



HAL
open science

Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin pendant la grossesse

Léa Kervella

► **To cite this version:**

Léa Kervella. Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin pendant la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-03227189

HAL Id: dumas-03227189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03227189v1>

Submitted on 17 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

LÉA KERVELLA

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin pendant la grossesse

Soutenu le : 2018-09-19

Directeur de mémoire : Marie BOURDILLON, sage-femme enseignante

JURY

Mme Éléonore HÉRICHER, sage-femme et sage-femme enseignante, UVSQ

Mme Christine ETCHEMENDIGARAY, directrice du Département Maïeutique, UVSQ

Mr Paul BERVEILLER, PHU, CHI Poissy Saint-Germain-en-Laye

Numéro national d'étudiant : 21203198

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Marie Bourdillon, ma directrice de mémoire, pour son investissement, sa patience et sa disponibilité tout au long de la construction de ce mémoire.

Je souhaiterais également remercier Guénola Jourden, fidèle amie, pour ses relectures et conseils précieux, mais aussi pour m'avoir toujours encouragé durant notre formation.

Merci à François pour son soutien et son aide indispensable.

Merci à mes amies, déjà sages-femmes, futures sages-femmes et future médecin d'avoir été à mes côtés durant ces 4 années d'étude et de m'en laisser aujourd'hui ce si beau souvenir.

Enfin, merci à ma famille de m'avoir toujours soutenu et accompagné tout au long de mes études, me permettant bientôt de devenir sage-femme.

Table des matières

AVERTISSEMENT	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES ANNEXES	9
LEXIQUE	10
EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES CONCERNANT LA REALISATION DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL PAR FROTTIS CERVICO-UTERIN PENDANT LA GROSSESSE	11
PROFESSIONAL MIDWIFES PRACTICES ASSESSMENT CONCERNING CERVICAL CANCER SCREENING BY PAP SMEAR DURING PREGNANCY	13
INTRODUCTION	15
1 CONTEXTE	16
1.1 Cancer du col de l'utérus : définition et histologie	16
1.2 Un enjeu de santé publique	16
1.2.1 Epidémiologie	16

1.2.2	Un cancer évitable	17
1.3	Prévention du cancer du col de l'utérus en France	20
1.3.1	Prévention primaire : la vaccination anti-HPV	20
1.3.2	Prévention secondaire : le frottis cervico-utérin	21
1.4	La grossesse : un moment opportun pour le dépistage	23
1.4.1	Participation au suivi de grossesse versus gynécologique	23
1.4.2	Association lésions précancéreuses et grossesse	24
1.4.3	Réalisation du FCU pendant la grossesse	24
1.4.4	Dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse	27
2	MATERIEL ET METHODES	30
2.1	Hypothèses et objectifs	30
2.1.1	Evaluation des pratiques professionnelles	30
2.1.2	Le dépistage en pratique courante	30
2.2	Type d'étude	31
2.3	Outil méthodologique et déroulement de l'étude	31
2.4	Participants	31
2.5	Variables retenues	32
2.5.1	Vignettes cliniques	32
2.5.2	Informations complémentaires : réponse à l'objectif secondaire	36
2.5.3	Variables descriptives de la population	36
2.6	Stratégies d'analyse	37
2.7	Considérations éthiques et réglementaires	37
3	RESULTATS	39
3.1	Diagramme des flux et description de la population d'étude	39
3.2	Résultats de la vignette clinique 1 : dépistage d'une femme enceinte éligible	41
3.2.1	Résultats parmi l'ensemble des sages-femmes interrogées	41

3.2.2	Résultats parmi les sous-groupes constitués à 25 SA en l'absence de suivi gynécologique	42
3.3	Résultats de la vignette clinique 2 : respect du schéma de dépistage	44
3.3.1	Prise en charge du dépistage de la patiente de 22 ans	44
3.3.2	Respect du schéma de dépistage de la HAS	45
3.4	Résultats secondaires	47
3.4.1	Appréhensions des sages-femmes concernant le dépistage par FCU pendant la grossesse	47
3.4.2	Le dépistage en pratique courante	48
	DISCUSSION	52
3.5	Résumé des principaux résultats	52
3.6	Discussion des résultats	53
3.6.1	Respect des recommandations du dépistage pendant la grossesse et facteurs influençant la réalisation du FCU	53
3.6.2	Le dépistage dans la pratique courante	58
3.7	Les points forts	60
3.8	Les limites et biais	60
3.9	Implications et perspectives	61
4	CONCLUSION	64
	BIBLIOGRAPHIE	66
	ANNEXES	71
	Annexe I : Classification Bethesda 2014	71
	Annexe II: Arbres décisionnels - Conduite à tenir en cas de FCU anormal découvert pendant la grossesse (INCa 2017)	73
	Annexe III : Formulaire	74
	Annexe IV : Arrêté du 04/05/2018 – Dépistage organisé du CCU	80

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau descriptif de la population 40

Liste des figures

Figure 1: Diagramme des flux.....	39
Figure 2 : Prise en charge du dépistage par les sages-femmes en fonction des caractéristiques de la patiente	41
Figure 3 : Evolution des conduites tenues par les sages-femmes en fonction des caractéristiques de la patiente	43
Figure 4 : Prise en charge du dépistage et justifications selon la conduite tenue	45
Figure 5: Schéma de dépistage suivi par les sages-femmes.....	46
Figure 6 : Appréhensions des sages-femmes concernant le dépistage des femmes enceintes par FCU.....	47
Figure 7 : Motifs énoncés par les sages-femmes ayant répondu que le FCU était moins fiable pendant la grossesse	48
Figure 8 : Formations et ressources des sages-femmes à propos du dépistage du cancer du col par FCU.....	49
Figure 9 : Aisance dans la réalisation technique du FCU	49
Figure 10 : Fréquence de réalisation des FCU au cours des consultations prénatales	50

Liste des annexes

Annexe I : Classification Bethesda 2014	71
Annexe II: Arbres décisionnels - Conduite à tenir en cas de FCU anormal découvert pendant la grossesse (INCa 2017)	73
Annexe III : Formulaire	74
Annexe IV : Arrêté du 04/05/2018 – Dépistage organisé du CCU	80

Lexique

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

INCa : Institut National du Cancer

SA : Semaine d'Aménorrhée

VPN : Visite Post-Natale

Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant la réalisation du dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin pendant la grossesse

Objectifs

Les consultations prénatales peuvent être l'occasion d'augmenter la couverture du dépistage du cancer du col (CCU) par frottis cervico-utérin (FCU) en rattrapant les femmes encore insuffisamment dépistées, notamment par défaut de suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse. Ceci constitue un véritable enjeu pour les sages-femmes, particulièrement sollicitées pour le suivi de grossesse.

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse, en prenant pour référence les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2013. L'objectif secondaire était d'approcher la pratique courante des sages-femmes et de mettre en évidence leurs éventuelles appréhensions et leur aisance dans la pratique du dépistage des femmes enceintes.

Matériel et méthodes

Une étude descriptive par questionnaire en ligne auprès des sages-femmes exerçant des consultations prénatales en Île-de-France, en ville ou à l'hôpital, a été réalisée de février à mai 2018. Ce formulaire comprenait deux vignettes cliniques suivies de questions ciblant la pratique courante du dépistage par les sages-femmes. Deux-cents-soixante-treize réponses ont été retenues pour l'analyse.

Résultats

Une majorité des sages-femmes (69%) ne réalise pas le dépistage du CCU par FCU aux femmes enceintes éligibles, notamment à celles ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse. Seuls 40% des sages-femmes respectent le schéma de dépistage complet préconisé par la HAS lorsqu'elles réalisent un FCU pendant la grossesse soit : le premier FCU à 25 ans, le second à 26 ans puis tous les 3 ans à condition que les deux premiers soient normaux.

Conclusion

Il existe de grandes variations dans les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant la réalisation du dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse. Le dépistage organisé sera sûrement l'occasion d'améliorer et d'uniformiser ces pratiques en rappelant les recommandations et en sensibilisant davantage professionnels de santé et grand public à la problématique du CCU et à ses moyens de prévention.

Mots-clés : cancer du col de l'utérus ; dépistage ; frottis cervico-utérin ; évaluation des pratiques professionnelles ; sages-femmes

Professional midwives practices assessment concerning cervical cancer screening by Pap smear during pregnancy

Objective

Prenatal care can be the opportunity to increase the coverage of cervical cancer screening by cervical Pap smear in screening the women which are not screened enough, especially because of a lack of regular gynecological follow-up. This is an important issue for the midwives, which are particularly requested to carry out pregnancy follow-up.

The first aim of this study was to realize an assessment of professional midwives practices concerning cervical cancer screening by Pap smear during pregnancy, by using HAS 2013 guidelines as reference.

The second aim was to describe current midwives practices and highlight their possible apprehensions and their ease in the practice of screening pregnant women.

Methods

A descriptive study by online survey distributed to prenatal care midwives, practicing in the hospital or out-patient sectors, was conducted from February to May 2018. This form included two clinical vignettes following by questions about the current midwives screening practices. Two hundred and seventy-three answers were included for analysis.

Results

In this study, a majority of midwives (69%) didn't realize the cervical cancer screening by Pap smear for eligible women, according to the guidelines. Only 40% of midwives respected the full screening scheme of HAS guidelines when they performed a Pap

test to a pregnant woman: the first at 25, the second at 26 and the following every three years if the first two are normal.

Conclusion

There are many variations in professional midwives practices regarding cervical cancer screening by Pap test in pregnant women. The screening organized nationally will surely be the opportunity to improve and standardized these practices. This will remind the guidelines and raise awareness among professionals and the population about the problem of cervical cancer and its means of prevention.

Keywords: cervical cancer; screening; Pap smear; professional practices assessment; midwives

Introduction

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est un cancer induit par une infection virale persistante à une ou plusieurs souches d'HPV (Human Papillomavirus) à haut risque oncogène, transmise par voie sexuelle. L'évolution vers le cancer est lente et passe d'abord par l'apparition de lésions précancéreuses. (1) Un outil de dépistage efficace de ces lésions, le Frottis Cervico-Utérin (FCU), a permis de réduire considérablement l'incidence et la mortalité du CCU. En France, la HAS recommande le dépistage du CCU par FCU pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, avec deux premiers FCU réalisés à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans. (2) Depuis les années 2000, ce dépistage connaît néanmoins ses limites. En effet, 40% des femmes sont encore insuffisamment dépistées, conduisant à un ralentissement de la réduction de l'incidence et de la mortalité du CCU. (3,4)

Parallèlement, le FCU a démontré son innocuité sur la grossesse qui s'est donc avérée être un moment opportun pour rattraper les femmes passées au travers des mailles du dépistage et ainsi augmenter la couverture de ce dernier. (5,6) Bien qu'il persiste des interrogations autour de la fiabilité des résultats du FCU pendant la grossesse dans la littérature, la HAS recommande, depuis 2013, de profiter des consultations prénatales pour réaliser le dépistage des femmes enceintes ayant un FCU ancien (> 3 ans), et en particulier de celles ne bénéficiant pas d'un suivi médical ou gynécologique régulier en dehors de la grossesse. (2)

Ceci constitue un réel enjeu pour les sages-femmes, deuxième professionnel de santé consulté par les femmes pour leur suivi de grossesse. (7) Nous avons donc cherché à évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes par rapport aux recommandations de la HAS concernant le dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse. Puis, nous avons souhaité approcher leur pratique courante et mettre en évidence leurs éventuelles appréhensions et leur aisance vis-à-vis du dépistage de la femme enceinte par FCU.

1 Contexte

1.1 Cancer du col de l'utérus : définition et histologie

La majorité des cancers du col de l'utérus sont des carcinomes, soit épidermoïdes (80 à 90% des cas), c'est-à-dire prenant source dans l'épithélium malpighien de l'exocol, soit des adénocarcinomes, se développant à partir de l'épithélium cylindrique de l'endocol (10 à 20%). Il existe également d'autres tumeurs du col non épithéliales et bien plus rares, telles que les sarcomes, mélanomes, lymphomes et tumeurs secondaires. (1)

Celles-ci ne sont pas concernées par les postulats qui suivent et « cancer du col de l'utérus » ou « CCU » ne désignera par la suite que les carcinomes.

1.2 Un enjeu de santé publique

1.2.1 Epidémiologie

1.2.1.1 Dans le monde

Le CCU est le quatrième cancer de la femme dans le monde et le 7^{ème} cancer tous confondus, avec près de 528 000 nouveaux cas estimés en 2012 et 266 000 décès, soit 7,5% des décès par cancer chez la femme.

Son incidence varie grandement à travers le monde, les régions les plus touchées étant les moins développées : Afrique du Sud, du Nord, Afrique Centrale et Mélanésie, avec des taux d'incidence standardisés à la population mondiale supérieurs à 30 pour 100 000 en 2012. A l'inverse, ces taux sont les plus faibles dans des régions telles que l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Asie de l'Ouest, avec des taux compris entre 4 et 5 pour 100 000.

Les mêmes disparités sont observées en terme de mortalité, 9 décès par CCU sur 10 ayant eu lieu dans les régions les moins développées en 2012.(8)

1.2.1.2 En France

En France, le CCU se situe au 11^{ème} rang des cancers féminins avec 2835 nouveaux cas estimés en 2017, soit une incidence standardisée à 6 pour 100 000, inférieure à l'incidence moyenne européenne (11.4/100 000). (2) Il a été responsable d'environ 1100 décès en 2017, en faisant le 12^{ème} cancer le plus meurtrier de France. (9)

Et bien que les taux de mortalité et d'incidence aient fortement diminué entre 1980 et 2012, on observe un ralentissement de cette tendance depuis les années 2000 avec une baisse de 1.2% par an du taux d'incidence standardisé entre 2000 et 2012 contre 2.5% entre 1980 et 2000 et une baisse de la mortalité de 2% par an entre 2005 et 2012 contre 3,2% entre 1980 et 2005.(4)

D'autre part, le CCU reste le deuxième cancer de la femme jeune de moins de 45 ans, derrière le cancer du sein, avec plus de trois quarts des cancers survenant avant 49 ans. (1,4)

Le CCU constitue donc un véritable enjeu de santé publique, à la fois à l'échelle mondiale et nationale, notamment par son histoire naturelle particulière qui en fait un cancer évitable.

1.2.2 Un cancer évitable

1.2.2.1 Caractère viro-induit

Le CCU est le premier à avoir été reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant attribuable, dans près de 100% des cas, à une infection virale persistante à une ou plusieurs souches dites à haut risque oncogène d'HPV (Human Papillomavirus). En effet, la persistance de cette infection est retrouvée dans près de

97% des cas de cancer invasif du col utérin, en faisant une condition nécessaire, mais non suffisante, à son développement. (10)

Les HPV appartiennent à la famille des *Papillomaviridae* et comptent plus de 150 génotypes différents dont 40 à tropisme ano-génital. Parmi ces derniers, on distingue classiquement les HPV à bas risque oncogène, dont les HPV 6 et 11, responsables des condylomes acuminés ano-génitaux, des HPV à haut risque oncogène. Ceux-ci sont une quinzaine et les plus communément retrouvés dans le cancer invasif du col en France sont, par ordre décroissant de fréquence, les HPV 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52 et 58. Les HPV 16 et 18 sont impliqués à eux seuls dans près de 82% des cas de cancer du col.(1,11,12)

Les HPV à haut risque oncogène peuvent également être à l'origine d'autres cancers tels que le cancer du vagin, du pénis, de la vulve ou de l'oropharynx. (1)

L'infection à HPV représente la première infection sexuellement transmissible puisqu'on estime que 80% des personnes ayant des rapports sexuels seront exposés, au moins une fois dans leur vie, à un HPV, et particulièrement les femmes de moins de 30 ans. (12–14) Par ailleurs, le préservatif ne protège que partiellement de cette infection. (1,10)

1.2.2.2 Lésions précancéreuses et lenteur du processus de carcinogénèse

L'infection par une ou plusieurs souches d'HPV est majoritairement asymptomatique, transitoire et spontanément résolutive, puisque la clairance virale à 12 mois est de 70% et celle à 24 mois de 90%.(1) Néanmoins, cette infection persiste chez 1 femme sur 5 et peut conduire à la formation de lésions de néoplasies cervicales intra-épithéliales de bas ou haut grades, réparties selon la classification Bethesda 2014 (visible en annexe I). Le diagnostic de ces lésions précancéreuses se fait par analyse histologique d'une biopsie cervicale réalisée sous colposcopie. Cet examen consiste en une double coloration du col à l'acide acétique et au lugol,

mettant en évidence les néoplasies cervicales acidophiles et iodonégatives, et guidant ainsi la biopsie. (1)

A chaque type de lésion précancéreuse correspondent des probabilités de régression, persistance, progression ou invasion. La probabilité de clairance virale diminue à mesure que l'infection persiste. Or, deux facteurs de risque de persistance de l'HPV ont été clairement identifiés avec en premier lieu l'immunosuppression suivie du type d'HPV en cause, l'HPV 16 ayant par exemple la plus forte probabilité de persistance.(12,15) D'autres facteurs semblent également avoir un effet : les comportements sexuels (âge aux premiers rapports et multiplicité des partenaires), l'utilisation d'une contraception hormonale, le tabagisme et la co-infection à Chlamydiae Trachomatis. (14,16)

Plus l'infection persiste et plus il y a de risque d'évolution vers des lésions néoplasiques de haut grade et par conséquent vers le cancer. Le CCU est néanmoins un cancer d'évolution lente puisque qu'un délai d'environ 20 ans sépare l'apparition des lésions précancéreuses et le pic d'incidence du cancer. (17)

C'est ce délai qui permet la prise en charge des lésions précancéreuses avant qu'elles n'évoluent.

1.2.2.3 Traitement des lésions précancéreuses

Différents moyens thérapeutiques existent en fonction du type et des caractéristiques des lésions histologiques : traitements dits destructeurs, comme la vaporisation laser ou techniques de résection, notamment la conisation chirurgicale à l'anse diathermique. (1)

C'est donc le caractère viro-induit du CCU, l'existence de lésions précancéreuses et la possibilité de les traiter qui font de ce cancer un cancer évitable et par conséquent un bon candidat à la prévention et au dépistage.

1.3 Prévention du cancer du col de l'utérus en France

1.3.1 Prévention primaire : la vaccination anti-HPV

1.3.1.1 Principes

La découverte du lien inextricable entre HPV et CCU ainsi que la connaissance de l'histoire naturelle de l'infection à HPV ont permis le développement de deux vaccins prophylactiques recombinants, contenant des virus-like-particles à fort pouvoir immunogène. Il s'agit de Cervarix®, vaccin bivalent ne ciblant que les HPV 16 et 18, et de Gardasil®, vaccin quadrivalent ciblant également les HPV 6 et 11.

Les essais cliniques randomisés ont démontré l'efficacité de près de 100% de ces vaccins contre les infections à HPV ciblées ainsi que sur le développement des lésions précancéreuses. Ils assurent également une protection croisée efficace contre d'autres HPV à haut risque oncogène tels que les HPV 31, 33 et 45. (18)

1.3.1.2 Recommandations

Ces vaccins sont donc recommandés par le Haut Conseil de Santé Public depuis 2009 et les schémas vaccinaux de 2018 recommandent la vaccination de toutes les jeunes filles, de 11 à 14 ans révolus, par deux doses espacées de 6 mois. Dans le cadre du rattrapage vaccinal peuvent également être vaccinées les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus, par 3 doses à 0, 2 et 6 mois.

La HAS a également rendu un avis favorable pour la mise sur le marché de Gardasil9®, un vaccin nonavalent incluant cinq types d'HPV supplémentaires (31, 33, 45, 52 et 58) mais encore indisponible en France. Il constituera néanmoins le vaccin à réaliser en première intention chez la jeune fille, une fois disponible.

La HAS rappelle cependant que la vaccination ne se substitue pas au dépistage par FCU qui doit être débuté à partir de 25 ans, que la femme ait été

vaccinée ou non. Ceci est notamment lié au fait que ces vaccins ne couvrent pas la totalité des HPV à haut risque oncogène. (19,20)

1.3.2 Prévention secondaire : le frottis cervico-utérin

1.3.2.1 Principes

Le FCU reste aujourd'hui l'outil de dépistage primaire du CCU, qu'il soit épidermoïde ou malpighien.

Il s'agit d'un prélèvement cytologique réalisé au niveau de la zone de jonction pavimento-cylindrique du col, zone de remaniement épithélial où près de 90% des lésions précancéreuses se développent. Ce prélèvement est ensuite analysé en vue de dépister des anomalies cellulaires pouvant évoquer ce type de lésions, voire un cancer. (1)

Il est réalisé par des professionnels de santé spécifiquement formés, à savoir : les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes. Ces dernières peuvent le réaliser aussi bien au cours de la grossesse que lors du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception, ces compétences ayant été ajoutées au code de la profession en 2009. (21)

La classification des lésions se fait selon le système Bethesda 2014 et le FCU est dit interprétable lorsque les deux types de cellules, endo et exocervicales ont été recueillies et sont analysables. (1)

Bien qu'une méta-analyse de 1995 ait montré une sensibilité du test comprise entre 11 et 97% et une spécificité entre 14 et 97%, ces variations sont surtout liées aux problèmes de qualité des prélèvements analysés et le FCU reste un très bon outil de dépistage puisque sa force réside aussi principalement dans sa répétition.(22)

1.3.2.2 Recommandations de la HAS

La HAS recommande depuis 2010 la réalisation du premier FCU à 25 ans si la femme n'a pas subi d'hystérectomie totale et que les rapports sexuels sont débutés, suivi d'un contrôle à un an puis tous les trois ans jusqu'à 65 ans, à condition que les résultats de chaque FCU soient normaux.(2)

Il n'est pas nécessaire de débiter le dépistage par FCU avant cet âge car, bien le taux d'infection à HPV soit élevé chez les femmes de moins de 25 ans, la clairance virale est également maximale. En effet, l'essai clinique contrôlé randomisé PATRICIA de 2013, ayant inclus 4825 femmes de 15 à 25 ans, a montré une clairance virale à 12 mois de près de 80%. (23) Par ailleurs, une revue de la littérature de 2016 a montré que les anomalies cytologiques dépistées dans cette population correspondaient le plus souvent à des lésions histologiques de bas grade, destinées majoritairement à disparaître spontanément. (13) Un FCU réalisé trop précocement pourrait donc conduire à des examens complémentaires et traitements invasifs, non sans conséquence sur l'avenir obstétrical des patientes. Une méta-analyse de 2008 a ainsi démontré une augmentation significative du risque d'accouchement prématuré (multiplié par 1.7 à 2) et de faible poids de naissance (multiplié par 1.8 à 2) à la suite d'une conisation, de même qu'une multiplication par presque 3 du risque de césarienne en cas de conisation chirurgicale.(24)

1.3.2.3 Résultats et limites

Le dépistage par FCU a fait la preuve de son efficacité à travers le monde en réduisant considérablement l'incidence et la mortalité du CCU depuis 1980. Néanmoins, comme vu précédemment, la tendance française actuelle est à la stagnation. (4) (25)

Ceci s'explique notamment par un défaut de couverture du dépistage par FCU. En effet, 40% des femmes ciblées restent encore non ou insuffisamment dépistées. Actuellement, le dépistage repose majoritairement sur les gynécologues qui sont les premiers professionnels de santé sollicités et connus des femmes pour réaliser le FCU. Or, leur densité médicale est en déclin, compliquant l'accès, à la fois

géographique en en terme de délai, au dépistage. A cette problématique d'accès aux soins vient s'ajouter le fait qu'une grande partie des femmes sous-participantes correspond aussi à celles ayant le moins recours au système de santé, et notamment concernant le suivi gynécologique. Il a aussi été démontré qu'un manque d'information à propos du CCU, de son lien avec l'HPV et donc du rôle du FCU dans sa prévention diminuait la participation au dépistage.

A l'inverse, certaines femmes sont dites « surdépistées », c'est-à-dire incluses dans le dépistage avant 25 ans et/ou dépistées à un rythme plus fréquent que celui recommandé par la HAS. (3,26) Dans l'enquête du Baromètre Cancer de 2010, seules 8% des femmes déclarent en effet réaliser un FCU tous les 3 ans alors qu'elles sont 36 et 41% à déclarer respectivement en faire un tous les ans ou tous les deux ans. (27)

Ceci souligne l'importance de l'implication de l'ensemble des professionnels de santé habilités à réaliser le FCU, dans le dépistage. Les consultations prénatales peuvent notamment constituer un bon moment pour dépister les femmes ne l'ayant pas été en dehors de la grossesse par défaut de suivi gynécologique, et ainsi augmenter la couverture du dépistage.

1.4 La grossesse : un moment opportun pour le dépistage

1.4.1 Participation au suivi de grossesse versus gynécologique

La France est l'un des pays européens les plus féconds, avec 798 900 naissances et 1.96 enfants par femme en 2015, soit un indice de fécondité supérieur à la moyenne européenne (1.58). (28,29) Or les femmes françaises ont tendance à faire suivre régulièrement leur grossesse puisque la dernière Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 rapporte que 92% des accouchées avaient réalisé au minimum les 7 examens prénataux obligatoires, la moyenne du nombre de consultations au cours d'une grossesse étant même de 10. (7)

Les femmes sont ainsi plus compliantes au suivi de grossesse qu'au suivi gynécologique, encore absent chez une femme sur 5 en 2011. (30) Et bien que le suivi de grossesse puisse sensibiliser les femmes à l'importance d'un suivi gynécologique en dehors, le taux de perdues de vue dès la visite post-natale (VPN) reste important : de 6 à 33%, et même 80% dans une étude menée au CHU de Nantes en 2012. (5,31,32)

La grossesse constitue donc la période où les femmes en âge de procréer, et par conséquent ciblées par le dépistage, sont le plus en contact avec les différents professionnels de santé habilités à réaliser le FCU. Elle apparaît donc comme le moment idéal pour rattraper les femmes passées au travers des mailles du dépistage par défaut de suivi gynécologique en dehors de la grossesse.

1.4.2 Association lésions précancéreuses et grossesse

De plus, le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens (CNGOF) rappelle que, si les lésions précancéreuses du CCU sont majoritairement observées entre 30 et 35 ans, cette tranche d'âge est aussi celle de survenue maximum des grossesses, l'âge moyen à la maternité étant de 30.4 ans en 2015. (25,33) Ainsi, l'association entre les deux est forte : 1 femme enceinte sur 100 présente une lésion précancéreuse. Le CCU est l'une des pathologies malignes les plus diagnostiquées pendant la grossesse, même si son incidence reste faible : 1 grossesse sur 10 000. (25,34,35)

Ce constat vient donc renforcer l'intérêt de réaliser le FCU lors des consultations prénatales.

1.4.3 Réalisation du FCU pendant la grossesse

1.4.3.1 Technique et innocuité

La littérature précise que la réalisation pratique du FCU n'est pas altérée par l'état gravide mais serait même facilitée, jusqu'à 22 semaines d'aménorrhées (SA), par l'éversion naturelle du col utérin, rendant la zone de jonction endocol-exocol plus

accessible au prélèvement. Certains parlent d'« ectropion physiologique de la grossesse ».(34,35) D'autre part, le FCU a fait la preuve de son innocuité et ne présente donc pas de risque pour la grossesse. (5,6)

Ces modifications du col liées à la grossesse peuvent néanmoins avoir des conséquences dans l'analyse des résultats du FCU pendant la grossesse.

1.4.3.2 Fiabilité des résultats

Ces modifications physiologiques du col, à l'origine d'une hyperplasie des glandes endocervicales, sont responsables d'une augmentation du nombre de FCU inflammatoires pendant la grossesse.

Par ailleurs, les cellules endocervicales ainsi modifiées ont un cytoplasme hypervacuolé et un nucléole bien visible, pouvant évoquer à tort une lésion de haut grade à l'analyse cytologique. Il en est de même pour les cellules déciduales dégénérantes ou les cellules trophoblastiques provenant de la cavité utérine. (34–38) En ce sens, plusieurs études mettent en évidence un taux de faux positifs légèrement augmenté lorsque le FCU est réalisé pendant la grossesse, sans qu'aucune ne conclue à une différence significative de ce taux. Elles invitent néanmoins à la prudence lors de l'analyse des résultats d'un FCU réalisé chez une femme enceinte et rappellent l'importance de communiquer au cytologiste les conditions du prélèvement. (36,39,40) Une étude de cohorte publiée en avril 2017 recommande tout de même de repousser, autant que possible, la réalisation du FCU à la VPN. (40)

A l'inverse, de très nombreuses études concluent à l'absence de différence significative dans la concordance cyto-histologique d'un FCU réalisé pendant ou en dehors de la grossesse. C'est notamment le cas de deux études de cohorte de 2002, reprises dans la revue de la littérature faite par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2016. (41,42) Trois autres études ont mis en évidence des taux de concordance cyto-histologique du FCU chez la femme enceinte allant de 50 à 82%, soient

superposables aux taux retrouvés dans la littérature concernant les FCU réalisés en dehors de la grossesse. (43–45)

Ainsi, la majorité des études voit dans les consultations prénatales l'opportunité de dépister une population pas ou peu suivie sur le plan gynécologique et les recommandations vont dans ce sens. Une revue systématique française de 2008 ajoute que l'idéal est de réaliser le FCU en début de grossesse de manière à ce que la prise en charge ne soit pas gênée par son avancée en cas de résultat positif. (34) Néanmoins, les dernières recommandations concernant la conduite à tenir en cas de FCU anormal découvert pendant la grossesse ne préconisent, de toute façon, qu'une simple surveillance par des moyens non invasifs. La prise en charge des lésions, si elle doit avoir lieu, ne se fait qu'en post-partum (sauf lésions invasives).

1.4.3.3 Conduite à tenir devant un FCU anormal pendant la grossesse

La majorité des cytologies ASC-US et LSIL régressent pendant la grossesse (60%) et moins de 10% progressent vers des lésions de haut grade. De la même manière, le risque de progression des lésions de haut grade vers des lésions invasives est exceptionnel pendant la grossesse : inférieur à 1%. Ces constats ont permis à l'INCa, dans ses dernières recommandations de 2016 sur la conduite à tenir en cas de cytologie anormale, de préconiser la réalisation d'un contrôle par FCU dans les deux à 3 mois après l'accouchement en cas de résultat ASC-US ou LSIL en cours de grossesse et d'une colposcopie immédiate en cas de résultat ASC-H, AGC ou HSIL. (46) Les arbres décisionnels sont visibles en annexe II.

Les conduites à tenir en cas de FCU anormal vont donc dans le sens d'une simple surveillance pendant la grossesse, qui plus est par des moyens non invasifs. La prise en charge est différée autant que possible en post-partum, de manière à préserver au maximum la grossesse.

1.4.4 Dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse

1.4.4.1 Recommandations du CNGOF

Les recommandations du CNGOF, bien qu'anciennes (2007), stipulent que la fiabilité du FCU pendant la grossesse est similaire à celle d'un FCU réalisé en dehors et préconise donc de « profiter des consultations prénatales, pratiquées chez toutes les femmes, de tous les milieux, pour effectuer des frottis s'ils ont été réalisés il y a plus de deux ans » avec un niveau de preuve classé NP2. Et ajoute en conclusion : « Il faut réaliser des frottis lors des consultations prénatales », avec cette fois un niveau de preuve de grade A. Aucune notion de terme limite n'est évoquée pour la réalisation du FCU pendant la grossesse.(25)

1.4.4.2 Recommandations de la HAS

La HAS a, quant à elle, dans l'actualisation du référentiel de pratique de l'examen périodique de santé datant de 2013, considéré la grossesse comme une période non idéale pour réaliser le FCU au vu du risque de faux positifs, en particulier au-delà de la 14^{ème} semaine de grossesse. Elle précise néanmoins qu'en accord avec l'arrêté du 3 février 2010, le FCU doit être proposé lors du premier examen prénatal « à toutes les femmes et spécialement aux femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse ». Par « toutes les femmes », elle entend tout de même celles entrant dans les critères de dépistage, c'est-à-dire ayant plus de 25 ans, et n'ayant pas eu deux FCU normaux à un an d'intervalle ou pas eu de FCU dans les 3 années précédentes.

Elle nuance son propos en précisant que si la femme a plus de 25 ans et qu'il y a « peu de chance qu'elle vienne reconsulter après l'accouchement », il faut lui proposer de réaliser le FCU seulement « si possible avant la 14^{ème} semaine ». Elle ajoute, dans la partie sur les conditions de réinclusion dans le dépistage d'une femme enceinte ou venant d'accoucher : « A une femme enceinte de moins de 14 semaines, qui n'a pas de suivi médical régulier et qui n'a pas eu de FCU de

dépistage dans les 3 ans qui précèdent, un frottis sera proposé bien que le risque de faux positif soit majoré après la 14^{ème} semaine de grossesse ».

En dehors de cette situation, si le FCU n'a pas pu être proposé au premier examen prénatal ou avant la 14^{ème} semaine, « il sera proposé lors de l'examen postnatal dans les 8 semaines après l'accouchement ». (3)

Il semble pourtant que ces recommandations concernant le dépistage des femmes enceintes par FCU ne soient pas complètement appliquées en pratique courante.

1.4.4.3 Etat des lieux du dépistage des femmes enceintes et rôle de la sage-femme

Une étude de cohorte bicentrique rétrospective menée dans deux CHU marseillais auprès de 300 patientes en 2014 a analysé la pratique du dépistage par FCU pendant la grossesse, par rapport aux recommandations de la HAS de 2013. Elle a conclu à une non application de ces recommandations lors du suivi obstétrical. En effet, une majorité des femmes dépistées étaient non éligibles: 21.3% avaient moins de 25 ans et 66.7% un dernier FCU normal datant de moins de 3 ans.

Bien que le fait d'avoir un dernier FCU datant de plus de 3 ans augmentait significativement la probabilité d'en avoir un pendant la grossesse, le dépistage restait insuffisant. En effet, seuls 26.9% des femmes éligibles ayant un dernier FCU ancien avaient bénéficié du dépistage. Par ailleurs, la quasi-totalité de la population d'étude avait fait suivre régulièrement sa grossesse, rendant ce défaut de dépistage imputable au professionnel de santé, qui n'avait pas toujours profité des consultations prénatales pour dépister les femmes éligibles. Dans cette étude, le suivi de grossesse avait été réalisé par les 3 professionnels de santé en ayant la compétence (gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes). (47)

On pourrait penser que les sages-femmes, ayant notamment acquis de nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception en 2009, soient sensibilisées aux recommandations du dépistage par

FCU. Elles ont un véritable rôle à jouer dans le dépistage des femmes enceintes, d'autant qu'il s'agit du deuxième professionnel de santé consulté pendant la grossesse. En effet, 40.7% des accouchées rapportent dans l'ENP de 2016 avoir consulté au moins une fois une sage-femme de maternité au cours de leur grossesse et 25.5% une sage-femme libérale. (7) Au vu de la démographie médicale actuelle, ces chiffres seront probablement amenés à augmenter.

Il semble donc pertinent de s'intéresser spécifiquement aux pratiques professionnelles des sages-femmes. Nous pouvons ainsi nous demander s'il existe une variation des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant la réalisation du dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse par rapport aux recommandations de la HAS de 2013 ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Hypothèses et objectifs

2.1.1 Evaluation des pratiques professionnelles

L'objectif principal de l'étude était d'effectuer une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des sages-femmes concernant la réalisation du dépistage du CCU par FCU, pendant la grossesse. La pratique de référence pour cette EPP s'appuie sur la dernière actualisation des recommandations de la HAS de 2013, à propos du dépistage et de la prévention du CCU.(2)

Pour mener cette EPP, deux hypothèses ont été retenues :

- Les sages-femmes ne réalisent pas toujours le dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse bien que les femmes soient éligibles selon les recommandations, et notamment aux patientes de plus de 14 semaines de grossesse n'ayant pas de suivi gynécologique régulier en dehors.
- Lorsque les sages-femmes réalisent un FCU pendant la grossesse, elles respectent le schéma de dépistage du CCU tel qu'il est recommandé:
 - Premier FCU à 25 ans
 - Le deuxième un an plus tard
 - Puis FCU tous les 3 ans après deux premiers FCU normaux, réalisés à un an d'intervalle

2.1.2 Le dépistage en pratique courante

L'objectif secondaire de cette étude était d'approcher la pratique courante des sages-femmes et de comprendre leur aisance et/ou éventuelles appréhensions concernant le dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse.

2.2 Type d'étude

Afin de répondre à ces objectifs, une étude descriptive par questionnaire en ligne, à destination des sages-femmes hospitalières et libérales réalisant des consultations prénatales, a été menée.

2.3 Outil méthodologique et déroulement de l'étude

Ce questionnaire a été formalisé via l'outil Google Forms, qui permettait également de collecter les données des questionnaires complétés.

La première partie était constituée de deux vignettes cliniques construites de manière à répondre respectivement aux hypothèses 1 et 2. Une deuxième partie, faite de questions fermées, permettait à la fois de décrire la population étudiée et de répondre à l'objectif secondaire de l'étude.

Ce questionnaire avait préalablement été testé auprès d'une dizaine de personnes sur une période de quinze jours, incluant des sages-femmes de l'équipe enseignante du département maïeutique de l'Institut des Sciences de la Santé Simone Veil, à Saint-Quentin en Yvelines ainsi que des collègues étudiantes sages-femmes en dernière année.

Il a été diffusé par voie électronique fin février et le lien est resté accessible jusqu'à fin mai 2018.

2.4 Participants

La population cible était celle des sages-femmes des 8 départements d'Ile-de-France, réalisant des consultations prénatales en hôpital public ou en milieu libéral. La diffusion du questionnaire auprès de cette population s'est faite par le biais d'un mail contenant l'URL du questionnaire en ligne. Les adresses mails des sages-femmes libérales ont été directement recueillies via l'annuaire disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. En ce qui concerne les sages-femmes hospitalières, le mail a été envoyé aux cadres des services de consultations

prénatales de l'ensemble des hôpitaux publics d'Ile-de-France, qui l'ont ensuite transmis aux sages-femmes concernées.

Les deux premières questions du formulaire permettaient de sélectionner la population d'étude et ainsi d'exclure les autres professionnels de santé ainsi que les sages-femmes ne réalisant pas de suivi prénatal.

2.5 Variables retenues

2.5.1 Vignettes cliniques

Ce questionnaire était composé d'une première partie faite de deux vignettes cliniques, c'est-à-dire de situations cliniques que les sages-femmes auraient pu rencontrer dans l'exercice courant de leur profession. Elles permettent de recueillir des réponses au plus proche de la pratique réelle et constituent un outil validé d'évaluation des pratiques professionnelles. (48,49)

2.5.1.1 Vignette clinique 1 : dépistage d'une femme éligible

La première vignette clinique, visible dans l'annexe III, testait l'hypothèse 1 qui était que les sages-femmes ne réalisent pas toujours le dépistage du CCU par FCU aux femmes enceintes bien qu'elles soient éligibles selon les recommandations de la HAS, et en particulier à celles à plus de 14 semaines de grossesse n'ayant pas de suivi gynécologique régulier en dehors.

Pour rappel, les femmes enceintes éligibles d'après les recommandations de la HAS doivent avoir :

- Plus de 25 ans
- Un dernier FCU ancien, soit datant de plus de 3 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle

Une nuance est émise quant au terme de réalisation du FCU :

- Avant 14 semaines de grossesse pour toutes les femmes éligibles
- Seulement « si possible avant la 14^{ème} semaine » pour celles qui n'ont « pas de suivi médical régulier » ou pour qui il y a « peu de chance qu'elles viennent reconsulter après l'accouchement » (2)

Pour répondre à cette hypothèse, la première vignette clinique présentait le cas d'une femme éligible au dépistage, venant consulter pour son suivi de grossesse. Elle avait les caractéristiques suivantes :

- Plus de 25 ans
- Un suivi de grossesse irrégulier
- Jamais eu de FCU
- A un terme supérieur à 14 semaines de grossesse mais sans suivi gynécologique en dehors de la grossesse

Le but était de déterminer, via une question fermée à choix unique, la prise en charge concernant le dépistage du CCU par FCU lors de cette consultation. Les sages-femmes avaient le choix entre 4 possibilités :

- Réaliser le FCU lors de la consultation
- Proposer de réaliser le FCU à la visite post-natale (VPN)
- Adresser la patiente à un confrère pour la prise en charge du dépistage
- Ne pas aborder le sujet du dépistage du CCU lors de la consultation

Au vu de l'absence de FCU chez cette patiente de 26 ans et de suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse, cette femme entrait dans le groupe de celles pour qui il existe « peu de chance qu'elle vienne reconsulter après l'accouchement ». Ceci était renforcé par l'irrégularité de son suivi de grossesse.

Ainsi, la réponse attendue, selon les recommandations, était de proposer à la patiente de réaliser le FCU immédiatement lors de cette consultation, et ce bien qu'elle soit à un terme supérieur à 14 semaines de grossesse.

Puis, en changeant le terme de la grossesse et la régularité du suivi gynécologique de cette même patiente, la vignette cherchait à observer des variations de pratiques. L'intérêt était aussi d'évaluer l'impact de ces deux facteurs, pris en compte dans les recommandations de la HAS, dans la prise en charge du dépistage par les sages-femmes.

En venant consulter à 10 semaines d'aménorrhées (SA), cette patiente était encore éligible au dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse et la réponse attendue était donc de lui proposer de réaliser le FCU lors de cette consultation.

A l'inverse, en rendant son suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse, cette patiente n'était plus éligible au dépistage car son terme était supérieur aux 14 semaines de grossesse recommandées. Ainsi, la réponse attendue était de lui proposer de réaliser le FCU à la VPN.

Les sages-femmes indiquant changer de prise en charge à un terme inférieur à 14 semaines de grossesse ou lorsque le suivi gynécologique était régulier, avaient accès à une section supplémentaire avec de nouveaux les 4 propositions de conduite.

A chaque question fermée s'ajoutait aussi la possibilité, pour les sages-femmes, d'expliquer leurs réponses via une question ouverte facultative.

2.5.1.2 Vignette clinique 2 : respect des recommandations

La deuxième vignette clinique (annexe III) testait l'hypothèse 2 qui était que les sages-femmes respectent les recommandations de la HAS quand elles réalisent un FCU pendant la grossesse, à la fois en terme d'âge à l'entrée dans le dépistage et de rythme des FCU.

Pour rappel, le schéma de dépistage recommandé est le suivant :

- Premier FCU à 25 ans
- Le suivant à un an d'intervalle
- Puis un FCU tous les 3 ans si les deux premiers réalisés à un an d'intervalle sont normaux (2)

Pour répondre à cette hypothèse, la vignette 2 présentait le cas d'une patiente non éligible venant consulter pour son suivi de grossesse et ayant les caractéristiques suivantes :

- 22 ans
- primigeste nullipare
- à 8 semaines d'aménorrhée (SA)
- n'ayant jamais eu de FCU
- bénéficiant d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse
- dont la mère avait eu un cancer du col de l'utérus

Le but de cette vignette était de déterminer, par une question fermée à choix unique, les proportions de sages-femmes réalisant ou non le FCU à cette patiente lors de la consultation.

Cette patiente était non éligible car trop jeune et l'antécédent familial au premier degré de CCU ne justifiait pas la réalisation du FCU, le CCU étant un cancer viro-induit. La réponse attendue était donc de ne pas réaliser le FCU à cette patiente lors de la consultation.

La justification à cette réponse était recueillie via une question ouverte obligatoire, permettant de mettre en évidence les facteurs influençant ces pratiques.

L'ajout au cas clinique de l'antécédent familial de CCU permettait aussi d'approcher la pratique courante des sages-femmes, en appréhendant notamment les éléments anamnésiques potentiellement pris en compte dans la réalisation du dépistage. Ceci a en partie permis de répondre à l'objectif secondaire de l'étude.

Après avoir testé le respect de l'âge à l'entrée dans le dépistage, le rythme de réalisation des FCU était étudié. Des questions fermées à choix unique interrogeaient les sages-femmes sur les âges auxquels elles auraient réalisé les quatre premiers FCU à cette patiente, en imaginant que les résultats de chaque FCU soient normaux. La réponse attendue, selon les intervalles de dépistage recommandés par la HAS, était de réaliser les quatre premiers FCU à 25, 26, 29 et enfin 32 ans.

Par ailleurs, l'âge de fin du dépistage, fixé à 65 ans par la HAS, n'a pas été testé.

2.5.2 Informations complémentaires : réponse à l'objectif secondaire

Dans un deuxième temps, des questions fermées à choix unique ou multiples permettaient de répondre à l'objectif secondaire de l'étude. La pratique courante était notamment approchée en s'intéressant à la question des risques du FCU pour la grossesse et de la fiabilité de ses résultats durant cette période. L'aisance et/ou les éventuelles appréhensions des sages-femmes concernant la réalisation du FCU pendant la grossesse était aussi décrites.

2.5.3 Variables descriptives de la population

Dans la dernière partie du formulaire, des questions fermées à choix unique ou multiples permettaient de décrire la population des sages-femmes interrogées.

Les variables descriptives recueillies étaient :

- Le sexe
- La tranche d'âge
- Le nombre d'année(s) de diplôme
- Le secteur d'activité
- Le département d'exercice

2.6 Stratégies d'analyse

L'analyse des questions fermées à choix unique ou multiple s'est faite par calcul d'effectifs et de pourcentages à partir de données codées via le logiciel Excel. Une question sur l'aisance dans la réalisation du FCU, utilisant une échelle numérique sur 10 points, a nécessité un regroupement en 3 catégories pour plus de clarté: « peu à l'aise » incluant les réponses de 0 à 4 sur 10, « moyennement à l'aise » de 5 à 6 sur 10 et « à l'aise voire très à l'aise » de 7 à 10 sur 10.

Les questions ouvertes ont, quant à elles, été traitées par analyse de contenu. Une grille d'évaluation a permis de dégager des thèmes récurrents. En regroupant les données derrière ces étiquettes, des pourcentages ont parfois pu être calculés, lorsque l'effectif de départ était assez grand.

2.7 Considérations éthiques et réglementaires

Les accords des cadres des services de consultations prénatales des hôpitaux publics d'Ile-de-France ont été recueillis afin d'obtenir des réponses de la part de sages-femmes hospitalières.

Par ailleurs, l'outil Google Forms a permis de garantir l'anonymat et la réponse au questionnaire s'est faite sur la base du volontariat. Il n'existait pas d'obligation



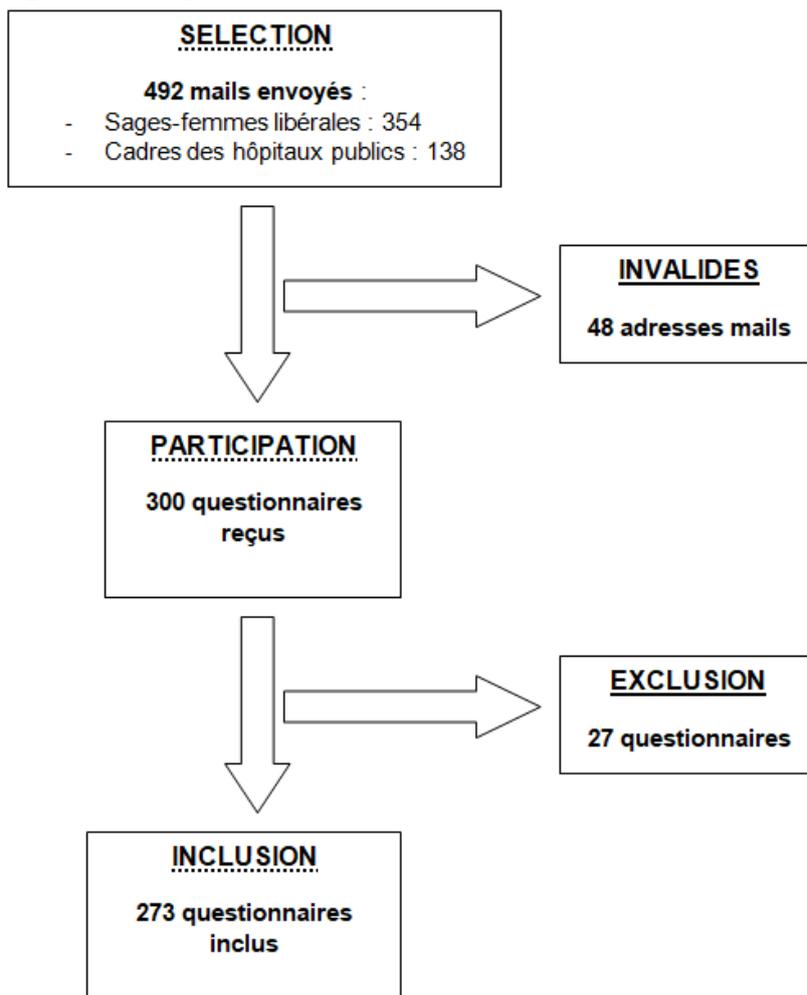
éthique pour cette étude et aucune déclaration à la CNIL n'a été faite car aucune donnée sensible n'a été recueillie.

3 Résultats

3.1 Diagramme des flux et description de la population d'étude

Trois cents formulaires ont été reçus, uniquement complétés par des sages-femmes. Vingt-sept ont été exclus car il s'agissait de sages-femmes ne réalisant pas de consultations obstétricales. Au total, 273 questionnaires ont été retenus pour l'analyse, comme le montre le diagramme des flux ci-dessous (figure 1).

Figure 1: Diagramme des flux



Les caractéristiques de la population d'étude sont décrites dans le tableau suivant (tableau 1). Il s'agit de sages-femmes réalisant des consultations prénatales en Ile-de-France. La majorité d'entre elles sont des femmes (97%), entre 25 et 34 ans (52%), étant diplômées depuis 5 à 14 ans (45%) et exerçant en milieu hospitalier (52.7%).

Tableau 1 : Tableau descriptif de la population

N = 273 (100%)	n (%)
Sexe	
<i>Femme</i>	264 (97%)
<i>Homme</i>	9 (3%)
Tranche d'âge	
<i>< 25 ans</i>	8 (3%)
<i>25 - 34 ans</i>	142 (52%)
<i>35 - 49 ans</i>	94 (34%)
<i>≥ 50 ans</i>	29 (11%)
Nombre d'années de diplôme	
<i>< 5 ans</i>	65 (24%)
<i>5 - 9 ans</i>	73 (27%)
<i>10 - 14 ans</i>	50 (18%)
<i>≥ 15 ans</i>	85 (31%)
Secteur d'activité	
<i>Hospitalier seul</i>	144 (52.7%)
<i>Libéral seul</i>	105 (38.5%)
<i>Centre de Santé seul</i>	21 (7.7%)
<i>PMI seule</i>	1 (0.4%)
<i>Hospitalier et libéral</i>	1(0.4%)
<i>Libéral et centre de santé</i>	1(0.4%)

3.2 Résultats de la vignette clinique 1 : dépistage d'une femme enceinte éligible

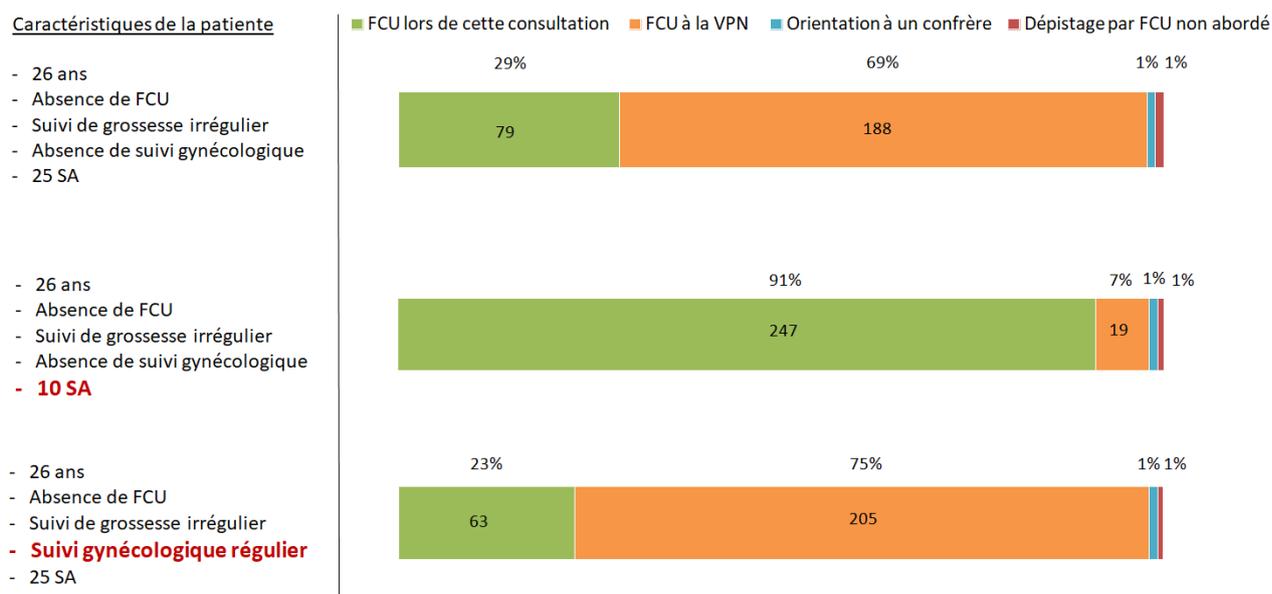
3.2.1 Résultats parmi l'ensemble des sages-femmes interrogées

La figure 2 présente la prise en charge du dépistage de cette patiente de 26 ans dans les 3 situations suivantes :

- à 25 SA quand le suivi gynécologique est irrégulier en dehors de la grossesse
- à 10 SA quand le suivi gynécologique est irrégulier en dehors de la grossesse
- à 25 SA quand le suivi gynécologique est régulier en dehors de la grossesse

Parmi l'ensemble des sages-femmes interrogées, 79 réalisent le FCU à 25 SA chez cette patiente au suivi gynécologique irrégulier (soit 29%) contre 247 à 10SA (91%). Elles sont 205 soit 75% à proposer à cette patiente de réaliser le FCU à la VPN lorsqu'elle a un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse et vient consulter à 25SA.

Figure 2 : Prise en charge du dépistage par les sages-femmes en fonction des caractéristiques de la patiente



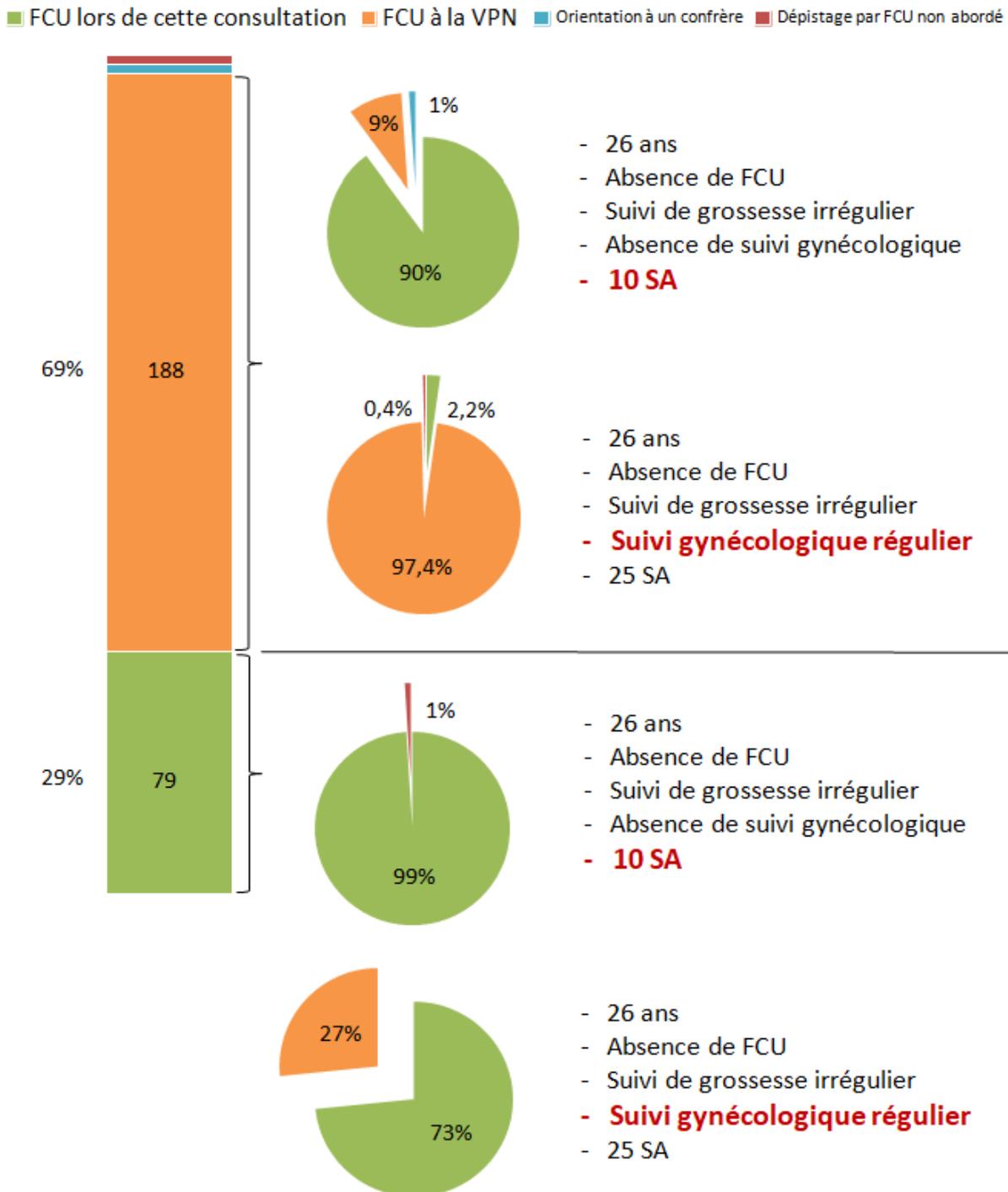
3.2.2 Résultats parmi les sous-groupes constitués à 25 SA en l'absence de suivi gynécologique

Les résultats exposés dans la figure 3 correspondent à la prise en charge du dépistage par les sages-femmes lorsque le terme et la régularité du suivi gynécologique changent, en fonction de la conduite qu'elles tenaient au départ, quand la patiente consultait à 25 SA et n'avait pas de suivi gynécologique en dehors de la grossesse.

Parmi les 188 sages-femmes proposant à la patiente au suivi gynécologique irrégulier de réaliser le FCU lors de la VPN lorsqu'elle est à 25 SA, 90% changent de conduite à tenir et proposent de réaliser le FCU immédiatement lorsqu'elle est à 10 SA.

Par ailleurs, 27% des 79 sages-femmes qui proposaient de réaliser le FCU à 25 SA quand la patiente avait un suivi gynécologique irrégulier en dehors de la grossesse, ne le font plus lorsque ce suivi est régulier. Elles proposent de repousser le FCU à la VPN.

Figure 3 : Evolution des conduites tenues par les sages-femmes en fonction des caractéristiques de la patiente



3.3 Résultats de la vignette clinique 2 : respect du schéma de dépistage

3.3.1 Prise en charge du dépistage de la patiente de 22 ans

La figure 4 présente la répartition des sages-femmes réalisant ou non le FCU à cette patiente de 22 ans et les raisons justifiant leur prise en charge.

Ainsi, 185 sages-femmes (69%) ne réalisent pas le FCU à cette patiente de 22 ans. Parmi elles, 90% déclarent ne pas le faire car la patiente a moins de 25 ans et les 10% restants le justifie par d'autres arguments dont les plus fréquents sont :

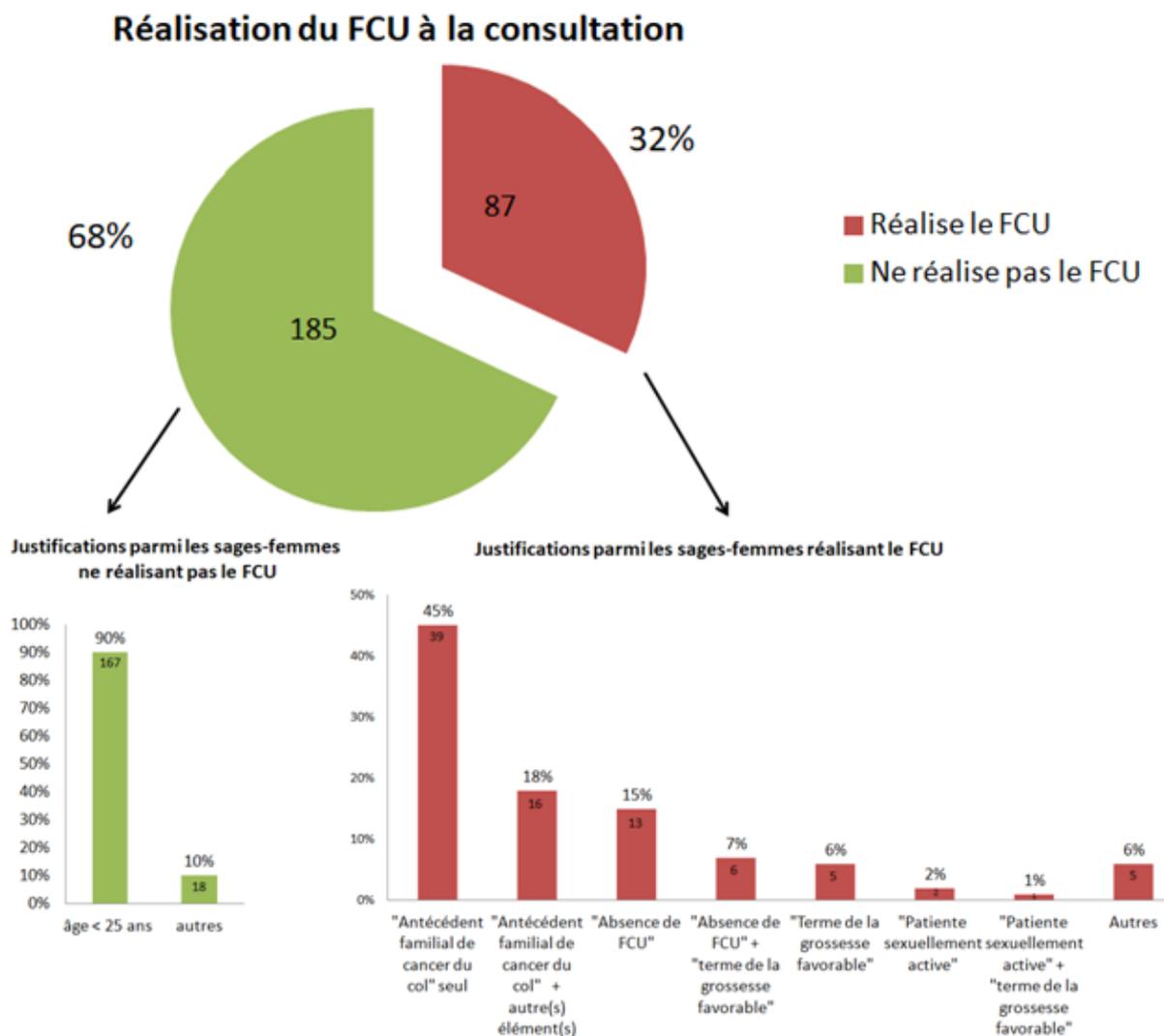
- « Elle a un suivi gynécologique régulier qu'elle reprendra après l'accouchement »
- « Je l'adresse à un ou une collègue/ gynécologue » pour des raisons variées : pour avis au vu de l'antécédent, lié à l'organisation au sein de l'hôpital ou par défaut de formation

Par ailleurs, 17 des 185 sages-femmes ne réalisant pas le FCU, soit 9% d'entre elles, ont ajouté à leur justification l'élément suivant : « le cancer du col est viro-induit, l'antécédent familial ne change donc pas ma conduite à tenir ».

A l'inverse, 87 sages-femmes (32%) réalisent le FCU à cette patiente de 22 ans et 45% d'entre elles justifient ce choix uniquement au vu de l'existence d'un antécédent familial au premier degré de CCU.

Enfin, qu'elles réalisent le FCU ou non, les sages-femmes étaient 10, soit 3.7% de l'ensemble des sages-femmes interrogées, à notifier avoir manqué des éléments anamnéstiques suivants pour étayer leur réponse : « l'âge au premier rapport sexuel » et la « multiplicité des partenaires ».

Figure 4 : Prise en charge du dépistage et justifications selon la conduite tenue



3.3.2 Respect du schéma de dépistage de la HAS

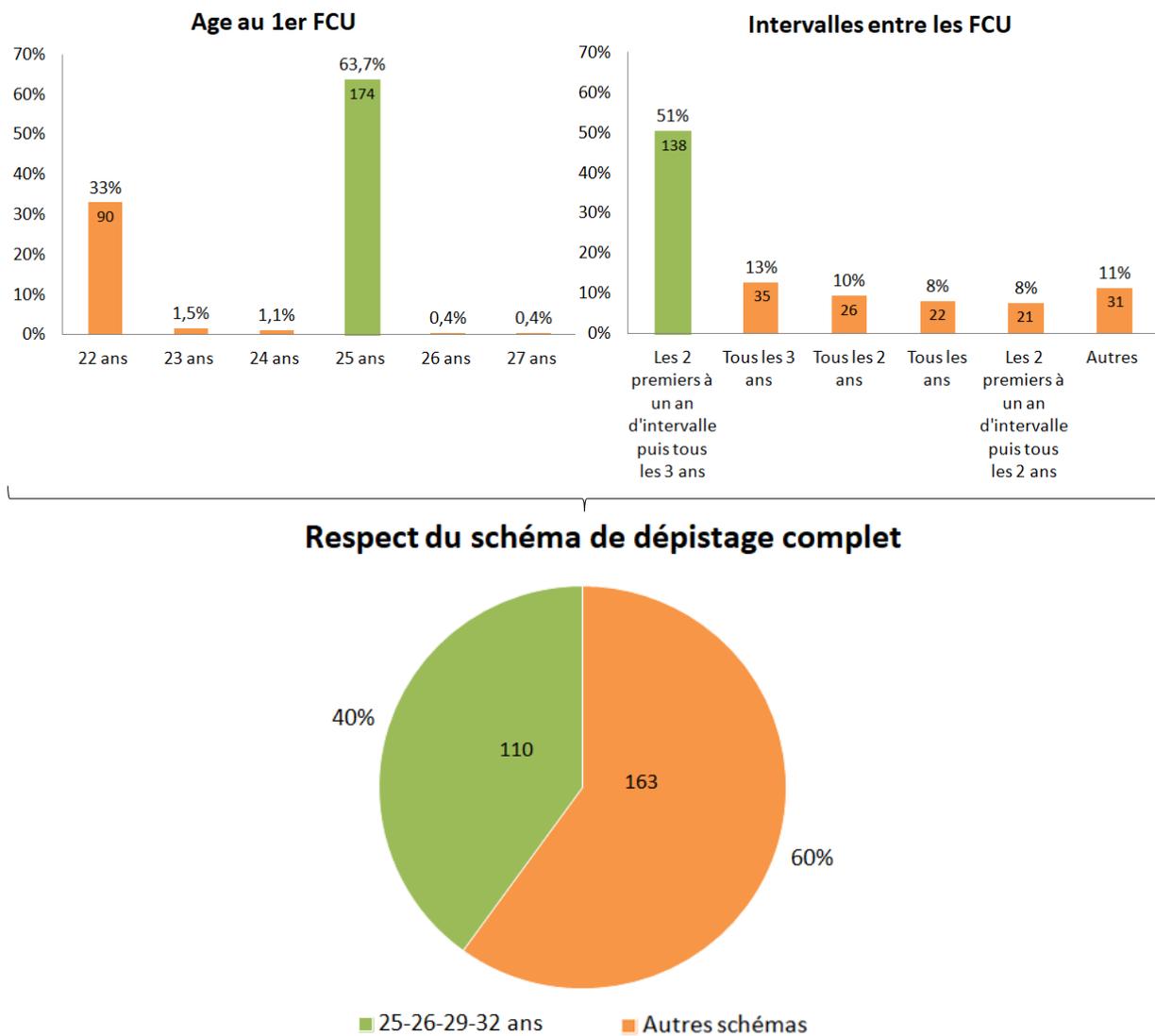
La figure 5 présente les résultats concernant l'âge auquel les sages-femmes réalisent le premier FCU à cette patiente de 22 ans et les intervalles qu'elles respectent entre ses quatre premiers FCU. En regroupant ces deux informations, la figure résume aussi le nombre de sages-femmes qui réalisent les 4 premiers FCU respectivement à 25, 26, 29 et 32 ans, c'est-à-dire qui suivent le schéma de dépistage complet préconisé par la HAS (1^{er} FCU à 25 ans, le suivant un an après puis tous les 3 ans si les deux premiers réalisés un an d'intervalle sont normaux).

Ainsi, 63.7% des sages-femmes réalisent le premier FCU à 25 ans. Elles sont par ailleurs 33% à le réaliser à 22 ans.

Concernant les intervalles respectés entre les FCU, 138 sages-femmes (51%) réalisent les deux premiers à un an d'intervalle puis tous les 3 ans.

Au total, 40% des sages-femmes interrogées, soit 110 sages-femmes, suivent le schéma de dépistage complet préconisé par la HAS en réalisant les quatre premiers FCU chez cette patiente à 25, 26, 29 et 32 ans.

Figure 5: Schéma de dépistage suivi par les sages-femmes



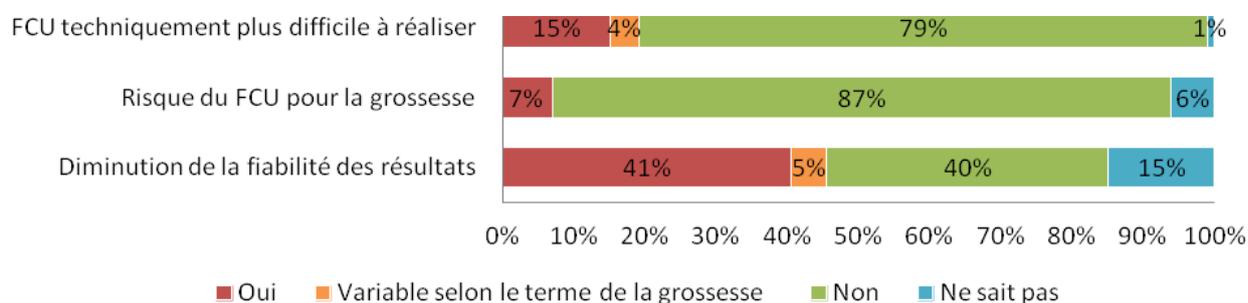
A noter que 3,7% de l'ensemble des sages-femmes réalisent le premier FCU avant 25 ans à cause de l'antécédent familial seul de cancer du col et respectent les intervalles recommandés entre les FCU : 2 premiers à un an d'intervalle puis tous les 3 ans.

3.4 Résultats secondaires

3.4.1 Appréhensions des sages-femmes concernant le dépistage par FCU pendant la grossesse

Les appréhensions des sages-femmes autour de la réalisation technique, des risques du FCU pour la grossesse et de la fiabilité de ses résultats sont présentées dans la figure 6.

Figure 6 : Appréhensions des sages-femmes concernant le dépistage des femmes enceintes par FCU



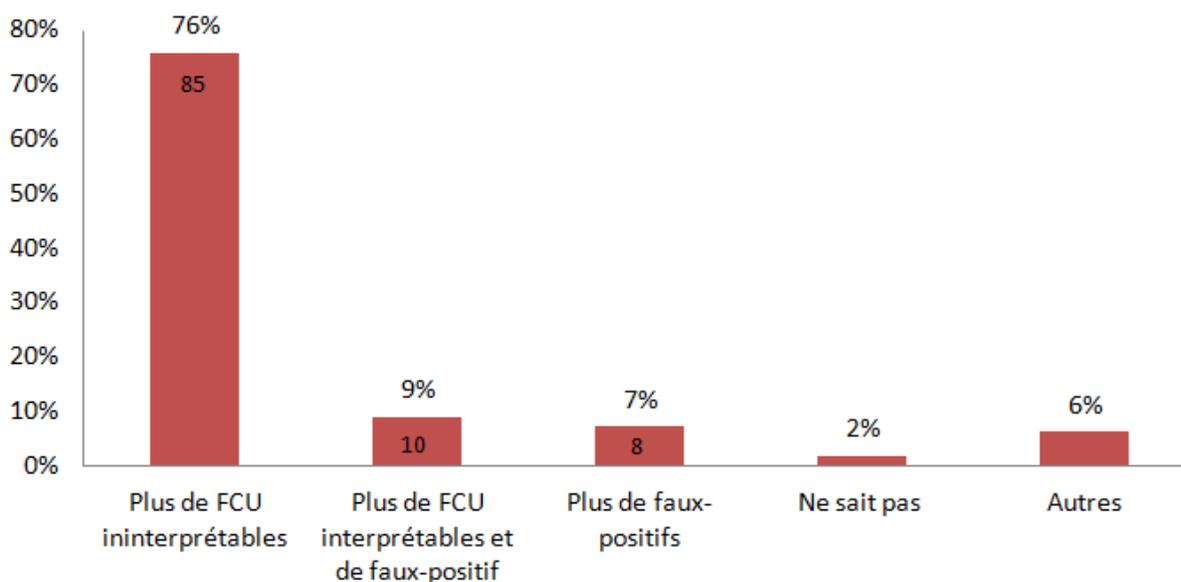
Ainsi, 79% des sages-femmes ne pensent pas que le FCU soit techniquement plus difficile à réaliser pendant la grossesse. Et pour les 41 sages-femmes (15%) qui trouvent le geste plus difficile à effectuer durant cette période, les principales raisons énoncées sont : les « métrorragies provoquées par le prélèvement » (22), les « difficultés d'exposition du col » (10) et de « recueil des cellules endocervicales » (3).

Concernant les risques du FCU pour la grossesse, 87% des sages-femmes répondent qu'il n'y en a pas. Et parmi les 20 sages-femmes (7%) qui pensent

l'inverse, les principaux risques évoqués sont tout d'abord les « métrorragies » (8), suivies de l'infection (7), la menace d'accouchement prématuré (5), la fausse-couche (3) et le caractère « anxiogène » de l'examen pour la patiente (3).

Enfin, concernant la fiabilité des résultats du FCU, les sages-femmes sont quasiment autant à répondre qu'elle n'est pas modifiée (40%) qu'à penser qu'elle est diminuée pendant la grossesse (41%). Les sages-femmes qui répondent que le FCU est moins fiable pendant la grossesse le justifie par les éléments exposés dans la figure 7.

Figure 7 : Motifs énoncés par les sages-femmes ayant répondu que le FCU était moins fiable pendant la grossesse



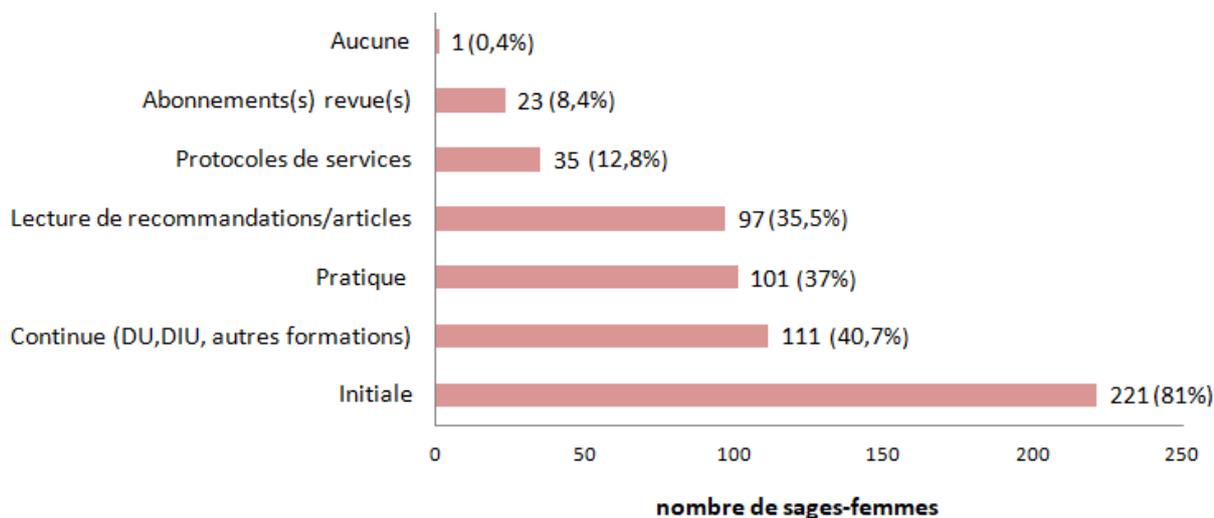
3.4.2 Le dépistage en pratique courante

3.4.2.1 Formation et sources d'informations concernant la pratique du dépistage

La figure 8 répertorie les différentes formations et sources d'informations dont les sages-femmes disposent à propos du dépistage du CCU par FCU.

Les sages-femmes bénéficient d'une formation initiale concernant le dépistage du CCU par FCU dans 81% des cas et 111 sages-femmes (40.7%) disposent d'une formation continue type diplôme universitaire ou interuniversitaire (DU ou DIU).

Figure 8 : Formations et ressources des sages-femmes à propos du dépistage du cancer du col par FCU

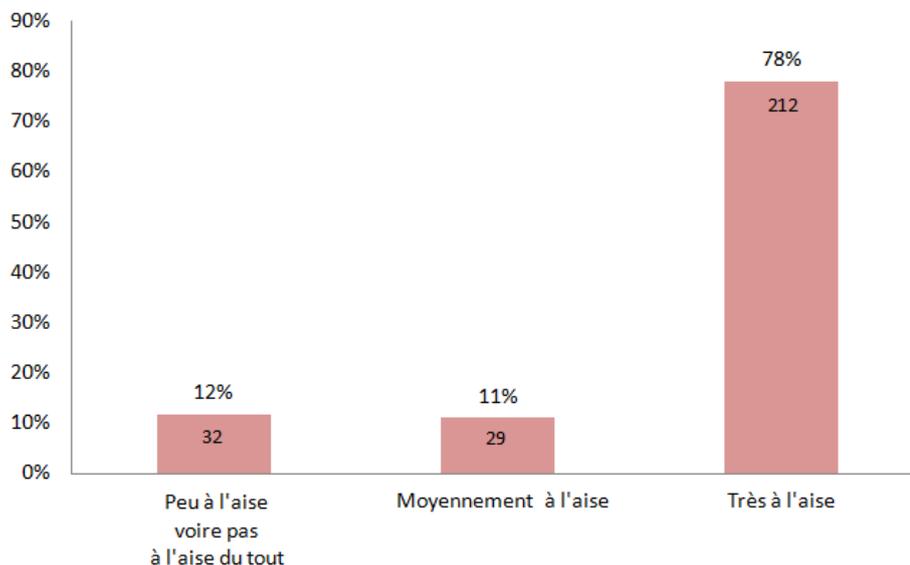


3.4.2.2 Aisance dans la réalisation technique du FCU

La figure 9 présente le niveau d'aisance des sages-femmes interrogées concernant la réalisation technique du FCU.

Ainsi, 78% déclarent être « très à l'aise » dans la réalisation du FCU.

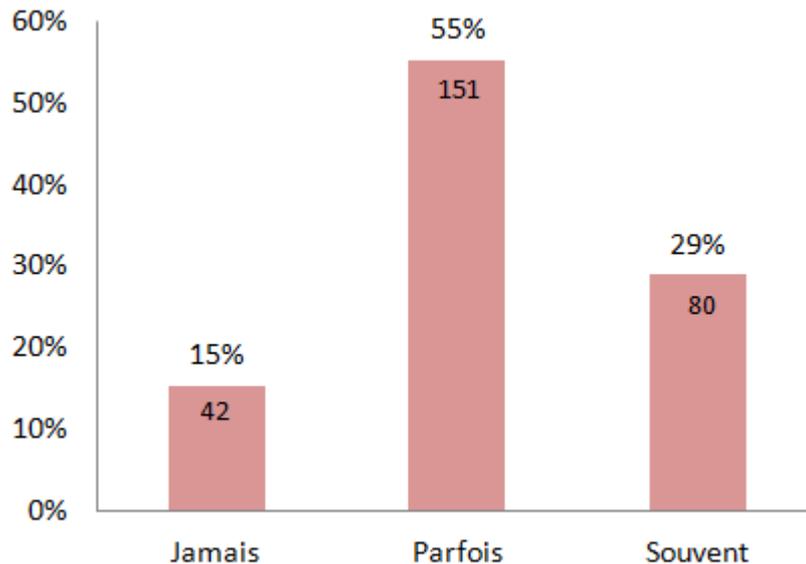
Figure 9 : Aisance dans la réalisation technique du FCU



3.4.2.3 Fréquence de réalisation du FCU au cours des consultations prénatales

La fréquence à laquelle les sages-femmes interrogées sont amenées à réaliser des FCU lors des consultations prénatales, dans l'exercice courant de leur profession, est exposée dans la figure 10.

Figure 10 : Fréquence de réalisation des FCU au cours des consultations prénatales



Deux éléments explicatifs ressortent à la fois dans le groupe de sages-femmes ne réalisant « jamais » de FCU (15%) au cours des consultations prénatales et dans celui en réalisant « parfois » (55%) :

- Lié à l'activité : « terme avancé des consultations », en particulier à l'hôpital où les sages-femmes considèrent recevoir les patientes trop tard dans la grossesse pour proposer la réalisation du FCU
- Lié au type de population reçue en consultation : « Patientes au suivi gynécologique régulier avec FCU à jour ou déjà fait en début de grossesse »

A ces éléments s'ajoutent d'autres justifications, plus minoritaires, évoquées parmi les sages-femmes ne réalisant «jamais de FCU » :

- Le « manque de temps »
- « Pas l'occasion », notamment dans l'activité, par exemple pour les sages-femmes réalisant des consultations aux explorations fonctionnelles ou aux urgences obstétricales

Enfin, parmi les 29% de sages-femmes réalisant « souvent » des FCU au cours du suivi de grossesse, 2 grands arguments ont pu être mis en évidence :

- Lié au type de population reçue en consultation : « Beaucoup de patientes peu ou pas suivi sur le plan gynécologique »
- Lié à l'activité : « Je reçois souvent les patientes en début de grossesse »

Discussion

3.5 Résumé des principaux résultats

Seul 29% des sages-femmes proposaient à la patiente de la première vignette clinique de réaliser le FCU lors de la consultation. Elle entrait pourtant dans les critères de dépistage de la HAS. En effet, bien qu'à 25 SA, la patiente de 26 ans n'avait pas de suivi gynécologique en dehors de la grossesse, jamais eu de FCU et n'avait pas fait suivre régulièrement sa grossesse. Il y avait donc « peu de chance qu'elle revienne consulter après l'accouchement » et le FCU aurait dû être réalisé, sans tenir compte du terme de la grossesse. Notre première hypothèse a donc été confirmée car les sages-femmes ne réalisent pas toujours le dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse aux femmes éligibles selon les recommandations, en particulier à celles de plus de 14 semaines de grossesse n'ayant pas de suivi gynécologique régulier en dehors.

Notre seconde hypothèse a, elle, été invalidée car bien que pris séparément, l'âge de 25 ans au premier FCU et le rythme du dépistage recommandés par la HAS sont globalement respectés par les sages-femmes, le schéma de dépistage complet ne l'est pas. En effet, seul 40% des sages-femmes réalisent le 1^{er} FCU à 25 ans, le second un an après puis tous les 3 ans, à condition que les deux premiers FCU réalisés à un an d'intervalle soient normaux. (2)

L'objectif secondaire de l'étude a été atteint puisque la pratique courante des sages-femmes a pu être approchée. En effet, nous avons pu mettre en évidence l'aisance et les appréhensions des sages-femmes dans la pratique du dépistage du CCU par FCU au cours des consultations prénatales.

3.6 Discussion des résultats

3.6.1 Respect des recommandations du dépistage pendant la grossesse et facteurs influençant la réalisation du FCU

3.6.1.1 Terme de la grossesse et régularité du suivi gynécologique

Nos résultats ont permis de valider l'hypothèse 1 car dans la première vignette clinique, qui présentait le cas d'une femme de 26 ans, sans suivi gynécologique en dehors de la grossesse et n'ayant jamais eu de FCU, seuls 29% des sages-femmes interrogées proposaient de réaliser le FCU immédiatement lors de la consultation à 25 SA. Une grande majorité (69%) choisissait quand à elle de proposer à la patiente de le réaliser à la VPN. Cette patiente entrait pourtant dans les critères d'éligibilité de la HAS au dépistage du CCU par FCU, et ce bien qu'elle soit à un terme supérieur à 14 semaines de grossesse. Néanmoins, lorsque cette patiente se présentait à 10 SA, 91,9% des sages-femmes profitaient tout de même de la consultation prénatale pour lui faire le FCU. Ainsi, nos résultats concordent avec ceux de l'étude de cohorte bicentrique de 2014 évaluant la pratique du dépistage par FCU pendant la grossesse en France, qui concluaient à un dépistage encore insuffisant des femmes enceintes éligibles. (47)

En faisant varier le terme de la consultation puis en rendant le suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse, nous avons évalué l'impact de ces facteurs dans la prise en charge du dépistage par les sages-femmes. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence plusieurs groupes.

Un premier groupe de sages-femmes, majoritaire, tenait compte en priorité du terme de la grossesse, mettant ainsi de côté l'absence de suivi gynécologique régulier chez cette patiente. En effet, 91% des sages-femmes préférant repousser le FCU à la VPN à 25SA proposaient à la patiente de le réaliser immédiatement lors de la consultation à 10 SA. Leur prise en charge n'était à l'inverse pas modifiée selon la régularité du suivi gynécologique puisque 97.4% d'entre elles continuaient de réaliser le FCU à la VPN en cas de suivi régulier.

Un deuxième groupe de sages-femmes, ne tenant compte ni du terme de la grossesse, ni de la régularité du suivi gynécologique en dehors, a été identifié. En effet, parmi les sages-femmes proposant de réaliser le FCU à 25SA chez une patiente au suivi gynécologique irrégulier, la grande majorité conservait cette même prise en charge à 10 SA (99%) ou lorsque le suivi devenait régulier (73%). On peut donc supposer que leur décision reposait sur le fait que la patiente ait 26 ans et n'ait encore jamais eu de FCU. Ces résultats semblent aller dans le sens de ceux retrouvés dans l'étude de cohorte de 2014 qui concluaient qu'un dernier FCU datant de plus de 3 ans constituait un facteur augmentant significativement la probabilité d'en avoir un pendant la grossesse. (47) Par ailleurs, cette prise en charge est en lien avec les recommandations du CNGOF de 2007 qui préconisent de réaliser des FCU lors des consultations prénatales à toutes les femmes ayant un dernier FCU ancien (> 2 ans), sans notion de terme. (25)

Enfin, un troisième groupe, minoritaire, tenait compte à la fois du terme de la grossesse et de la régularité du suivi gynécologique, comme préconisé par la HAS.(2) En effet, 27% des sages-femmes réalisant le FCU à 25 SA en cas de suivi irrégulier ne le faisaient plus lorsqu'il était régulier. Elles préféraient proposer à la patiente de le réaliser à la VPN.

Il existe donc de grandes variations dans les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse. Celles-ci étaient déjà observées dans un mémoire en 2012, évaluant notamment les connaissances et pratiques des sages-femmes concernant le FCU. Bien qu'obtenus sur un effectif plus faible (72), les chiffres étaient assez proches de ceux de notre étude puisque 70% des sages-femmes émettaient une restriction de terme pour la réalisation du FCU tandis que 22% l'effectuaient pendant toute la grossesse. Nous pouvons penser que ces variations de pratiques découlent des différences retrouvées entre les recommandations du CNGOF de 2007 et celles de la HAS de 2013, concernant le dépistage des femmes enceintes. En effet, les premières recommandent de profiter des consultations prénatales pour réaliser le FCU à toutes les femmes éligibles, quelque soit le terme de leur grossesse. (25) La HAS, elle,

nuance son propos. Elle préconise de réaliser le FCU aux femmes enceintes éligibles avant 14 semaines de grossesse pour limiter le taux de faux positifs mais seulement « si possible avant la 14^{ème} semaine » pour celles au suivi médical irrégulier ou pour qui il « existe peu de chance qu'elles viennent reconsulter après l'accouchement ». (2) Les dernières recommandations de l'INCa (2016) sur la conduite à tenir devant une cytologie anormale vont dans le sens de celles du CNGOF, en concluant à une fiabilité du FCU conservée pendant la grossesse. (46) Les sages-femmes doivent ainsi composer avec ces différentes recommandations, pouvant expliquer les disparités observées dans la pratique du dépistage.

3.6.1.2 Age de la patiente

Notre étude a permis de conclure que l'âge au premier FCU était majoritairement respecté car 63,7% des sages-femmes interrogées réalisaient le premier FCU à 25 ans. Ceci peut notamment s'expliquer par le caractère ancien des recommandations, puisque l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) préconisait déjà de débiter le dépistage à partir de 25 ans en 1995. (50) Ces recommandations avaient ensuite été reprises par l'ANAES en 2002 et enfin par la HAS en 2010.(3,51) On peut ainsi penser qu'elles ont eu le temps d'être assimilées par les sages-femmes, d'autant que leurs compétences dans la réalisation du FCU et donc l'approfondissement de leur formation en matière de dépistage du CCU par FCU sont relativement récents. En effet, elles datent de 2006 avec l'inscription dans le Code de Santé Public (CSP) de la possibilité de réaliser un FCU lors du premier examen prénatal. (52)

Ce respect de l'âge au premier FCU par les sages-femmes est à noter puisque les derniers chiffres de l'assurance maladie montraient que 45.5% des femmes étaient dépistées avant l'âge de 25 ans en 2010. (3) Ce chiffre est donc supérieur à celui obtenu dans notre étude, où 36.6% des sages-femmes réalisaient le FCU avant 25 ans. Nos résultats restent cependant plus élevés que ceux reportés par l'étude de cohorte de 2014 qui s'intéressait spécifiquement au dépistage des femmes enceintes : 21.3% des femmes dépistées pendant la grossesse avaient alors moins de 25 ans.(47) Au vu de nos résultats, la majorité des sages-femmes ne

participe pas au dépistage trop précoce des femmes, identifié comme l'une des problématiques majeures du système de dépistage actuel. (3)

En s'intéressant davantage aux sages-femmes réalisant le FCU avant 25 ans dans notre étude (36.6%), nous remarquons qu'elles sont nombreuses à le faire à 22 ans : près de 33% de l'ensemble des sages-femmes interrogées. Ceci pourrait s'expliquer par l'ajout, dans la vignette clinique, d'un antécédent familial au premier degré de CCU. En effet, cela a fortement influencé les réponses puisque 45% des sages-femmes qui réalisaient le FCU à la patiente de 22 ans ont répondu l'avoir fait à cause de cet antécédent. Néanmoins, ceci ne vient biaiser que partiellement les résultats de notre étude car, ramenés à la population totale, seuls 3.7% des sages-femmes font le premier FCU avant 25 ans pour cette raison et respectent ensuite le rythme du dépistage préconisé par la HAS. Ainsi, même en imaginant que ces 3.7% auraient réalisé le premier FCU à 25 ans s'il n'y avait pas eu l'antécédent, notre hypothèse 2 aurait été tout de même invalidée. En effet, le pourcentage de sages-femmes respectant le schéma de dépistage complet (1^{er} FCU à 25 ans, 2^{ème} à 26 ans puis tous les trois ans si les deux premiers réalisés à un an d'intervalle sont normaux) serait resté inférieur à 50% (43.7% exactement).

Ces résultats permettent néanmoins de mettre en évidence les appréhensions de certaines sages-femmes autour de la pratique du dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse et notamment concernant certains éléments anamnésiques recueillis auprès de la patiente. Le développement professionnel continu pourrait être un bon moyen de pallier à ces appréhensions. Les femmes sont par ailleurs en demande d'information concernant le dépistage du CCU par FCU. En effet, de nombreuses études auprès des femmes mettent en évidence leur défaut d'information à propos du CCU et de ses moyens de prévention. (27) (53) (54) Elles seraient pourtant « réceptives à une information les incitant à plus de prévention », la pratique du FCU étant d'autre part bien acceptée. (53) Dans l'enquête déclarative réalisée par le Baromètre Cancer en 2010 auprès de 1514 femmes âgées de 25 à 65 ans, 13% de celles insuffisamment dépistées déclarent notamment qu'elles le seraient davantage « si leur médecin leur en parlait ». (27) et nous pouvons imaginer

qu'il en est de même pour les femmes réalisant leur suivi gynécologique auprès d'une sage-femme. L'information des femmes est donc l'un des leviers d'amélioration de la couverture du dépistage sur lequel les sages-femmes peuvent encore agir davantage.

3.6.1.3 Rythme du dépistage

Pris indépendamment de l'âge au premier FCU, le rythme du dépistage préconisé par la HAS, à savoir un FCU tous les 3 ans après deux FCU normaux réalisés à un an d'intervalle, est respecté par une majorité des sages-femmes interrogées (51%). (2) Pourtant, d'après les derniers chiffres présentés par la HAS en 2010, seuls 15% des femmes étaient dépistées à un rythme triennal. (3) Ces résultats étaient similaires à ceux retrouvés dans l'enquête déclarative du Baromètre Cancer, la même année. (27)

Dans notre étude, nous notons tout de même que 26% des sages-femmes interrogées effectuent les FCU trop fréquemment (inférieur ou égal à deux ans). En effet, 8% effectuent des FCU tous les ans et 10% tous les deux ans. Ces chiffres restent inférieurs à ceux retrouvés dans l'enquête du Baromètre Cancer où 36% des femmes déclaraient avoir eu un FCU tous les ans et 41% tous les 2 ans.(27) Ils reflètent néanmoins cette tendance au « surdépistage » en terme de fréquence, mise en évidence dans les études. (3,27,54) Les dernières données de l'assurance maladie de 2010 montraient notamment que 40.6% des femmes étaient dépistées à un rythme inférieur à deux ans et demi et que le fait d'avoir un suivi régulier avec un gynécologue était un facteur de risque de surdépistage. (3)

Nos résultats sont donc plutôt encourageants puisque les sages-femmes sont majoritairement au fait du rythme de dépistage du CCU par FCU recommandé par la HAS. Ceci est important pour que les femmes reçoivent la bonne information et deviennent ainsi actrice de leur dépistage. Lors d'une étude réalisée par l'INCa en 2009, 51% des femmes pensaient que le FCU devait être réalisé tous les ans et 31% tous les deux ans. (27)

3.6.1.4 Age au premier FCU et rythme du dépistage associés

L'âge au premier FCU et le rythme du dépistage pris ensemble, les sages-femmes ne sont plus que 40% à respecter le schéma de dépistage complet préconisé par la HAS, à savoir : 1^{er} FCU à 25 ans, 2^{ème} à 26 ans puis tous les 3 ans si les deux premiers réalisés à un an d'intervalle sont normaux. (2) Ainsi, ces résultats nous permettent de conclure que les efforts restent à poursuivre pour que les recommandations soient pleinement assimilées. Il semble important de rappeler qu'un FCU réalisé avant 25 ans ou trop fréquemment peut avoir des conséquences iatrogènes, en particulier pour l'avenir obstétrical des patientes. (13,24)

3.6.2 Le dépistage dans la pratique courante

79% des sages-femmes interrogées ne considèrent pas le FCU comme techniquement plus difficile à réaliser pendant la grossesse et quasiment le même pourcentage (78%) se dit très à l'aise dans la réalisation du prélèvement de manière générale. D'autre part, elles sont peu nombreuses à penser que le FCU présente des risques pour la grossesse (7%) et le risque majeur évoqué est celui des « métrorragies », plutôt perçues comme un désagrément que comme un réel danger par la plupart des sages-femmes. Nous pouvons imaginer que ces éléments ne constituent donc pas des freins à la réalisation du FCU pendant la grossesse et ces résultats permettent de penser que les sages-femmes disposent d'une formation adéquate en ce qui concerne la pratique du dépistage. Cette idée est appuyée par le nombre important de sages-femmes bénéficiant d'une formation initiale (211) et d'une formation pratique (101) à propos du dépistage du CCU par FCU. Elles sont aussi nombreuses à s'informer sur le sujet via la lecture de recommandations, articles, revues ou protocoles de services (155). Les sages-femmes sont donc extrêmement sensibilisées au dépistage du CCU par FCU. Ceci pourrait être lié, d'une part, à l'élargissement de leurs compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception depuis 2009, ayant développé et approfondi leur formation initiale dans ces domaines. D'autre part, comme inscrit dans le référentiel métier et compétences des sages-femmes : la sage-femme tient, « dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle », « un rôle primordial

dans la prévention et l'information auprès des femmes » et le dépistage du CCU par FCU en fait partie. (21)

Reste tout de même la question de la fiabilité des résultats du FCU pendant la grossesse qui divise encore les sages-femmes : 41% pensent qu'elle est diminuée alors que 40% pensent qu'elle n'est pas modifiée. Cependant, la majorité des sages-femmes pensant que le FCU est moins fiable (82%) évoque en premier lieu une augmentation du nombre de FCU ininterprétables et non une augmentation du taux de faux-positifs, comme retrouvé dans certaines études ou évoqué dans les recommandations de la HAS. (2,36,39,40) La définition de l'interprétabilité du FCU n'était cependant peut être pas suffisamment claire dans le questionnaire. On peut en effet se demander si les sages-femmes l'ont compris dans le sens où les deux types de cellule, endo et exocervicales, ont bien été recueillies lors du prélèvement et sont analysables (définition de l'interprétabilité d'un FCU dans l'analyse des résultats) ou sous un autre angle, comme moins interprétable à cause des métrorragies ou du contexte inflammatoire lié à la grossesse. Ces interrogations autour de la fiabilité du FCU, et notamment en fonction du terme de la grossesse, se ressentent dans la pratique courante du dépistage. En effet, les sages-femmes qui déclarent ne « jamais » réaliser de FCU au cours des consultations prénatales ou en réaliser « parfois » le justifient notamment par le fait que les « patientes sont reçues trop tard en consultation, ne permettant plus de réaliser le FCU ». Néanmoins, dans notre étude, la pratique du dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse reste satisfaisante en terme de fréquence. En effet, une majorité des sages-femmes interrogées déclarent réaliser des FCU au moins « parfois » (55%) et au mieux « souvent » (29%) au cours des consultations prénatales. Seuls 15% disent ne « jamais » en réaliser. L'évolution positive de ces chiffres est par ailleurs limitée par l'existence de freins incompressibles au dépistage, liés directement au type de population reçue en consultation (exemple : patientes à jour dans leur FCU) ou aux activités professionnelles des sages-femmes (exemple : une sage-femme ne réalisant que des consultations aux explorations fonctionnelles).

3.7 Les points forts

Le principal point fort de notre étude est la taille de l'échantillon car 273 questionnaires ont été inclus. Cela a permis de recueillir des réponses de la part de sages-femmes exerçant des consultations prénatales dans l'ensemble des départements d'Ile-de-France. Toutes les catégories d'âge ont ainsi été représentées et il en était de même pour le nombre d'années de diplôme. Enfin, notre population d'étude était majoritairement composée de sages-femmes hospitalières (52.7%), comme c'est le cas à l'échelle nationale. (55)

La diffusion du questionnaire par voie électronique et son format numérique constituent également des atouts. En effet, la réponse au questionnaire était rapide, peu contraignante et permettait de garantir l'anonymat du participant. L'outil Google Forms a également facilité le recueil et le traitement des données.

Enfin, les vignettes cliniques ont permis d'obtenir des réponses au plus proche de la pratique courante des sages-femmes et ont probablement aussi apporté une dimension ludique au remplissage du questionnaire. Leur évolutivité a également rendu possibles des sous-analyses, qui auraient été compliquées à réaliser avec un questionnaire au format papier.

3.8 Les limites et biais

Le premier biais notable est un biais de sélection, commun à toutes les études réalisées par questionnaire. En effet, le remplissage du formulaire s'est fait sur la base du volontariat et certaines sages-femmes ont pu ne pas y répondre car elles ne se sentaient pas concernées ou à l'aise avec ce sujet. Nous avons néanmoins tenté d'atténuer ce biais en n'énonçant pas clairement le thème de l'étude dans le message accompagnant l'URL du questionnaire, ni dans le texte d'introduction de l'étude à l'ouverture du lien.

Le second biais est un biais de désirabilité sociale. En effet, les participants ont pu ne pas répondre conformément à leur pratique courante mais plutôt comme ils imaginaient qu'ils auraient dû répondre.

Enfin, le dernier biais est un biais d'ordre méthodologique, lié à l'excès de questions ouvertes incluses dans le formulaire. Ceci, bien qu'ayant permis des analyses complémentaires, a compliqué l'analyse des résultats.

3.9 Implications et perspectives

Les efforts sont à poursuivre pour améliorer la couverture du dépistage des femmes ciblées, et en particulier le dépistage des femmes enceintes éligibles par les sages-femmes. D'après nos résultats, les sages-femmes sont encore une minorité à profiter des consultations prénatales pour dépister, quelque soit le terme, les femmes de plus de 14 semaines de grossesse n'ayant pas bénéficié d'un dépistage récent (≤ 3 ans) en dehors de la grossesse par défaut de suivi gynécologique régulier. Par ailleurs, le schéma de dépistage complet préconisé par la HAS ne semble pas encore totalement assimilé.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus vient d'être intégré, via un arrêté datant du 4 mai 2018 (visible en annexe IV), dans un programme organisé à l'échelle nationale, au même titre que le cancer du sein ou le cancer colorectal. Ceci répond aux objectifs énoncés par le Plan Cancer 2014-2019 qui sont de « garantir pour chaque femme un accès au dépistage du CCU via un programme national de dépistage organisé » et en particulier de « faciliter l'accès aux populations vulnérables et les plus éloignées du système de santé ». Par ce biais, le but est d'augmenter le taux de couverture à 80% et ainsi d'obtenir une réduction de l'incidence et de la mortalité de ce cancer de 30% en 10 ans.⁽⁵⁶⁾ Les études menées en amont, et en particulier l'évaluation par Santé Publique France des expérimentations menées dans 13 départements entre 2010 et 2014, ont permis de mettre en évidence un gain de couverture sur 3 ans de 13.3 points et une augmentation importante du taux de dépistage des lésions précancéreuses, permettant une réduction de 15% de l'incidence et de la mortalité de ce cancer.

Le dépistage organisé sera toujours basé sur le FCU et se fera via un système d'invitation des femmes n'en ayant pas réalisé dans les 3 ans, que ce soit dans le cadre d'un dépistage individuel (comme actuellement) ou dans celui du dépistage

organisé. Des relances seront également envoyées aux femmes n'ayant pas réalisé de FCU dans les 9 à 12 mois suivant l'invitation. (10) (57) (58) Ce dépistage conservera donc son articulation avec le dépistage individuel ou spontané.

Les femmes enceintes, ayant été identifiées comme un groupe à risque d'être insuffisamment dépisté, sont incluses dans ce programme de dépistage organisé, laissant entrevoir des perspectives intéressantes pour l'amélioration du dépistage pendant la grossesse. L'INCa en a même fait l'un des objectifs du dépistage organisé, bien que les femmes enceintes n'aient pas fait partie des expérimentations menées dans les départements pilotes (la grossesse constituant alors un critère d'exclusion temporaire). L'augmentation de la couverture du dépistage des femmes enceintes au cours du suivi prénatal devrait notamment passer par des actions de formation et d'information auprès des professionnels de santé, ainsi qu'auprès des femmes. A noter qu'aucun terme limite de réalisation du FCU pendant la grossesse n'a pour le moment été évoqué dans les études.

L'un des leviers du dépistage organisé sera aussi la diversification de l'offre de prélèvement, en s'appuyant sur différents professionnels de santé dont feront évidemment partie les sages-femmes. Ceci est intéressant puisqu'elles devraient bénéficier à cette occasion d'une formation et de rappels concernant les recommandations sur la pratique du dépistage, et en particulier pendant la grossesse.

Enfin, le dépistage organisé aura également pour objectif une rationalisation des pratiques et par conséquent une amélioration des pratiques professionnelles, encore une fois bénéfique aux sages-femmes.(57) Ceci devrait notamment réguler les pratiques concernant le rythme de dépistage par FCU et ainsi permettre de traiter la problématique du surdépistage mise en évidence dans nos résultats ainsi que dans la littérature. (3) (27) (54)

Les campagnes d'information à venir autour de ce dépistage organisé seront donc l'occasion idéale de sensibiliser davantage professionnels de santé et grand public à la prévention du CCU. Le discours des sages-femmes aux patientes

concernant le CCU et ses moyens de prévention est capital car l'information reçue de la part des professionnels influence fortement le comportement des femmes en matière de santé. (15) Ainsi, les études tendent à montrer qu'une bonne information des femmes augmenterait leur participation au dépistage, de la même manière qu'une information adéquate sur la vaccination conduirait davantage les mères à faire vacciner leur fille contre le papillomavirus. Néanmoins, seul l'effet de l'information délivrée par les médecins a été évalué ou démontré dans les études. (27,53,59) L'enjeu est donc de taille pour les sages-femmes qui doivent absolument profiter des consultations prénatales pour transmettre les messages de prévention, d'autant que les femmes sont plus réceptives pendant la grossesse.

Il serait finalement intéressant de conduire la même étude dans quelques années, une fois le dépistage organisé bien intégré aux pratiques. La plus grande sensibilisation des femmes et professionnels de santé au sujet du dépistage du CCU par FCU sera sûrement à l'origine d'une amélioration des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le dépistage des femmes enceintes.

4 Conclusion

Le dépistage du CCU par FCU a fait la preuve de son efficacité en réduisant significativement l'incidence et la mortalité de ce cancer depuis les années 1980. Il connaît néanmoins ses limites depuis les années 2000. Ceci est lié notamment à un défaut de couverture du dépistage, 40% des femmes étant encore insuffisamment dépistées. La grossesse s'est avéré être un moment opportun pour rattraper les femmes passées au travers des mailles du dépistage par défaut de suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse et les dernières recommandations de la HAS de 2013 préconisaient de réaliser le FCU lors des consultations prénatales, en insistant sur le dépistage de ces femmes au suivi médical irrégulier ou à faible probabilité de consulter après l'accouchement. Ceci constitue donc un véritable enjeu pour les sages-femmes, deuxième professionnel de santé le plus consulté pendant la grossesse.

Notre étude a mis en évidence des variations des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le dépistage du CCU par FCU pendant la grossesse, par rapport à ces recommandations. Ainsi, les sages-femmes ne dépistent pas toujours les femmes enceintes éligibles, et en particulier celles de plus de 14 semaines de grossesse n'ayant pas de suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse. Bien qu'elles respectent majoritairement l'âge de 25 ans au premier FCU, elles sont une minorité à suivre le schéma de dépistage complet préconisé par la HAS, c'est-à-dire : le 1^{er} FCU à 25 ans, le suivant un an après puis tous les 3 ans après deux FCU normaux réalisés à un d'intervalle.

L'avènement du dépistage organisé du CCU par FCU pourrait être un moyen efficace d'améliorer la pratique du dépistage des femmes enceintes puisque l'INCa en a fait l'un des objectifs spécifique de ce programme. Il sera l'occasion de rappeler les recommandations concernant la pratique du dépistage du CCU par FCU et ainsi de sensibiliser davantage les sages-femmes et le grand public à ce sujet.



Il serait finalement intéressant de mener une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes une fois le dépistage organisé mis en place. Elle permettrait sûrement de mettre en évidence une amélioration des pratiques du dépistage des femmes enceintes.

Bibliographie

1. Rakotomahenina H, Bonneau C, Ramanah R, Rouzier R. Épidémiologie, prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. EMC. 2016;11(1):1- 13.
2. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Référentiel de pratiques pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus. 2013;1- 55.
3. HAS. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Argumentaire. Recommandation en Santé Publique-Service Evaluation économique et santé publique. 2010;72- 171.
4. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remonet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France 1980-2012. Partie 1 - Tumeurs solides. 2013;56- 7.
5. Zoundi-Ouango O, Morcel K, Classe J-M, & al. Lésions cervicales utérines pendant la grossesse : diagnostic et prise en charge. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2006;35(3):227- 36.
6. Kruger J, Dunton CJ, Sewell C, & al. Randomized Pilot Study Comparing Rates of Endocervical Cell Recovery between Conventional Pap Smears and Liquid-Based Cytology in a Pregnant Population: J Low Genit Tract Dis. 2003;7(2):101- 3.
7. INSERM, DREES. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. 2017 p. 317.
8. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, & al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015;136(5):359- 86.
9. Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Nossard N, & al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Santé Publique Fr. 2017;80.
10. Duport DN, Beltzer N. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Santé Publique Fr. :45.
11. Doffoel-Hantz V, Sparsa A, Bonnetblanc J-M. Infections cutanéomuqueuses bénignes à papillomavirus. Mt Pediatr. 2010;13(1):33- 42.

12. Prétet J-L, Jacquard A-C, Carcopino X, & al., for the EDITH study group. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDITH study: HPV Genotypes in Invasive Cervical Cancers In France. *Int J Cancer*. 15 janv 2008;122(2):428- 32.
13. Rousselin A, Dion L, Racin A, & al. La pratique du frottis cervico-vaginal avant 25 ans. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 2017;45(5):309- 15.
14. Crosbie EJ, Einstein MH, Franceschi S, & al. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*. 2013;382(9895):889- 99.
15. Hammer A, Rositch A, Qeadan F, & al. Age-specific prevalence of HPV16/18 genotypes in cervical cancer: A systematic review and meta-analysis: Age-Specific HPV in Cervical Cancer. *Int J Cancer*. 2016;138(12):2795- 803.
16. Castellsagué X, Díaz M, de Sanjosé S, & al. Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 2006;98(5):303- 15.
17. Heard I, Favre M, Wain-Hobson S. Centre National de Référence des papillomavirus humains. Rapport d'Activité 2012. Institut Pasteur. Unité de génétique, papillomavirus et cancer humain; 2012 p. 54.
18. Lehtinen M, Dillner J. Clinical trials of human papillomavirus vaccines and beyond. *Nat Rev Clin Oncol*. juill 2013;10(7):400- 10.
19. Direction Générale de la Santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. Santé Publique France. 2018;22- 3.
20. Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique. Commission de la Transparence. Avis. Vaccin papillomavirus humain 9-valent, recombinant, adsorbé. HAS. 2017;25.
21. Les compétences générales des sages-femmes -Partie législative. Code de Santé Publique, 2009- 879 juill 21, 2009 p. 5.
22. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol*. 1995;141(7):680- 9.
23. Jaisamrarn U, Castellsagué X, Garland SM, & al. Natural History of Progression of HPV Infection to Cervical Lesion or Clearance: Analysis of the Control Arm of the Large, Randomised PATRICIA Study. Cameron DW, éditeur. *PLoS ONE*. 2013;8(11):e79260.
24. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, & al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ*. 2008;337(sep18 1):a1284- a1284.



25. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention du cancer du col de l'utérus. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2007;34(5):513.
26. Barré S, Massetti M, Leleu H. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. *BEH.* 2017;39- 47.
27. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: Éd. INPES; 2012. (Baromètres santé).
28. Fécondité – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926>
29. Indicateur conjoncturel de fécondité [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpees/indicateurs-fecondite/>
30. Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé. *Opinion Way.* 2011;55.
31. Londo R, Bjelland T, Girod C, & al. Prenatal and postpartum Pap smears: do we need both? *Fam Pract Res J.* 1994;14(4):359- 67.
32. Blangis F, Lopes P, Branger B, & al. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2013;41(9):499- 504.
33. Age moyen à la maternité [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>
34. Selleret L, Mathevet P. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2008;37(1):131- 8.
35. Douvier S, Filipuzzi L, Sagot P. Prise en charge d'une néoplasie intra-épithéliale du col de l'utérus en cours de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2003;31(10):851- 5.
36. Ma L, Bian M, Liu J, & al. Pregnancy related cervical cytological changes and clinical management. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2011;46(2):84- 7.
37. Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of preinvasive disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1):3- 9.
38. He G, Bian M, Wang Y, & al. Cervical cytological screening and management in pregnant and postpartum women. *Chin Med Sci J Chung-Kuo Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih.* 2005;20(4):242- 6.



39. Yoonessi M, Wieckowska W, Mariniello D, & al. Cervical intra-epithelial neoplasia in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 1982;20(2):111- 8.
40. Suzuki K, Furuhashi M, Kawamura T, & al. Comparing Papanicolaou test results obtained during pregnancy and post-partum. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(4):705- 9.
41. Morimura Y, Fujimori K, Soeda S, & al. Cervical cytology during pregnancy. Comparison with non-pregnant women and management of pregnant women with abnormal cytology. *Fukushima J Med Sci.* 2002;48(1):27- 37.
42. Broderick D, Matityahu D, Dudhbhai M. Histologic and colposcopic correlates of ASCUS pap smears in pregnancy. *J Low Genit Tract Dis.* 2002;6(2):116- 9.
43. Vlahos G, Rodolakis A, Diakomanolis E, & al. Conservative Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN2-3) in Pregnant Women. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;54(2):78- 81.
44. Boardman LA, Goldman DL, Cooper AS, & al. CIN in pregnancy: antepartum and postpartum cytology and histology. *J Reprod Med.* 2005;50(1):13- 8.
45. Wetta LA, Matthews KS, Kemper ML, & al. The Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia During Pregnancy: Is Colposcopy Necessary? *J Low Genit Tract Dis.* 2009;13(3):182.
46. INCa. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale. *Thésaurus. Recommandations et référentiels.* 2016;182.
47. Saulneron M, Descamps-Mollier M, Carcopino X. Analyse de la pratique du frottis cervico-utérin de dépistage pendant la grossesse en France: étude bicentrique rétrospective de cohorte. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* juin 2015;44(6):516- 23.
48. Peabody JW, Luck J, Glassman P, & al. Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction: A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality. *JAMA.* 2000;283(13):1715.
49. Peabody JW, Luck J, Glassman P, & al. Measuring the Quality of Physician Practice by Using Clinical Vignettes: A Prospective Validation Study. *Ann Intern Med.* 2004;141(10):771.
50. ANDEM. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col. In: *Recommandations et références médicales.* Paris; 1995. p. 9- 24.
51. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. *Recommandations pour la pratique clinique.* 2002;21.

52. Développement professionnel continu des professionnels de santé. Code de la santé publique, 2016- 41 janv 26, 2016.
53. Jestin C, Heard I, Le Lay E. Perception de la prévention du cancer du col de l'utérus – Étude qualitative auprès de jeunes filles et mères d'adolescentes. Journ Veille Sanit 2008 Inst Veille Sanit. 2008;89.
54. Wafo E, Ivorra-Deleuze D, Thuillier C, & al. Estimation de l'évolution des connaissances sur les infections à Papillomavirus humain (HPV) : résultats d'une enquête téléphonique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2010;39(4):305- 9.
55. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats. DREES. 2012;791:8.
56. INCa. Plan Cancer 2014-2019. n°2. 2015;15- 25.
57. INCa. Synthèse généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus - Etude médico-économique - Phase 1. 2015;14.
58. INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus - Etude médico-économique - Phase 2. 2016;83- 93.
59. Antony R. Les freins à la vaccination contre le papillomavirus chez les mères d'adolescentes âgées de 11 à 18 ans [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine de Créteil; 2015.

Annexes

Annexe I : Classification Bethesda 2014

Table 1. The 2014 Bethesda System

SPECIMEN TYPE:

Indicate conventional smear (Pap smear) vs. liquid-based preparation vs. other

SPECIMEN ADEQUACY

- Satisfactory for evaluation (*describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, e.g., partially obscuring blood, inflammation, etc.*)
- Unsatisfactory for evaluation . . . (*specify reason*)
 - Specimen rejected/not processed (*specify reason*)
 - Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (*specify reason*)

GENERAL CATEGORIZATION (*optional*)

- Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
- Other: See Interpretation/Result (*e.g., endometrial cells in a woman ≥ 45 years of age*)
- Epithelial Cell Abnormality: See Interpretation/Result (*specify 'squamous' or 'glandular' as appropriate*)

INTERPRETATION/RESULT

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the General Categorization above and/or in the Interpretation/Result section of the report--whether or not there are organisms or other non-neoplastic findings)

Non-Neoplastic Findings (optional to report)

- Non-neoplastic cellular variations
 - Squamous metaplasia
 - Keratotic changes
 - Tubal metaplasia
 - Atrophy
 - Pregnancy-associated changes
- Reactive cellular changes associated with:
 - Inflammation (includes typical repair)
 - Lymphocytic (follicular) cervicitis
 - Radiation
 - Intrauterine contraceptive device (IUD)
- Glandular cells status post hysterectomy

Organisms

- Trichomonas vaginalis*
- Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* spp.
- Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis
- Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* spp.
- Cellular changes consistent with herpes simplex virus
- Cellular changes consistent with cytomegalovirus

OTHER

- Endometrial cells (*in a woman ≥ 45 years of age*)
(Specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")

Table 1 (continued)

EPITHELIAL CELL ABNORMALITIES

SQUAMOUS CELL

- Atypical squamous cells
 - of undetermined significance (ASC-US)
 - cannot exclude HSIL (ASC-H)
- Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
(encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN 1)
- High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
(encompassing: moderate and severe dysplasia, CIS; CIN 2 and CIN 3)
 - with features suspicious for invasion (if invasion is suspected)
- Squamous cell carcinoma

GLANDULAR CELL

- Atypical
 - endocervical cells (NOS or specify in comments)
 - endometrial cells (NOS or specify in comments)
 - glandular cells (NOS or specify in comments)
- Atypical
 - endocervical cells, favor neoplastic
 - glandular cells, favor neoplastic
- Endocervical adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma
 - endocervical
 - endometrial
 - extrauterine
 - not otherwise specified (NOS)

OTHER MALIGNANT NEOPLASMS: (specify)

ADJUNCTIVE TESTING

Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician.

COMPUTER-ASSISTED INTERPRETATION OF CERVICAL CYTOLOGY

If case examined by an automated device, specify device and result.

EDUCATIONAL NOTES AND COMMENTS APPENDED TO CYTOLOGY REPORTS (optional)

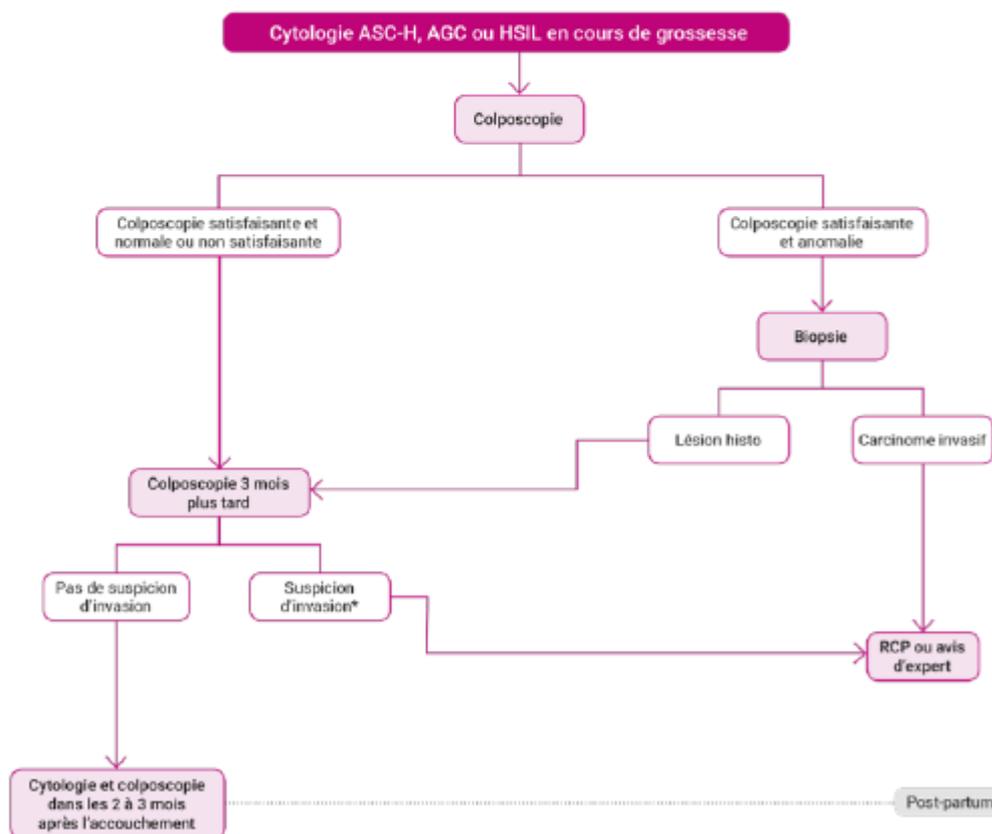
Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included).

Annexe II: Arbres décisionnels - Conduite à tenir en cas de FCU anormal découvert pendant la grossesse (INCa 2017)

Arbre 10 : Cytologie ASC-US ou LSIL découverte en cours de grossesse



Arbre 11 : Cytologie ASC-H, AGC ou HSIL découverte en cours de grossesse



Lésion histo = lésion histologique maligne intra-épithéliale d'après biopsie.
* Dans cette situation, il est recommandé de réaliser une nouvelle biopsie.



Annexe III : Formulaire

20/08/2018

Enquête sur les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le suivi de grossesse

Enquête sur les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le suivi de grossesse

Dans le cadre du mémoire de fin d'études, nous nous intéressons aux pratiques professionnelles concernant le suivi de grossesse.

Ce questionnaire comprend deux mises en situation clinique puis quelques questions. L'ensemble ne prend pas plus de 10 minutes. Il ne s'agit en aucun cas d'un test de connaissances et nous aimerions que vos réponses se rapprochent le plus possible de votre pratique habituelle.
Les réponses recueillies sont anonymes et uniquement utilisées dans le cadre de l'étude.

Nous vous remercions par avance du temps que vous y consacrerez.

KERVELLA Léa, étudiante sage-femme à l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil, à Saint-Quentin-en-Yvelines

BOURDILLON Marie, sage-femme enseignante au département maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil, à Saint-Quentin-en-Yvelines

*Obligatoire

1. Etes-vous sage-femme ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

2. Réalisez-vous des consultations prénatales ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Situation clinique 1

Vous recevez une patiente à 25 semaines d'aménorrhées pour son suivi de grossesse :

- 26 ans
- Primigeste nullipare
- Suivi de grossesse irrégulier
- Absence de suivi gynécologique en dehors de la grossesse, absence de frottis cervico-utérin

3. Selon votre pratique habituelle, que faites-vous lors de cette consultation ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous réalisez le frottis cervico-utérin
 Vous proposez de réaliser le frottis cervico-utérin lors de la visite post-natale
 Vous l'adressez à un confrère pour la prise en charge du dépistage du cancer du col
 Il ne vous paraît pas judicieux d'aborder le sujet du dépistage par frottis lors de cette consultation

4. Expliquez votre réponse (facultatif)

Rappel : situation clinique 1

Vous recevez une patiente à 25 semaines d'aménorrhées pour son suivi de grossesse :

- 26 ans
- Primigeste nullipare
- Suivi de grossesse irrégulier
- Absence de suivi gynécologique en dehors de la grossesse, absence de frottis cervico-utérin

5. Si vous aviez reçu cette patiente au terme de 10 semaines d'aménorrhées, votre prise en charge aurait-elle été différente ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 8.

6. Expliquez votre réponse (facultatif)

Situation clinique 1

7. Quelle aurait été votre prise en charge ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous auriez réalisé le frottis cervico-utérin
- Vous lui auriez proposé de réaliser le frottis-cervico-utérin à la visite post-natale
- Vous l'auriez adressé à un confrère pour la prise en charge du dépistage du cancer du col
- Il ne vous aurait pas paru judicieux d'aborder le sujet du dépistage par frottis lors de cette consultation

Rappel : situation clinique 1

Vous recevez une patiente à 25 semaines d'aménorrhées pour son suivi de grossesse :

- 26 ans
- Primigeste nullipare
- Suivi de grossesse irrégulier
- Absence de suivi gynécologique en dehors de la grossesse, absence de frottis cervico-utérin

8. Si cette patiente avait eu un suivi gynécologique régulier avant la grossesse, toujours sans avoir eu de frottis cervico-utérin, votre prise en charge aurait-elle été différente ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 11.

9. Expliquez votre réponse (facultatif)

Situation clinique 1

10. Quelle aurait été votre prise en charge ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous auriez réalisé le frottis cervico-utérin
- Vous lui auriez proposé de réaliser le frottis cervico-utérin à la visite post-natale
- Vous l'auriez adressé à un confrère pour la prise en charge du dépistage du cancer du col
- Il ne vous aurez pas paru judicieux d'aborder le sujet du dépistage par frottis lors de cette consultation

Situation clinique 2

Vous recevez une patiente à 8 semaines d'aménorrhées pour débuter son suivi de grossesse :

- 22 ans
- Primigeste nullipare
- Suivi gynécologique régulier depuis 2 ans, absence de frottis cervico-utérin
- Antécédent de cancer du col de l'utérus chez la mère

11. Selon votre pratique habituelle, réalisez vous un frottis cervico-utérin lors de cette consultation ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

12. Expliquez votre réponse *

13. A quels âges réaliseriez-vous les quatre premiers frottis cervico-utérins chez cette patiente ? (en admettant que les résultats de chaque frottis soient normaux) *

Une seule réponse possible par ligne.

	22 ans	23 ans	24 ans	25 ans	26 ans	27 ans	28 ans	29 ans	30 ans	31 ans	32 ans	33 ans	34 ans	35 ans	36 ans	38 ans	39 ans	40 ans	> 40 ans
1er frottis	<input type="checkbox"/>																		
2ème frottis	<input type="checkbox"/>																		
3ème frottis	<input type="checkbox"/>																		
4ème frottis	<input type="checkbox"/>																		

14. Pensez-vous que le frottis cervico-utérin soit techniquement plus difficile à réaliser pendant la grossesse ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non
- Autre : _____

20/08/2018

Enquête sur les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le suivi de grossesse

15. Expliquez votre réponse (facultatif)

16. Selon vous, la réalisation du frottis cervico-utérin présente-t-elle des risques pour celle-ci ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

17. Si oui, le ou lesquels?

Plusieurs réponses possibles.

- Fausses-couches
 Décollement placentaire
 Menace d'accouchement prématuré
 Infections
 Anomalies du rythme cardiaque foetal
 Autre : _____

18. Selon vous, l'état de grossesse est-il responsable d'une diminution de la fiabilité des résultats du frottis cervico-utérin ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non, les résultats pendant la grossesse sont aussi fiables qu'en dehors
 Je ne sais pas
 Autre : _____

19. Si oui, pourquoi ?

Plusieurs réponses possibles.

- Il y a plus de faux positifs (résultats pathologiques à tort, alors que le patient n'a aucune lésion)
 Il y a plus de faux-négatifs (résultats normaux à tort, alors que le patiente présente une lésion)
 Il y a plus de frottis cervico-utérins ininterprétables
 Autre : _____

20. Dans quel(s) secteur(s) exercez-vous votre activité ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Hospitalier
 Libéral
 Protection Maternelle et Infantile (PMI)
 Autre : _____

21. Dans quel(s) département(s) exercez-vous des consultations prénatales ? *

22. Etes-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Une femme
 Un homme

20/08/2018

Enquête sur les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le suivi de grossesse

23. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Moins de 25 ans
- De 25 à 34 ans
- De 35 à 49 ans
- 50 ans et plus

24. Depuis combien d'année êtes-vous diplômé(e) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Moins de 5 ans
- 5 à 9 ans
- 10 à 14 ans
- 15 ans et plus

25. De quelle(s) formation(s) disposez-vous concernant le dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Initiale (école de sage-femme, université)
- Continue (DU, DIU, autre formation)
- Abonnement(s) revue(s)
- Lecture de recommandations, articles
- Protocoles de services
- Pratique
- Aucune
- Autre : _____

26. Si vous avez cocher "formation continue" ou "abonnement(s) revue(s)", merci de préciser :

27. Lors des consultations prénatales, êtes-vous amené(e) à réaliser des frottis-cervico-utérins ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Souvent
- Parfois
- Jamais

28. Expliquez votre réponse (facultatif)

20/08/2018

Enquête sur les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant le suivi de grossesse

29. Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimeriez-vous votre aisance vis à vis de la réalisation technique du frottis cervico-utérin ? *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas à l'aise du tout, ne réalise pas de frottis	<input type="radio"/>	Très à l'aise										

30. Quelle technique utilisez-vous pour réaliser un frottis cervico-utérin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- En milieu liquide
- Sur lame

Arrêtez de remplir ce formulaire.

Nous vous remercions du temps consacré, malheureusement nous ne souhaitons interroger que les sages-femmes réalisant du suivi prénatal.

Pour plus d'informations, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante : memoiresfkerrella@gmail.com

Fourni par
 Google Forms

Annexe IV : Arrêté du 04/05/2018 – Dépistage organisé du CCU

L'arrêté du 04/05/2018 paru au JO du 06/05/2018  ajoute le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les programmes de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique qui comportait déjà le programme de dépistage organisé du cancer du sein (depuis 2004) et le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (depuis 2009).

Le cahier des charges figurant en annexe 5 de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, fixe les modalités de mise en œuvre de ce programme de dépistage organisé. Il est recommandé aux femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, incluant les femmes enceintes et les femmes ménopausées. Il doit être réalisé tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle.

Mis en œuvre par des structures en charge de la gestion des dépistages organisés des cancers, il consiste en :

- l'envoi d'invitation et de relance en direction des femmes n'ayant pas participé spontanément au dépistage dans les trois dernières années ;
- 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 rationalisation des pratiques de dépistage et l'amélioration des pratiques professionnelles (intervalles entre deux tests, suivi adapté des femmes présentant un résultat anormal/ positif, etc.) ;
- la mise en place d'actions spécifiques ou de stratégies complémentaires (accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, auto-prélèvements, unités mobiles, etc.) en direction de populations vulnérables et/ ou très éloignées du système de santé ;
- la diversification de l'offre de prélèvement s'appuyant sur les médecins généralistes, les gynécologues, 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.

L'examen cytopathologique de dépistage de prélèvement du col de l'utérus fait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie sans avance de frais, sur présentation du courrier d'invitation au programme.

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est majoritairement individuel. Sa généralisation fait partie des objectifs prioritaires du Plan cancer 2014-2019. [Une étude médico-économique en deux phases réalisée par l'Institut national du cancer a démontré l'intérêt d'instaurer un programme national de dépistage organisé du cancer du col utérin ainsi qu'un programme d'invitation et relance des femmes non participantes.](#) L'objectif de cette mesure étant la baisse de l'incidence et de la mortalité liées à ce cancer. Chaque année 3 000 femmes sont touchées par le cancer du col de l'utérus et 1 100 en décèdent.