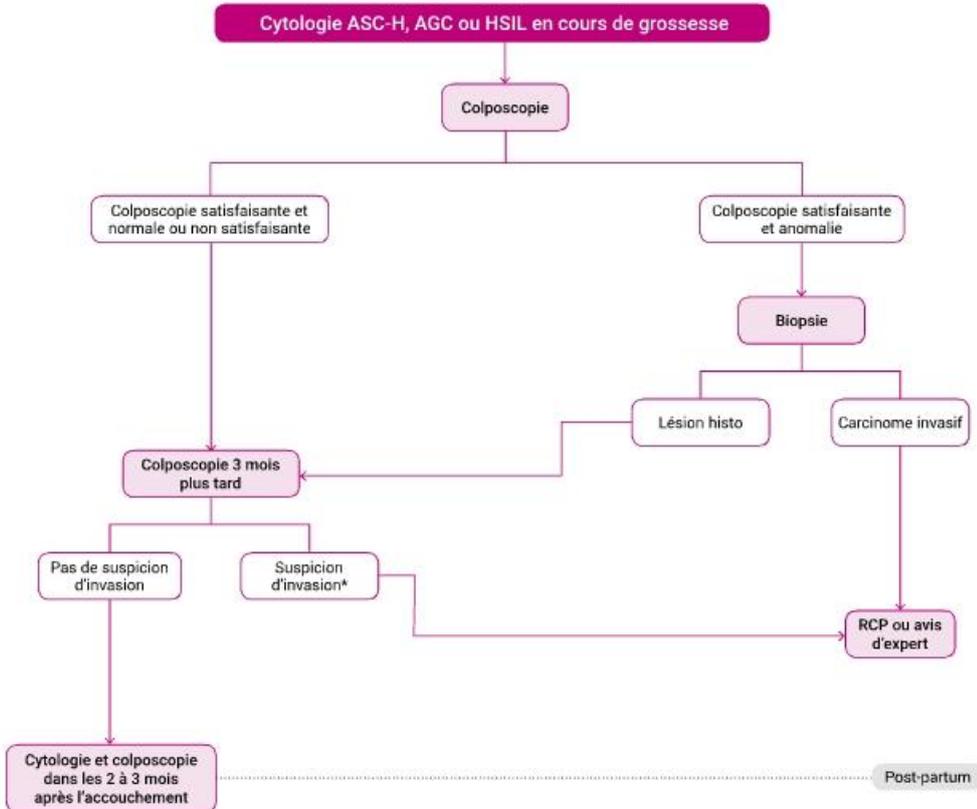
# Annexes

## Annexe 1 : Arbres décisionnels de prise en charge diagnostique selon les recommandations de l'INCa 2016









## Annexe 2 : Questionnaire destiné aux sages-femmes interrogées

# Conduite à tenir diagnostique devant une patiente ayant une cytologie cervico-utérine anormale: connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante sage-femme en cinquième année à l'école René Rouchy d'Angers, je réalise mon mémoire de fin d'études sur le sujet "Conduite à tenir diagnostique devant une patiente ayant une cytologie cervico-utérine anormale: connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire".

Dans le cadre de sa réalisation, je vous adresse ce questionnaire, qui est destiné à toutes les sages-femmes exerçant dans la région des Pays de la Loire.

Ce travail a pour objectif de comprendre l'appropriation par les sages-femmes des recommandations émises en Décembre 2016 par l'Institut National du Cancer concernant la prise en charge des cytologies cervico-utérines anormales, notamment par leur versant diagnostique. Je sollicite à cet effet un peu de votre temps pour répondre aux différentes questions qui vont suivre (durée estimée 10 minutes). Les réponses collectées seront traitées de manière strictement anonyme.

Pour tous renseignements et informations complémentaires à propos du questionnaire vous pouvez me contacter à l'adresse [kervella.margaux@gmail.com](mailto:kervella.margaux@gmail.com)

En vous remerciant par avance pour votre précieuse contribution, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Margaux Kervella

## Votre profil

1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat de Sage-Femme? \*

\_\_\_\_\_

2. Dans quel département de la région Pays de Loire exercez-vous? \*

*Une seule réponse possible.*

- 44 - Loire-Atlantique  
 49 - Maine-et-Loire  
 53 - Mayenne  
 72 - Sarthe  
 85 - Vendée

3. Vous êtes ... \*

*Une seule réponse possible.*

- Sage-femme hospitalière  
 Sage-femme en clinique  
 Sage-femme libérale  
 Sage-femme territoriale  
 Sage-femme coordinatrice / coordonnatrice  
 Autre : \_\_\_\_\_

4. Avez-vous reçues des informations concernant les recommandations émises en décembre 2016 par l'INCa concernant la prise en charge des frottis anormaux? (ex: Lettre d'information n°14 - Juin 2017 par Cap Santé 49, présentation lors de la Journée Angevine des Sages-Femmes, etc...)\*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

5. Réalisez-vous des consultations de suivi gynécologique de prévention? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non *Arrêtez de remplir ce formulaire.*

## Lecture et interprétation des résultats de cytologie cervico-utérine selon le système de Béthesda

6. Quelle est votre conduite à tenir devant une cytologie cervico-utérine inflammatoire chez une femme ménopausée ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réaliser une nouvelle cytologie rapidement
- Adresser la patiente à un médecin (traitant ou gynécologue) pour réalisation d'une nouvelle cytologie à 3 mois après traitement local
- Attendre la prochaine échéance dans le suivi de la patiente pour réaliser une nouvelle cytologie
- Autre : \_\_\_\_\_

7. Lorsque des cellules métaplasiques sont présentes sur une cytologie cervico-utérine, quelle est votre conduite à tenir ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réaliser une nouvelle cytologie rapidement
- Adresser la patiente à un gynécologue pour des explorations
- Attendre la prochaine échéance dans le suivi de la patiente pour réaliser une nouvelle cytologie
- Autre : \_\_\_\_\_

## Interprétation des cytologies cervico-utérines anormales

8. Vous recevez un résultat de frottis ASC-US chez une femme de 28 ans, quelle est votre conduite à tenir ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Cytologie de contrôle à 6 mois
- Réalisation d'un test HPV (par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame)
- Orientation vers un gynécologue pour colposcopie complétée si besoin d'une biopsie
- Réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67 réflexe si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide
- Autre : \_\_\_\_\_

9. Lorsque vous recevez un frottis ASC-H, quelle est votre conduite à tenir ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réalisation d'un test HPV (par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame)
- Orientation vers un gynécologue pour colposcopie complétée si besoin d'une biopsie
- Cytologie de contrôle à 6 mois
- Orientation vers un gynécologue pour la réalisation d'une conisation diagnostique
- Autre : \_\_\_\_\_

10. **Un résultat de frottis vous revient avec une lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), comment organisez-vous la suite de la prise en charge de votre patiente ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réalisation d'un double immunomarquage p16/Ki67 réflexe si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide
- Réalisation d'un test HPV (par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame)
- Cytologie de contrôle à 12 mois
- Orientation vers un gynécologue pour colposcopie complétée si besoin d'une biopsie
- Autre : \_\_\_\_\_

11. **Quelle sera votre conduite diagnostique pour une patiente de 39 ans ayant une cytologie cervico-utérine présentant une anomalie des cellules glandulaires (AGC) ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réalisation d'un test HPV (par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame)
- Cytologie de contrôle à 12 mois
- Orientation vers un gynécologue pour une exploration endo-utérine
- Orientation vers un gynécologue pour une colposcopie complétée d'un curetage endocervical
- Autre : \_\_\_\_\_

12. **Vous avez réalisé, chez une femme de 35 ans, un frottis dont le résultat vous parvient avec une lésion intra-épithéliale de haut grade (HSIL). Quelle est votre conduite à tenir diagnostique ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réalisation d'un test HPV (par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame)
- Orientation vers un gynécologue pour colposcopie complétée si besoin d'une biopsie
- Cytologie de contrôle à 12 mois
- Autre : \_\_\_\_\_

13. **Chez une femme enceinte, pour quelles anomalies cytologiques attendez-vous 2 à 3 mois de post-partum afin de réaliser une cytologie de contrôle ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- ASC-US
- ASC-H
- AGC
- LSIL
- HSIL

14. Lorsqu'un test HPV vous revient négatif, quelle est la conduite à tenir ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Cytologie de contrôle à 6 mois
- Cytologie de contrôle à 12 mois
- Cytologie de contrôle à 36 mois
- Autre : \_\_\_\_\_

15. Remarques:

---

---

---

Rapport-Gratuit.com

## Table des tableaux

**Tableau I :** Conduites à tenir lors de différentes lectures de FCU selon le système de Bethesda par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire » ..... 8

**Tableau II :** Conduite à tenir diagnostique devant des FCU comportant des anomalies des cellules malpighiennes par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire » ..... 9

**Tableau III :** Conduite à tenir diagnostique lors d'anomalies des cellules glandulaires ou de FCU anormal pendant la grossesse, par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire » ..... 10

**Tableau IV :** Conduite à tenir concernant le délai à attendre pour réaliser un nouveau FCU lorsqu'un test HPV est réalisé et négatif, par les sages-femmes dans le cadre de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente présentant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire » ..... 10

## Table des figures

**Figure I :** Diagramme de flux de l'étude « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente ayant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région des Pays de la Loire » réalisée du 17 octobre 2017 au 20 mars 2018 ..... 7

## RÉSUMÉ

**Titre :** « Conduite à tenir diagnostique devant une patiente ayant une cytologie cervico-utérine anormale : connaissances et raisonnement clinique des sages-femmes de la région Pays de la Loire »

**Contexte :** Le cancer invasif du col de l'utérus est le 11<sup>ème</sup> cancer féminin en France. Sa prévention repose sur la réalisation de frottis cervico-utérins tous les trois ans de 25 à 65 ans.

Les recommandations de prise en charge des frottis anormaux ont été actualisées par l'INCa en Décembre 2016, afin de limiter les conisations en excès et le surtraitement.

**Objectif :** Evaluer les connaissances des sages-femmes concernant la conduite à tenir diagnostique devant des frottis anormaux un an après la publication des recommandations par l'INCa.

**Matériel et méthode :** Etude quantitative, prospective, descriptive multicentrique, réalisée par auto-questionnaire en ligne auprès des sages-femmes des Pays de la Loire, du 17 Octobre 2017 au 20 Mars 2018.

**Résultats principaux :** 29/62 (46.8%) des sages-femmes se disaient non-informées des recommandations INCa 2016. Réalisation d'un test HPV pour 25/29 (86.2%) des sages-femmes informées lors d'un frottis ASC-US et attente de 2 à 3 mois de post-partum pour contrôler un frottis ASC-US pendant la grossesse selon 58/62 (93.5%) sages-femmes interrogées. 32/62 (51.6%) sages-femmes disaient attendre 36 mois entre un test HPV négatif et le prochain frottis

**Discussion :** Faible taux de participation à l'étude et recommandations encore peu connues des professionnels.

**Conclusion :** Importance de l'information auprès des professionnels, dans un contexte de généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au cours de l'année 2018.

**mots-clés :** cancer du col de l'utérus ; sages-femmes ; frottis cervico-utérin ; frottis anormaux ; Plan Cancer 2014-2019

## ABSTRACT

**Title:** "Diagnostic procedure for a woman with abnormal pap smear: knowledge and clinical reasoning of midwives in the Pays de la Loire region".

**Background:** Invasive cervical cancer is the eleventh female cancer in France. Its prevention is based on the realization of Pap smears every three years from 25 to 65 years.

Recommendations for management of abnormal smears were updated by INCa in December 2016 to limit excess conizations and overtreatment.

**Objective:** To measure midwives' knowledge of how to proceed in the diagnosis of abnormal smears one year after the publication of the recommendations by INCa.

**Material and method:** Quantitative, prospective, descriptive multicentric study, carried out by online self-questionnaire after midwives from Pays de la Loire, from October 17<sup>th</sup> 2017 to March 20<sup>th</sup> 2018.

**Main results:** 29/62 (46.8%) of midwives said they were not informed about the INCa 2016 recommendations. Performing an HPV test for 25/29 (86.2%) informed midwives for an ASC-US smear and waiting 2 to 3 months postpartum to test an ASC-US smear during pregnancy according to 58/62 (93.5%) midwives surveyed. 32/62 (51.6%) midwives reported waiting 36 months between a negative HPV test and the next Pap test

**Discussion:** Low participation rate in the study and recommendations still little known by professionals.

**Conclusion:** Importance of information to professionals, in a context of generalization of organized cervical cancer screening during the year 2018.

**keywords :** cervical cancer ; midwives ; Pap smear ; abnormal Pap smears ; the Cancer Plan 2014-2019