

2016-2017

Diplôme d'état
Sage-femme



ECOLE DE SAGES-FEMMES RENE ROUCHY



UFR SANTÉ



Prise en charge des patientes ayant un frottis-cervico-utérin classé ASC-US, par les sages-femmes du Maine et Loire, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Etude monocentrique, descriptive et rétrospective réalisée entre 2012 et 2015.

NIVEAU Camille

Sous la direction du Docteur Banaszuk Anne-Sophie

Président du jury :

Dr LEGENDRE Guillaume, Praticien Hospitalier

Membres du jury :

ROUILLARD Cécile, Directrice de l'école de sages-femmes

BOUDIER Sylvie, Sage-femme

TATEOSSIAN Mylène, Sage-femme enseignante

Mémoire soutenu publiquement le Mercredi 31 mai 2017
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée NIVEAU Camille née le 17/04/1993, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé le 25 mars 2017

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Au Docteur Anne-Sophie Banaszuk, pour sa disponibilité, ses conseils, et son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

A Madame Rouillard, pour son aide précieuse.

A Laurence, pour sa disponibilité et ses encouragements.

A toutes les sages-femmes rencontrées pendant mes stages durant ces quatre années, qui m'ont appris ce métier formidable.

A ma famille qui m'a toujours soutenue pendant mes études.

A mes amis de longue date, toujours présents.

A Lucas, pour ses talents d'informaticien et de traducteur.

A ma promotion, la meilleure, pour ces années inoubliables, cette solidarité et ces nouvelles amitiés.

A Simon, sans qui rien ne serait possible.

Un grand merci à vous tous !

Sommaire

INTRODUCTION	1
MATERIEL.....	3
1) Schéma d'étude	3
2) Population	3
METHODE	3
1) Définitions	3
2) Recueil de données	5
3) Variables.....	5
4) Analyse statistique.....	5
RESULTATS.....	6
DISCUSSION	10
1) Analyse des résultats et comparaison à la littérature	10
2) Forces et limites de l'étude	14
CONCLUSION.....	14
BIBLIOGRAPHIE	16
ANNEXES	19
RESUME	22
ABSTRACT	22

Liste des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (actuellement HAS)

AGC : Atypie des cellules glandulaires

ASC-H : Atypie ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade

ASC-US : Atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CIN : Néoplasies cervicales intraépithéliales

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CPO : Centre pathologie de l'Ouest

DO : Dépistage organisé

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HSIL : Lésion intra-épithéliale de haut grade

ICO : Institut de cancérologie de l'Ouest

INCA : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques officielles en France

Loi HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

LSIL : Lésion intra-épithéliale de bas grade

SF : Sage-femme

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer féminin dans le monde [1]. En France il représente le 11^{ème} cancer féminin tout âge confondu en termes d'incidence (3028 cas en 2012), diagnostiqué en moyenne à 51 ans. Il est le 4^{ème} chez la femme de moins de 40 ans après le cancer du sein, de la thyroïde et le mélanome [2]. En France, avec 1102 décès en 2012, il constitue le 12^{ème} cancer le plus meurtrier chez la femme, avec un âge moyen lors du décès de 64 ans. L'incidence et le taux de mortalité du cancer du col diminuent depuis 1960 grâce au développement du dépistage individuel par frottis cervico-utérin (FCU), et du suivi régulier gynécologique des femmes. Cependant cette décroissance ralentit depuis les années 2000 [3]. Le pronostic de ce cancer reste relativement bon, avec un taux de survie net standardisé à 5 ans de 62% pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 [4]. Cependant c'est l'un des rares cancers pour lequel ce taux de survie est en diminution, ce qui peut être expliqué par le retard au diagnostic des femmes non dépistées [4].

Le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus est la persistance de l'infection du Papillomavirus Humain (HPV), au niveau du col de l'utérus. Il existe environ 100 génotypes de ce virus dont certains ont un potentiel oncogène, particulièrement les HPV 16 et 18 qui sont à l'origine d'environ 80% des lésions du col [5]. L'infection au Papillomavirus Humain se transmet par voie sexuelle et sa prévalence est corrélée à l'âge : elle est élevée avant 30 ans, et diminue ensuite progressivement avec l'âge [6]. Dans plus de 90 % des cas le virus s'élimine spontanément dans les 2 ans : on parle de clairance virale. Mais dans 10% des cas l'infection va persister et des lésions (appelées néoplasies intra-épithéliales ou CIN) vont apparaître, pouvant évoluer, en 10 à 15 ans, vers un cancer invasif si elles ne sont pas détectées et traitées [7]. Les autres facteurs de risques du cancer du col sont le tabagisme, les rapports sexuels précoces, les partenaires sexuels multiples, l'immunodépression (VIH notamment), la co-infection par Chlamydiae Trachomatis, ou encore le niveau socio-économique précaire (faible niveau d'étude, faibles revenus, femme vivant seule, absence de suivi gynécologique) [5].

Ainsi, de par son évolution lente et la possibilité de traiter les lésions précancéreuses, le cancer du col de l'utérus est, selon l'OMS un candidat idéal au dépistage [8]. En France L'HAS recommande, de réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans après 2 FCU normaux à un an d'intervalle [9].

Les résultats des FCU sont interprétés selon le système de Bethesda de 2001, revu en 2014 [10]. Ils sont considérés comme anormaux (4% des FCU totaux réalisés en France [11]) pour toute anomalie de sévérité supérieure ou égale à ASC-US (atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée). Face à un FCU classé ASC-US (1,4% des FCU totaux [11]), des examens complémentaires sont nécessaires car il peut être révélateur d'une simple infection transitoire ou d'une lésion plus sévère voir d'un cancer invasif.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) émet en 2002 des recommandations quant à la conduite à tenir devant un FCU anormal [12, 13]. Concernant les FCU

ASC-US, il est recommandé de réaliser un premier contrôle selon trois options sont possibles : un FCU à six mois, un test à la recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes ou une colposcopie. Le choix est laissé à la libre appréciation du praticien. Si ce premier contrôle se révèle négatif, un deuxième contrôle est nécessaire (deux FCU à un an d'intervalle). Lors d'une persistance de l'anomalie cytologique, une colposcopie doit être réalisée avec ou sans biopsie [12].

En France, la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU est insuffisante: 53,3% entre 2007 et 2009 [4], notamment du fait qu'il n'existe pas de programme national de dépistage organisé. Depuis le début des années 1990 quatre départements ont mis en place des programmes pilotes de dépistage organisé, rejoints en 2010 par neuf autres départements dont le Maine et Loire. Près de 2,4 millions de femmes sont concernées par cette expérimentation du dépistage organisé qui consiste à inciter, par courrier, les femmes de 25 à 65 ans dont le dernier FCU date de plus de 3 ans, à consulter un médecin, un gynécologue ou une sage-femme pour réaliser un FCU. Une relance est envoyée après neuf mois si la femme n'a pas réalisé son FCU. Cette expérimentation prévoit aussi le suivi des FCU anormaux des femmes de 25 à 65 ans en envoyant un courrier au prescripteur du FCU après quatre à huit mois, selon la gravité de la lésion, si aucun suivi n'a été réalisé. Si le prescripteur n'arrive pas à joindre la patiente, un courrier est alors adressé à cette dernière.

Dans les treize départements en expérimentation, le taux de couverture du dépistage par FCU a augmenté de 10,8 points suite aux actions mises en place [2], dans le Maine et Loire ce taux atteint 63,6% en 2012. On peut préciser que le taux de couverture du dépistage décroît à partir de l'âge de 50 ans (moins de 50% pour les femmes de plus de 55 ans contre 65% pour les femmes de 25 et 45 ans) [4].

Le 3^{ème} Plan Cancer 2014 -2019 a en partie pour objectifs d'étendre le dépistage organisé au niveau national afin d'augmenter le taux de couverture, d'améliorer le suivi des lésions pathologiques et de réduire les inégalités d'accès au dépistage [14].

CAP Santé 49 est la structure de gestion des dépistages organisés des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal en Maine et Loire. C'est une association à but non lucratif régit par la loi 1901. Un médecin (Docteur Banaszuk) et une secrétaire sont dédiés au dépistage du cancer du col de l'utérus. Les résultats de tous les FCU réalisés chez les femmes habitant dans le Maine et Loire sont collectés à partir des fichiers des 25 caisses d'assurance maladie et des comptes rendus de frottis des médecins pathologistes. Ils sont ensuite intégrés automatiquement dans le logiciel ZEUS de CAP Santé 49. En Maine et Loire, c'est cette structure qui envoie aux femmes les courriers d'incitation au dépistage (**Annexe 1**).

Depuis la loi 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), la sage-femme a les compétences et participe, au même titre que les médecins généralistes et les gynécologues, au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU [9]. Le rôle de la sage-femme s'arrête à la détection d'une lésion pathologique

et doit, dans ce cas, réorienter la patiente vers un gynécologue ou un médecin généraliste pour le suivi spécifique [15].

Problématique : Comment les sages-femmes sont-elles impliquées dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et la prise en charge des FCU anormaux, dans le cadre du suivi gynécologique de prévention ?

L'objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge des FCU ASC-US, par les sages-femmes du Maine et Loire, entre 2012 et 2015. L'objectif secondaire était de connaître l'évolution de l'implication des sages-femmes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU depuis 2012.

Matériel

1) Schéma d'étude

Etude monocentrique, descriptive, rétrospective, non interventionnelle concernant la prise en charge des FCU classés ASC-US des femmes de 25 à 65 ans, réalisée par les sages-femmes exerçant dans le Maine et Loire, du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2015. Les données ont été recueillies à partir de la base de données ZEUS de CAP Santé 49.

2) Population

A partir de la base de données de CAP Santé 49, dont les critères d'inclusion et d'exclusion sont exposés en **Annexe 2**, ont été inclus les FCU réalisés par une sage-femme exerçant dans le Maine et Loire, entre 2012 et 2015, classés ASC-US. Ont été exclus les FCU réalisés avant 2012 et après 2015, les FCU réalisés par un autre praticien qu'une sage-femme, les FCU normaux et les FCU anormaux autres que ASC-US réalisés par une sage-femme.

Méthode

1) Définitions

Le frottis cervico-utérin permet une analyse cytologique des cellules prélevées au niveau du col de l'utérus, plus précisément sur la zone de jonction endocol-exocol. Sa sensibilité est de 66% s'il est réalisé de façon conventionnelle, c'est-à-dire sur lames. Il peut aussi être réalisé en phase liquide avec une meilleure sensibilité (83%) puisqu'il n'y a pas de variabilité inter-observateur concernant

l'interprétation [20]. Selon le système Bethesda 2001, le FCU est considéré comme anormal s'il existe une anomalie des cellules malpighienne :

- atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US),
- atypie ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H),
- lésion intra-épithéliale de bas grade (LSIL) : regroupant les dysplasies légères (CIN 1),
- lésion intra-épithéliale de haut grade (HSIL) : regroupant les dysplasies modérées et sévères (CIN 2 et 3),
- carcinome épidermoïde.

Il existe aussi des anomalies au niveau des cellules glandulaires :

- atypie des cellules glandulaires (AGC),
- adénocarcinome.

Le test à la recherche d'ADN viral d'HPV permet de détecter la présence d'un Papillomavirus Humain oncogène par la technique de biologie moléculaire PCR (polymerase chain reaction), à partir d'un prélèvement de cellules du col de l'utérus. Il peut être demandé rétrospectivement dans un délai de deux mois, lorsque le FCU initial a été pratiqué en phase liquide. Si le FCU initial a été pratiqué sur lames, un nouveau prélèvement doit être réalisé. Le résultat du test HPV est positif si un ou plusieurs types d'HPV sont détectés (le génotype peut être précisé selon le kit de détection). Ce test de dépistage permet d'atteindre une sensibilité supérieure à 95% [20].

La colposcopie est un examen visuel du col de l'utérus grâce à une loupe grossissante (coloscope) qui a pour but de repérer les anomalies de la muqueuse du col et d'en préciser la topographie. Elle est satisfaisante si la jonction pavimento-cylindrique du col est visualisée. La colposcopie est indispensable à la réalisation de biopsie qui est le seul outil permettant d'affirmer le diagnostic des lésions précancéreuses et du cancer invasif. La biopsie est anormale si elle révèle un cancer ou une lésion histologique précancéreuse : CIN 1 qui est une lésion de bas grade et CIN 2 et 3 qui sont des lésions de haut grade.

Cette étude se focalisait sur le suivi des FCU classés ASC-US. Le suivi était considéré comme conforme s'il respectait les recommandations pour la pratique clinique, concernant la conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis anormal de l'ANAES 2002, détaillées en **Annexe 3**.

Les résultats des FCU, des tests HPV et des biopsies de cette étude ont été analysés par des médecins pathologistes expérimentés du Centre Pathologie de l'Ouest (CPO), du département de pathologie tissulaire du CHU d'Angers, du service d'anatomo-pathologie de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO).

2) Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé à partir de la base d'informations ZEUS de CAP Santé 49 : des requêtes ont été réalisées par un informaticien pour extraire les données correspondant aux critères d'inclusions nécessaires à l'étude. Pour des soucis de confidentialité, les données issues de la base de CAP Santé 49 ont été recueillies de façon anonyme, dans leurs locaux. Cette étude a obtenu une autorisation (n°1410571) de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) dans le cadre de la protection des personnes. L'avis du comité d'éthique n'était pas nécessaire pour cette étude. Pour pallier à certaines données manquantes, le Dr Banaszuk a joint en décembre 2016, par téléphone les sages-femmes des patientes qui n'avaient pas de suivi renseigné dans le logiciel de CAP Santé 49 suite à un FCU ASC-US diagnostiqué.

3) Variables

Les données recueillies pour cette étude comprenaient :

- la date de naissance de la femme,
- l'adresse de la femme,
- la date de réalisation du FCU,
- la technique utilisée (sur lames ou phase liquide),
- l'identité et le mode d'exercice de la sage-femme ayant effectué le FCU,
- l'identité du cytopathologiste ayant analysé le FCU,
- le résultat cytologique du FCU selon la classification Bethesda,
- l'identité du médecin généraliste ou du gynécologue si la patiente était réorientée.

Les données précisaient aussi si le FCU avait été réalisé dans le cadre du dépistage organisé, c'est-à-dire que la femme avait reçu un courrier d'incitation par CAP Santé 49 ou lors d'un dépistage individuel spontané.

Le suivi réalisé suite à un FCU anormal était précisé:

- date et résultat cytologique des FCU de contrôle,
- date et résultat des tests à la recherche d'ADN viral HPV (le type d'HPV était précisé),
- date et résultat des coloscopies (si elles avaient nécessité une biopsie le résultat histologique était précisé).

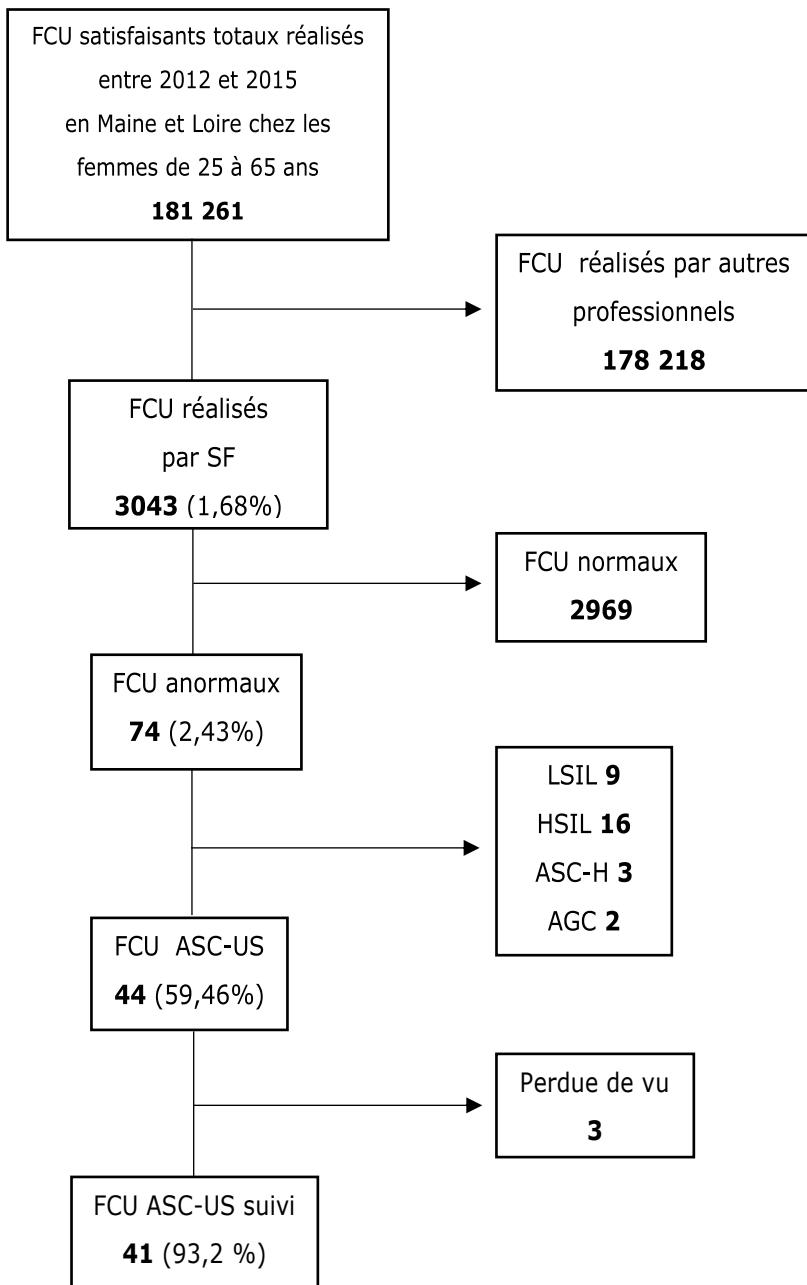
Enfin si le suivi avait nécessité une conisation, son résultat était précisé.

4) Analyse statistique

Les données recueillies ont été enregistrées dans un tableau sur le logiciel Microsoft Office Excel®. Pour l'analyse des données quantitatives, les méthodes de statistiques descriptives ont été utilisées

(moyenne, écart type et médiane). Pour les données qualitatives, le test de Fisher a été utilisé si les effectifs étaient inférieurs à cinq et le test du Chi-2 s'ils étaient supérieurs à cinq, avec le logiciel en ligne BiostaTGV®. Le risque α de première espèce à 95% a été choisi, le seuil de significativité p est donc fixé à 0,05.

Résultats



SF = sages-femmes

Figure 1 : Flow chart représentant la sélection des FCU ASC-US réalisés par les sages-femmes du Maine et Loire, chez les femmes de 25 à 65 ans, entre 2012 et 2015.

Tableau I : Répartition des FCU réalisés par les sages-femmes entre 2012 et 2015 dans le Maine et Loire chez les femmes de 25 à 65 ans.

	N (%)	p-value
FCU par les SF		
2012	397 (0,86%)	
2013	538 (1,22%)	
2014	802 (1,80 %)	<0,05
2015	1306 (2,81%)	
Répartition par tranche d'âge		
25-34 ans	1917 (63%)	
35-44 ans	731 (24%)	<0,05
≥ 45 ans	395 (13%)	
FCU dans le cadre du DO		
2012	119 (30%)	
2013	101 (18,8%)	
2014	297 (37,1%)	<0,05
2015	804 (61,6%)	
FCU sur lame		
2012	257 (64,7%)	
2013	367 (68,2%)	
2014	565 (70,4%)	NS
2015	737 (56,4%)	
FCU en phase liquide		
2012	56 (14,1%)	
2013	134 (24,9%)	<0,05
2014	224 (27,9%)	
2015	563 (43,1%)	
FCU normaux		
2012	389 (97,98%)	
2013	522 (97,03%)	
2014	772 (96,26%)	NS
2015	1286 (98,47%)	
FCU ASC-US		
2012	6 (1,51%)	
2013	8 (1,49%)	
2014	18 (2,24%)	NS
2015	12 (0,92%)	

* NS = non significatif SF = sages-femmes DO = dépistage organisé

D'après le **Tableau I**, le nombre de FCU réalisés par les sages-femmes augmente de façon significative par rapport aux FCU totaux du département, de même pour la part de FCU réalisée dans le cadre du dépistage organisé. Le nombre de FCU réalisé diminue significativement avec l'âge de la femme.

Au total, entre 2012 et 2015 les sages-femmes ont réalisé 3043 (1,68%) des FCU chez les femmes de 25 à 65 ans du Maine et Loire, dont 1321 (43,4%) dans le cadre du dépistage organisé. Sur les 3043 FCU réalisés par les sages-femmes, 977 (32,1%) ont été faits en phase liquide et 1926 (63,3%) sur lames. Il en résultait 2969 (97,57%) FCU normaux et 74 (2,43%) FCU anormaux dont 44 (59,5%) étaient classés ASC-US, soit 1,45% des FCU totaux réalisés par les sages-femmes.

Tableau II : Répartition des FCU ASC-US réalisés par les sages-femmes dans le Maine et Loire entre 2012 et 2015 chez les femmes de 25 à 65 ans.

N = 44 Moyenne d'âge = 33,9 ans +/- 6,7

	N (%)	p-value
Tranche d'âge		
25 - 34 ans	26 (59,1%)	
35 - 44 ans	15 (34,1%)	<0,05
≥ 45 ans	3 (6,8%)	
Mode d'exercice SF		
Libéral	33 (75%)	
Hospitalier	11 (25%)	<0,05
Méthode		
Sur lames	28 (63,6%)	
Phase liquide	16 (36,4%)	<0,05
Cadre du dépistage		
Dépistage individuel	29 (65,9%)	
Dépistage organisé	15 (34,1%)	< 0,05
Réorientation gynécologue		
	22 (50%)	NA*

* NA = non applicable SF = sage-femme

D'après le **Tableau II**, le nombre de FCU ASC-US diminue significativement avec l'âge de la femme. La majorité des FCU ASC-US a été réalisée par une sage-femme libérale et sur lames. Le dépistage était significativement plus réalisé dans le cadre individuel.

Sur le nombre de FCU total réalisés par les sages-femmes le taux de FCU ASC-US était de 1,36% entre 25 et 34 ans, 2,05% entre 35 et 44 ans et 0,76% à partir de 45 ans.

La moitié des sages-femmes a réorienté leur patiente vers un gynécologue, dans les 6 cas où la colposcopie avait été choisie comme contrôle, dans 5 cas où le FCU de contrôle était anormal, dans 3 cas où le test HPV de contrôle était positif et dans 8 cas où le FCU ou le test HPV de contrôle étaient normaux.

Tableau III : Suivi des FCU ASC-US réalisés par les sages-femmes dans le Maine et Loire entre 2012 et 2015 chez les femmes de 25 à 35 ans.

	N (%)
Aucun contrôle réalisé	3 (6,8%)
Contrôle réalisé	41 (93,2%)
• FCU	18 (43,9%)
<i>Délai moyen en mois (mini- maxi)</i>	<i>6,1 (1-12)</i>
• Test HPV	17 (41,5%)
<i>Délai moyen en jours (mini- maxi)</i>	<i>16,7 (4-48)</i>
• Colposcopie	6 (14,3%)
<i>Délai moyen en jours (mini- maxi)</i>	<i>91,3 (5-188)</i>

D'après le **Tableau III**, un contrôle a été réalisé pour 93,2% des FCU ASC-US. Le délai moyen de réalisation pour chaque type de contrôle a été calculé.

Pour 7 FCU ASC-US, aucun contrôle n'était documenté dans la base de données ZEUS de CAP Santé 49. Suite aux relances téléphoniques réalisées auprès des sages-femmes prescriptrices :

- Pour une patiente un FCU de contrôle a été réalisé par un médecin généraliste, le résultat était négatif.
- Pour trois patientes un test HPV a été réalisé mais n'était pas documenté dans le logiciel ZEUS, les trois étaient négatifs.
- Pour trois patientes aucun contrôle n'a été réalisé (perdues de vue), un nouveau courrier d'incitation leur a été envoyé, elles ont donc été réintégrées dans le dépistage organisé.

Sur les 18 FCU de contrôles réalisés, le délai moyen de réalisation était de 6,1 mois et 4 FCU (22,2%) ont été effectués après 6 mois.

Les 17 tests à la recherche d'ADN viral d'HPV ont été réalisés dans un délai moyen de 16,7 jours. Pour les 6 coloscopies, le délai moyen était de 91,3 jours.

Suite aux 41 contrôles effectués, 4 lésions de bas grades (CIN 1), 5 lésions de haut grade (CIN 2) ont été diagnostiquées et 4 conisations ont été réalisées.

Discussion

1) Analyse des résultats et comparaison à la littérature

Selon notre étude les sages-femmes réalisent les FCU en majorité chez les femmes jeunes (25-34 ans), elles prennent donc en charge, le suivi gynécologique des femmes en âge de procréer (en France l'âge moyen du premier enfant est de 28,5 ans pour la femme selon l'Insee [16]). En effet les sages-femmes ont l'occasion de poursuivre le suivi gynécologique des femmes qu'elles ont suivies pendant leurs grossesses. La base de données de CAP Santé 49 ne précise pas si le FCU a été réalisé chez une patiente enceinte, celui-ci étant recommandé au premier trimestre de la grossesse si le dernier date de plus de trois ans. Il y a peu de femmes âgées de plus de 50 ans qui consulte une sage-femme pour la réalisation de leur FCU, sûrement par méconnaissance des compétences de ces dernières, pensant qu'elles ne prennent en charge que la grossesse et l'accouchement. Le moment opportun pour les informer serait lors de la rééducation périnéale qui est le principal motif de consultation d'une sage-femme pour les femmes de cette tranche d'âge.

Notre étude a permis de mettre en évidence l'implication croissante des sages-femmes du Maine et Loire, dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet le nombre de FCU réalisé par les sages-femmes est trois fois plus élevé en 2015 qu'en 2012, mais il faut rester prudent sur l'interprétation de ce résultat significatif car les effectifs sont très faibles puisque la part des FCU effectuée par les sages-femmes est inférieure à 3% des FCU totaux réalisés dans le département. Une marge d'amélioration importante est possible si certaines sages-femmes ne réalisent pas de FCU en pratique courante. L'envoi des courriers d'incitation à la réalisation d'un FCU de Cap Santé 49 peut expliquer cette nette augmentation puisque la sage-femme est citée comme professionnel à consulter pour la réalisation du FCU. Les chiffres de CAP Santé 49 concernant l'année 2016 confirment cette tendance croissante avec 1688 FCU réalisés par les sages-femmes contre 1306 en 2015. Ces dernières, ayant les compétences pour assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé, représentent un acteur très important dans le dépistage du cancer du col, au même titre que les médecins généralistes et des spécialistes en gynécologie médicale, d'autant plus que dans certains départements, ces derniers sont en nombre insuffisant. Ce n'est pas le cas pour le Maine et Loire mais par exemple en Mayenne, département limitrophe, le nombre de spécialistes en gynécologie médicale est en diminution [17].

Entre 2012 et 2015 le dépistage organisé prend une place croissante: le nombre de FCU réalisé par les sages-femmes suite à un courrier d'incitation envoyé par CAP Santé 49 a été multiplié par 6. En 2012 et 2013 le taux de FCU réalisé dans le cadre du dépistage organisé était plus faible car seuls les courriers de relances étaient envoyés, les courriers d'incitation n'avaient pas été envoyés par CAP Santé 49 par manque de financement. Selon nos résultats, en 2015, le Maine et Loire atteint le taux de 61,6% FCU réalisé par les sages-femmes suite à un courrier d'incitation. Comme dit précédemment, le fait d'envoyer des courriers d'incitation a un impact croissant sur la réalisation du nombre de FCU par les

sages-femmes. Cette augmentation est aussi retrouvée pour le nombre de FCU total réalisé par l'ensemble des professionnels du Maine et Loire : augmentation de 10,5 points du taux de dépistage par FCU entre 2010 et 2012 chez les femmes de 25 à 65 ans, du fait de la mise en place de l'expérimentation du dépistage organisé [18].

D'après nos résultats, le taux de FCU normal chez les sages-femmes est resté stable sur les quatre années étudiées : 97,57% en moyenne. Ce qui semble logique puisque les sages-femmes réalisent un suivi gynécologique de prévention et de ce fait réorientent la patiente vers un médecin généraliste ou gynécologue si une lésion est dépistée.

Notre étude a aussi permis de connaître le taux de FCU anormal réalisé par les sages-femmes entre 2012 et 2015 (2,43%) et plus particulièrement la prise en charge de 44 FCU classés ASC-US, qui est la lésion la plus fréquente.

Peu de travaux en France ont été réalisés sur les FCU ASC-US : en Isère une étude avait évalué le suivi des FCU ASC-US par les médecins entre 1991 et 2000 mais ne concernait que les femmes de 50 à 74 ans et se déroulait avant les recommandations de l'ANAES 2002, le test HPV n'était pas encore proposé comme option diagnostique. Cette étude avait montré que sur 1154 femmes présentant un FCU ASC-US, le suivi était conforme aux recommandations dans 28,4% des cas [19].

En 2011 une étude a été réalisée avec la base de données de CAP Santé 49 concernant le suivi des FCU ASC-US par les médecins généralistes du Maine et Loire, chez les femmes de 25 à 65 ans, avec un taux de suivi conforme de 93,6% [20]. La moyenne d'âge de la population était de 41 ans, nettement supérieure à celle de notre étude qui était de 33,9 ans confirmant l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes prennent en charge le suivi gynécologique des femmes plutôt jeunes. Concernant les sages-femmes il n'y a aucune autre étude qui ont été réalisés sur les FCU ASC-US.

Le taux de FCU anormal de 2,43% dans notre étude est inférieur au taux moyen national de 4% [11] et à celui du Maine et Loire de 3,4% [18] (sur la période 2010-2012). La moyenne d'âge de notre population étant de 33,9 ans on aurait pu s'attendre à un taux plus élevé puisque la tranche d'âge 25 – 34 ans est celle où la prévalence de l'infection à l'HPV est maximale et donc celle où le taux de FCU anormal est le plus important [21].

Le taux moyen de FCU ASC-US chez les femmes de 25 à 65 ans dans notre étude est de 1,45%, et reste relativement stable sur les quatre années. Il est légèrement inférieur au taux décrit dans l'étude de la prise en charge par les médecins généralistes en 2011 qui est de 1,87% [20], mais correspond au taux national de 1,4% [11]. Dans l'évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par Santé publique France [18], ce taux est de 2% pour les FCU totaux entre 2010 et 2012 dans le Maine et Loire.

Nos résultats montrent que le taux de FCU ASC-US diminue nettement après 45 ans. Les FCU avait été répartis en seulement 3 classes d'âge car les effectifs étaient trop faibles pour obtenir des résultats

exploitables. Dans l'étude réalisée par les médecins généralistes [20] et dans le rapport de Santé publique France le taux diminue aussi nettement après 50 ans [18].

Dans notre étude les FCU ASC-US ont été significativement plus réalisés par des sages-femmes libérales que par des sages-femmes hospitalières. Cette différence est expliquée par le fait que les sages-femmes libérales réalisent les consultations de suivi de grossesse et du post-partum ainsi que le suivi gynécologique global, elles ont donc plus l'occasion de réaliser les FCU que les sages-femmes exerçant à l'hôpital qui ne voient les femmes que pour les deux dernières consultations de grossesse et l'accouchement, qui ne sont pas des moments opportuns recommandés pour la réalisation des FCU. Par ailleurs les jeunes sages-femmes diplômées, qui sont de plus en plus à s'installer en cabinet libéral sont plus sensibilisées au suivi gynécologique et donc à la réalisation de FCU puisque cela fait partie de leur formation initiale, ce qui n'était pas le cas avant l'acquisition des nouvelles compétences des sages-femmes en 2009. Notre étude montre que 36,4% des FCU ASC-US ont été réalisés en phase liquide par les sages-femmes contre seulement 13% par les médecins généralistes [20], ceci peut être expliqué par le fait qu'en 2011 la phase liquide était encore peu développée et que les médecins avaient pris l'habitude d'utiliser la technique sur lames qui était la seule méthode avant le développement de la phase liquide.

Les sages-femmes ont réalisé le premier contrôle de leurs patientes ayant un FCU ASC-US dans 50% des cas alors que leurs compétences s'arrêtent au dépistage d'un FCU pathologique. Le FCU ASC-US est défini comme anormal donc les sages-femmes devraient réorienter leurs patientes pour réaliser le premier contrôle et non le faire elles-mêmes. Le seul cas où il est possible pour la sage-femme de faire le premier contrôle d'un FCU ASC-US est le test HPV si le FCU initial a été réalisé en phase liquide puisqu'il suffit de contacter par téléphone (dans les 2 mois) le laboratoire pour demander d'effectuer la recherche d'ADN viral. Dans les 50% où les sages-femmes ont réorienté leur patiente, elles l'ont toutes fait vers un gynécologue et aucunes vers un médecin généraliste. On peut expliquer cela par le fait que les sages-femmes sont plus habituées à travailler aux côtés des gynécologues que des médecins généralistes. Il pourrait être intéressant de développer cette collaboration entre sages-femmes et médecins généralistes.

Selon nos résultats, 93,2% des FCU ASC-US ont été contrôlé, ce chiffre est quasiment identique à celui des médecins généralistes en 2011 (93,6%) [20]. Cependant ce premier contrôle était dans 41,5% des cas par test HPV dans notre étude contre seulement 5,3% pour les médecins généralistes. Cette part importante de premier contrôle par test HPV est en lien avec la part importante de FCU initial réalisée en phase liquide par les sages-femmes. Le délai moyen de réalisation du test HPV étant de 16,7 jours, on peut dire que les sages-femmes sont réactives face à un FCU ASC-US. Le délai moyen pour la colposcopie était plus long (91,3 jours soit environ 3 mois), ce qui est normal puisque la patiente doit forcément être réorientée vers un gynécologue qui possède le matériel et les compétences

nécessaires pour réaliser les coloscopies avec un délai de rendez-vous plus ou moins long. Enfin concernant le FCU de contrôle, le délai moyen était de 6,1 mois ce qui montre que la prise en charge des FCU ASC-US par les sages-femmes correspond aux recommandations de l'ANAES 2002 (FCU de contrôle à réaliser à 6 mois).

Dans notre étude, 3 patientes sur les 44 ayant un FCU ASC-US ont été perdues de vue lors d'une réorientation vers un gynécologue, il est primordial que les sages-femmes et les gynécologues collaborent pour assurer un suivi le plus efficient possible.

En France, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus va être généralisé au niveau national en 2018 et constitue une priorité du 3^{ème} Plan Cancer 2014-2019 [14] pour lutter contre les inégalités d'accès au dépistage et réduire l'incidence de ce cancer. Le taux attendu de FCU anormal est de 3,9% ce qui représentera 235 000 femmes chaque année [14]. Au regard de la raréfaction des spécialistes en gynécologie médicale dans certaines régions, les médecins généralistes et les sages-femmes seront de plus en plus impliqués dans le dépistage et le suivi de ces FCU anormaux. Les recommandations concernant le suivi des lésions anormales ont été actualisées par l'Institut national du cancer (INca) en décembre 2016 dans « *Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale* » [22], présentées en **Annexe 4**, pour faciliter la mise en place de ce dépistage organisé national. Concernant les FCU ASC-US, l'INca recommande désormais le test à la recherche de l'ADN viral HPV comme premier contrôle d'un FCU ASC-US, s'il est négatif, un FCU de contrôle est réalisé 3 ans après, s'il est positif une coloscopie est effectuée, avec biopsie si anomalie. La conduite à tenir est donc simplifiée avec une seule possibilité de contrôle et non plus trois. Pour les femmes de moins de 30 ans une option est possible: le double immuno-marquage p16/Ki67. Cet examen immunohistochimique ne peut être réalisé que sur un FCU en phase liquide et permet de trier les femmes qui présentent un risque d'évolution vers une lésion cancéreuses nécessitant une coloscopie de celles qui nécessitent seulement un suivi car le risque d'évolution vers le cancer est très faible. Sa sensibilité est comparable au test HPV mais il bénéficie d'une meilleure spécificité pour prédire la présence d'un CIN 2 [23]. Selon nos résultats, les sages-femmes choisissaient dans 43% des cas le test HPV comme premier contrôle d'un FCU ASC-US, on peut donc dire qu'elles pourront facilement s'adapter aux nouvelles recommandations. A l'avenir la méthode de FCU sur lames tend à disparaître au profit de la phase liquide pour réaliser tous les FCU de dépistage [14].

La majorité des femmes suivies par les sages-femmes sont en âge de procréer, la prise en charge des FCU ASC-US est donc primordiale pour le pronostic obstétrical de ces jeunes femmes. En effet les conisations réalisées chez des femmes de moins de 25 ans qui ont bénéficié d'un FCU de dépistage trop précocement sont un facteur de risque d'accouchement prématuré [24,25]. L'immuno-marquage de la protéine 16 chez les femmes de moins de 30 ans ayant un FCU ASC-US, permettraient de diminuer le nombre de coloscopie inutile et de conserver le pronostic obstétrical de ces jeunes femmes.

La vaccination est le moyen de prévention primaire contre le cancer du col, les sages-femmes sont habilitées à le prescrire aux jeunes filles de 11 à 14 ans (avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans) et qui permet de réduire le risque d'infection au Papillomavirus Humain qui est le facteur de risque principal de développement de lésions précancéreuses. La vaccination ne doit pas empêcher le dépistage par FCU à partir de 25 ans.

Certaines femmes échappent à tout dépistage, une étude a été mené entre 2010 et 2013 sur 125 519 femmes de France pour déterminer les facteurs de non-participation : femmes de plus de 50 ans, invalides, habitant en zones géographiques identifiées comme défavorisées, bénéficiant de la CMU, sans médecin traitant, dépendantes à l'alcool, monoparentale, atteintes de certaines affections longues durées (obésité, diabète, VIH, pathologie psychiatrique) [26]. Pour ces femmes, le dépistage organisé national devra trouver des solutions pour obtenir un taux maximal de couverture du dépistage. Par exemple le dépistage par auto-prélèvement vaginal ou urinaire peut être proposé comme alternative pour les femmes réticentes à un dépistage classique par FCU.

2) Forces et limites de l'étude

Notre étude est la première décrivant la prise en charge des FCU ASC-US par les sages-femmes. Elle a été réalisée sur quatre ans pour avoir un recul suffisant des suivis. Le recueil de données est le plus exhaustif possible puisque CAP Santé 49 collecte les résultats de tous les FCU chez les femmes habitant dans le département et permet donc une étude descriptive fiable. Le biais important de cette étude est les faibles effectifs expliqués par le fait que les compétences des sages-femmes concernant la réalisation des FCU de dépistage et le suivi gynécologique sont assez récentes.

Conclusion

Nous avons montré que les sages-femmes ne représentent qu'une faible part dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, mais celle-ci ne cesse d'augmenter depuis l'acquisition des nouvelles compétences concernant le suivi gynécologique de prévention et l'impact des courriers d'incitation du dépistage organisé. Les sages-femmes sont donc confrontées à la prise en charge de FCU anormaux : elles doivent dans ce cas réorienter la femme vers un gynécologue. Cependant notre étude a montré que 50% des sages-femmes effectuaient le premier contrôle sans réorienter leur patiente. Les nouvelles recommandations de l'INCa vont faire évoluer les pratiques en préconisant le test HPV comme premier contrôle face à un FCU ASC-US, ce que la sage-femme est habilitée à demander si le FCU initial était en phase liquide.

Il est primordial de diffuser les nouvelles recommandations de l'INCa de décembre 2016 sur la conduite à tenir des frottis anormaux à toutes les sages-femmes ainsi qu'aux médecins généralistes et gynécologues. En 2018, lorsque le dépistage organisé sera mis en place au niveau national, il sera alors

possible d'avoir un recueil exhaustif de tous les FCU et de tous les suivis des FCU ASC-US réalisés en France. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus va faire évoluer les pratiques du métier de sage-femme, elles doivent donc être prêtes à ces changements en actualisant régulièrement leurs connaissances concernant la prévention primaire et dépistages des cancer du col de l'utérus.

Bibliographie

1. A. Anttila, Z.M. Chirenje, D. Aoki, M. Arbyn, J. Austoker, L.A. Denny. IARC Handbook of Cancer Prevention Volume 10 - Cervix Cancer Screening [Internet]. 2005 [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/>
2. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 [Internet] 2013. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>
3. Nicolas Duport, Jérôme Viguier, Anne Garnier, Anne-Sophie Woronoff, Isabelle Heard, Ken Haguenoer. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire - Pathologie cervico-utérine: dépistage et surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses [Internet]. 2014 [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html
4. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, Bouvier A-M, Colonna M, Bossard N, Woronoff A-S, Grosclaude P. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 1: tumeurs solides [Internet]. 2016 [cité 3 nov 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine-1989-2013-Partie-1-tumeurs-solides>
5. Haute autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus – Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. 2013 [cité 26 oct 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentiepls-format2clic-kc-col-uterus-2013-30-08-vf-mel.pdf>
6. Institut National du Cancer. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus – Etat des connaissances juin 2013 [Internet]. 2013 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur : [http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/DocumentsPDF/Rapport/INCa/FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013\[1\].pdf](http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/DocumentsPDF/Rapport/INCa/FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013[1].pdf)
7. Nicolas Duport. Maladies chroniques et traumatismes - Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - Etat des connaissances [Internet]. 2007 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_col_uterus__connaissances.pdf
8. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers, No.34. World Health Organization. Geneva, 1968.
9. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010 [cité 01 déc 2016]. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luteras.pdf

10. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis-cervico-utérin [Internet]. 2002 [cité 15 sep 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf

11. Christine Bergeron, Isabelle Cartier, Laurence Guldner, Mathilde Lassalle, Alexia Savignoni, Bernard Asselain. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002 [Internet]. 2002 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Invs/BEH/2005/02/02.pdf>

12. Association Française d'Assurance de Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques. Système Bethesda 2001 [Internet]. 2001 [cité 14 déc 2016]. Disponible sur : https://www.afaqap.fr/sites/default/files/systeme_bethesda-2001.pdf

13. Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique – Prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2007 [cité 15 sep 2016]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf

14. Institut National du Cancer. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. [cité 15 sep 2016]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

15. Légifrance. Code de la santé publique - Article L4151-1 [Internet]. [cité 15 fév 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>

16. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 | Insee N°1642 [Internet]. [cité 28 mar 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>

17. Le Breton-Lerouillois. G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. [Internet]. 2016 [cité 28 mar 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

18. Duport N, Beltzer N. Evaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux - Expérimentation 2010-2014 [Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

19. Billette de Villemeur A, Poncet F, Garnier A. Évaluation de la prise en charge des femmes de 50 à 74 ans après frottis du col de l'utérus répondu Ascus dans un dépistage organisé en Isère 1991-2000. Gynecol Obstet Fertil 2009;37(10):78795

20. Giuria C, Guiheneuc E, Coimet F, Caillez E, Baron C. Suivi par les médecins généralistes des frottis cervico-utérins classés ASC-US. Santé Publique. 31 déc 2015;27(5):659 67.

21. Heard I, Tondeur L, Arowas L, Falguières M, Demazoin MC. Distribution des papillomavirus humains (HPV). Bull Epidémiol Hebd. 2014;(13-14-15):241-8. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-15/2014_13-14-15_5.html
22. Institut National du Cancer. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormal [Internet]. 2016 [cité 28 jan 2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale-Version-interactive-a-telecharger>
23. Blanc B, Estrade JP, Agostini A. Le frottis de dépistage : forces limites et optimisation [Internet]. 2007 [cité 02 mar 2017]. Disponible sur : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1146
24. Baldauf J, Baulon E, Thoma V, Akladios C. Conséquences obstétricales du traitement des néoplasies intraépithéliales du col. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 42, n°6 pages 534-540
25. Maura G, Chaignot C, Weill A, Alla F, Heard I. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(2-3):32-8. [cité 01 fév 2017]. Disponible sur : http://invs.santepubliefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_2.
26. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(2-3):39-47. [cité 01 fév 2017]. Disponible sur :http://invs.santepubliefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_3.h

Annexes

Annexe 1 : Exemple de courrier d'incitation envoyé par CAP Santé 49.



CAP SANTÉ 49
Espace Patton
355, Avenue du Général Patton
49000 ANGERS

Tél. 02 41 05 06 73 - Fax. 02 41 24 02 85
capsante49@capsante49.fr
<http://www.depistage-cancer-paysdelaloire.fr>

PRENEZ SOIN DE VOUS
FAITES UN PETIT GESTE QUI PEUT
VOUS SAUVER LA VIE



N° de dossier :
Date dernier frottis :
Date de naissance :
N° de Sécurité Sociale :
Caisse :

MADAME

PI - 1132 - 12/16
UTE - INV - 0490378040

001-000-009

Angers, le 12 décembre 2016

Les partenaires
du programme

Madame,

Pour toutes les femmes de **25 à 65 ans**, un frottis de dépistage est indispensable au moins tous les **3 ans** : c'est le meilleur moyen de dépister le cancer du col de l'utérus.

Enceinte ou ménopausée, vous pouvez aussi participer au dépistage.

Nous vous proposons de prendre un rendez-vous auprès de votre **médecin traitant**, votre **gynécologue**, votre **sage-femme**, auprès d'un **centre de santé ou d'un centre de planification familiale**.

Présentez-vous avec ce courrier lors de cette consultation.

Le frottis est un test simple, indolore, sans risque. Le frottis et la consultation vous seront **remboursés par la caisse d'assurance maladie et votre complémentaire** dans les conditions habituelles. Si vous êtes bénéficiaire de la CMU, n'oubliez pas d'apporter votre attestation.

Si vous n'avez pas de complémentaire-santé ou pour toute information, veuillez nous contacter au

02 41 05 06 73

Si vous n'êtes pas concernée par ce dépistage, merci de nous retourner ce courrier complété ci-dessous. En répondant, vous éviterez une relance inutile.

Docteur Anne-Sophie LE DUC BANASZUK
Médecin Coordonnateur



DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

TSVP

INVITATION A RENVOYER A CAP SANTE 49

Si l'une de ces réponses vous concerne

Votre numéro de téléphone : _____ N° de dossier : _____

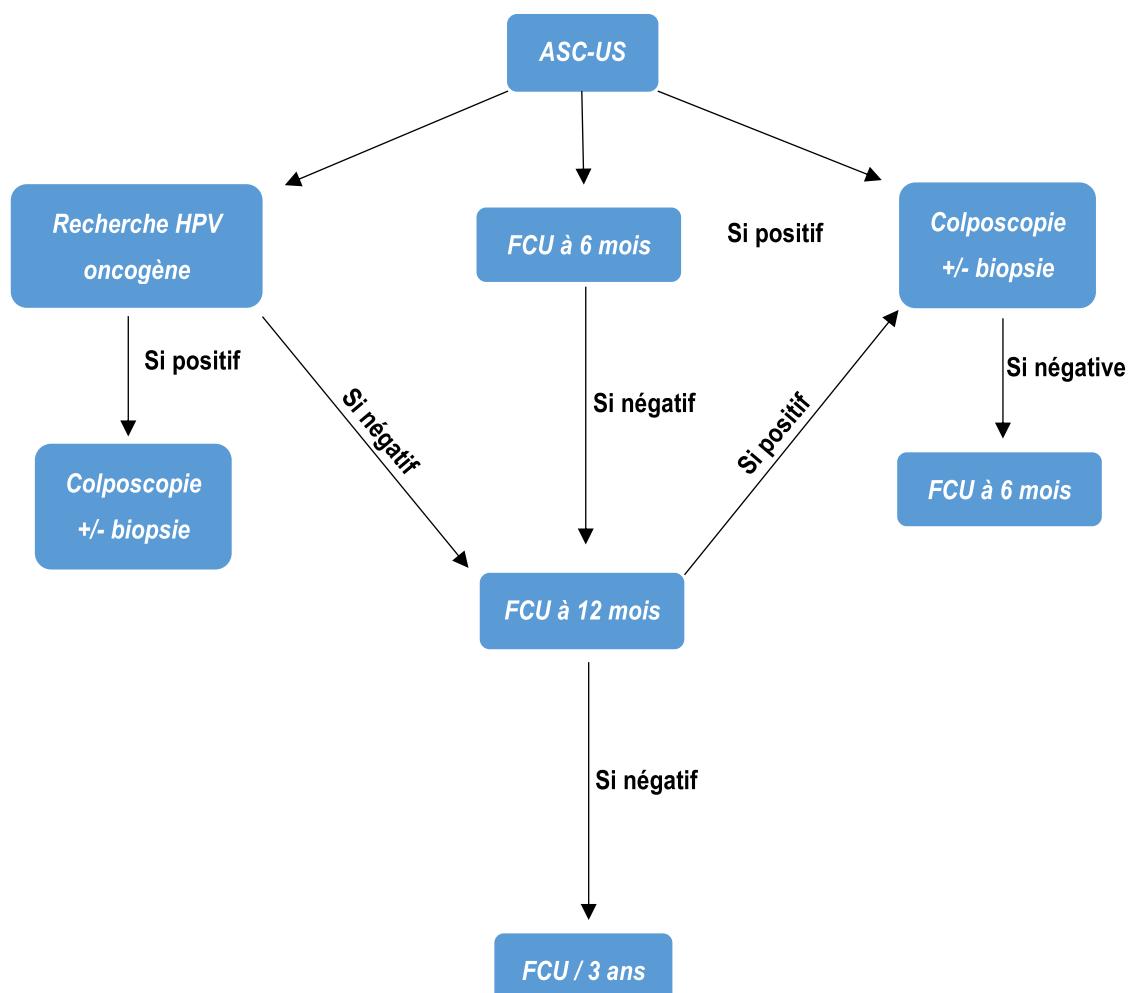
Médecin ou sage-femme responsable du suivi gynécologique : _____

- J'ai eu un frottis il y a moins de 3 ans effectué le : _____ par le Docteur : _____
(joindre la photocopie du compte-rendu du frottis si possible)
- Je n'ai plus d'utérus depuis l'année : _____, le médecin m'a confirmé que je n'avais plus besoin de faire de frottis.
- Je ne souhaite pas participer parce que _____
- Autres : _____

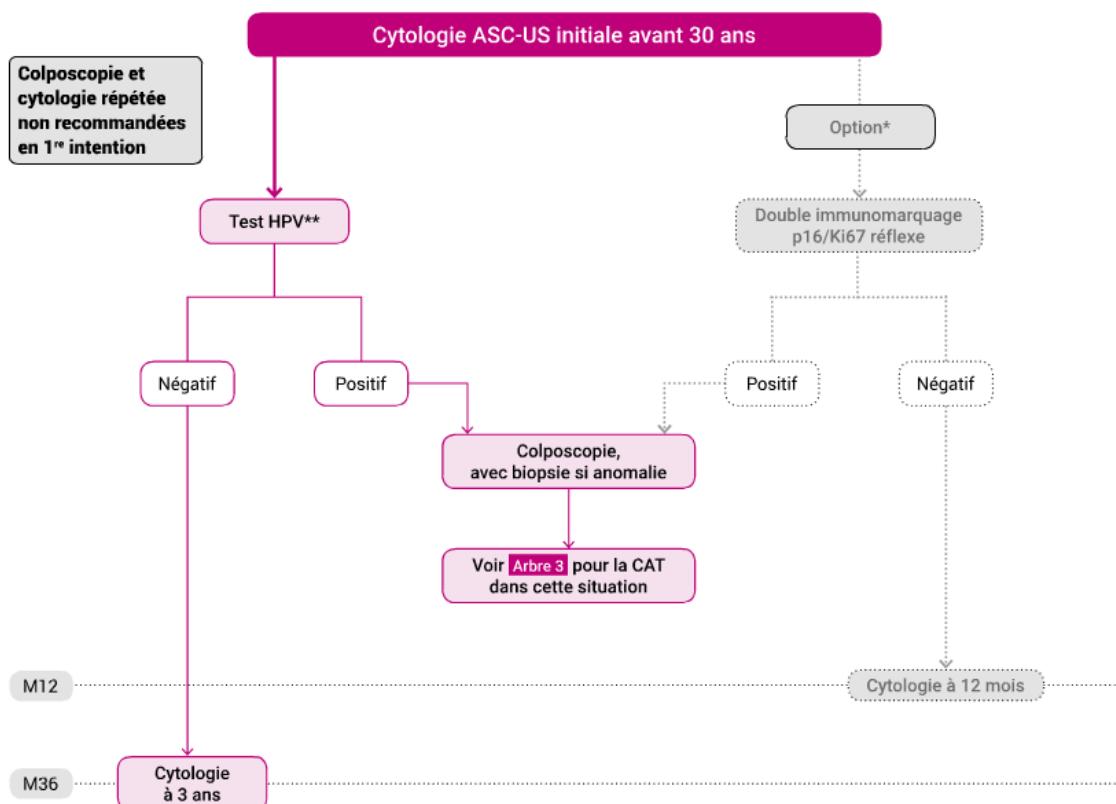
Annexe 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la base de données ZEUS de CAP Santé 49 concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus.

- *Les critères d'inclusion* : FCU satisfaisants des femmes âgées de 25 à 65 ans, assurées sociales, résidant dans le département du Maine et Loire.
- *Les critères d'exclusion* : FCU des femmes âgées de moins de 25 ans et plus de 65 ans du Maine et Loire, des femmes ayant subies une hystérectomie totale, des femmes ayant un cancer du col de l'utérus diagnostiqué et les FCU non satisfaisants (si la couverture de la lame par des cellules malpighiennes est de moins de 10%, si il y a plus de 70% de cellules épithéliales non interprétables car masquées par du sang, une inflammation, des superpositions cellulaires ou des artefacts).

Annexe 3 : Arbre décisionnel devant un FCU ASC-US selon les recommandations de l'ANAES 2002.

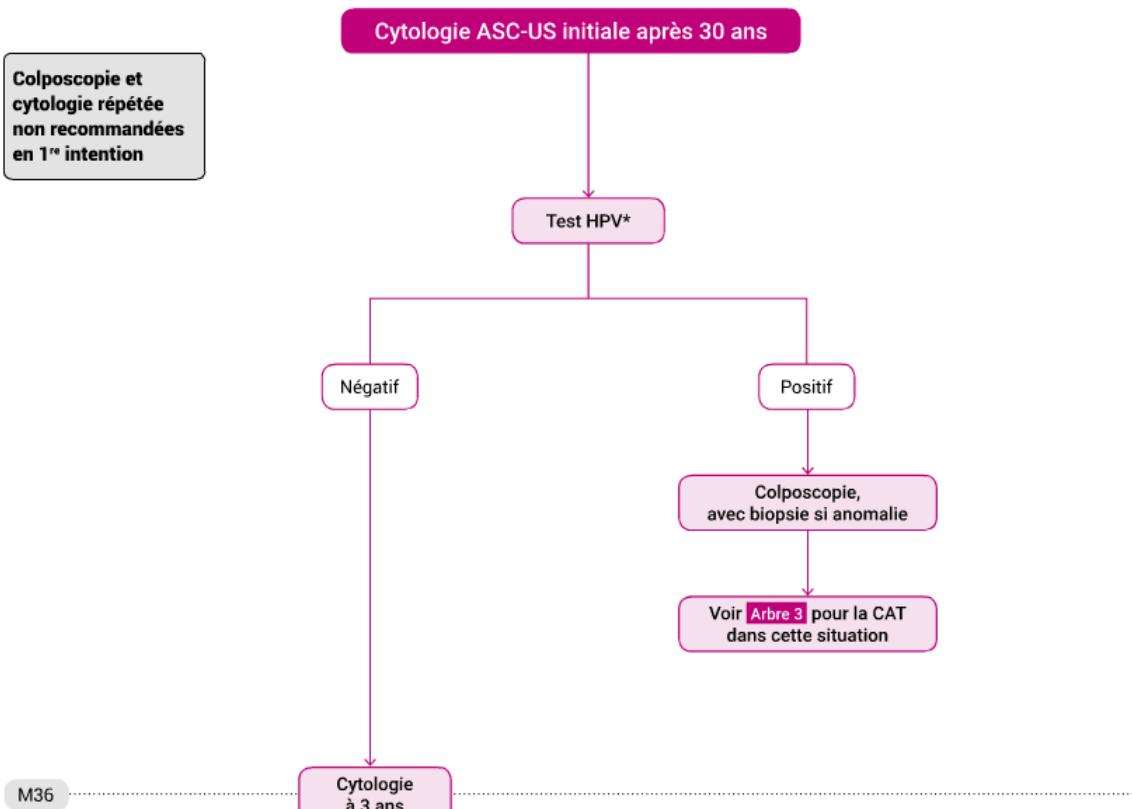


Annexe 4 : Arbre décisionnel devant un FCU ASC-US selon les recommandations de l'Inca, décembre 2016



* Possible uniquement si frottis initial en milieu liquide.

** Par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame.



* Par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame.

Résumé

Prise en charge des patientes ayant un frottis-cervico-utérin classé ASC-US par les sages-femmes du Maine et Loire, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude descriptive et rétrospective réalisée entre 2012 et 2015.

Contexte: En France, Le cancer du col de l'utérus est le 11^{ème} cancer féminin, sa prévention repose sur le dépistage par FCU tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans.

Problématique : Comment les sages-femmes sont-elles impliquées dans ce dépistage, dans le cadre du suivi gynécologique de prévention ?

Objectif : Décrire la prise en charge des FCU classés ASC-US par les sages-femmes du Maine et Loire chez les femmes entre 25 et 65 ans.

Matériel: Etude monocentrique, descriptive et rétrospective réalisée du 01/01/2012 au 31/12/2015 (N=44).

Méthode : Données extraites à partir de la base de données de CAP Santé 49, structure de gestion des dépistages organisés du Maine et Loire. Analyse statistique effectuée avec le site biostaTGV. Le risque a de 1ere espèce à 95% a été choisi.

Principaux résultats : la part de FCU réalisée par les sages-femmes augmente mais reste faible (1,68% des FCU totaux), la majorité des femmes dépistées ont entre 25 et 34 ans. 1,45% des FCU étaient classés ASC-US dont 93,2% ont bénéficié d'un premier contrôle (43,9% par FCU, 41,5% par test HPV). 50% des sages-femmes ont réorienté leur patiente vers un gynécologue.

Discussion : Aucune autre étude sur ce sujet. Les nouvelles recommandations de l'INCA vont favoriser la mise en place du dépistage organisé au niveau national en 2018 avec un rôle prépondérant pour les sages-femmes.

Mots-clés : Frottis-cervico-utérin, ASC-US, cancer du col de l'utérus, HPV, sage-femme, dépistage organisé, test HPV, colposcopie, Plan cancer 2014-2019

Abstract

Care of patients with ASC-US pap smear by midwives in Maine-et-Loire, as part of cervical cancer screening program. Descriptive and retrospective study carried out between 2012 and 2015.

Context: In France, the cervical cancer is ranked as the eleventh cancer affecting women, its prevention is based on pap smear screening test every three years for women aged from 25 to 65.

Problematic : How are midwives involved in this screening program, within the framework of prevention gynecological follow up ?

Aim : To describe the care of ASC-US Pap smear by midwives in Maine-et-Loire for women aged from 25 to 65.

Material : Monocentric, descriptive and retrospective study carried out from 01/01/2012 to 31/12/2015 (N=44).

Method : Data extracted from database of Cap Santé 49, the Maine-et-Loire cancer screening organization. Statistical analysis carried out with the website biostaTGV. The risk a with a confidence level of 95% have been chosen.

Main results : The share of Pap smear performed by midwives increase but stay small (1,68% of totally Pap smear), most women who have experienced the screening are aged from 25 to 34. 1,45% of Pap smear have been classified as ASC-US, with 93,2% of patients who have had a first check (43,9% with Pap smear, 41,5% with HPV test). 50% of midwives have redirected their patient to a gynecologist.

Debate : Any other study about this subject. INCA's news recommendations will promote the implementation of a national organized screening program in 2018 with a major role for the midwives.

Keywords : Pap smear, ASC-US, cervical cancer, HPV, midwives, organized screening, HPV test colposcopy, the Cancer Plan 2014-2019

