

DISCUSSION

Informations générales

11 régions de France sur 13 étaient concernées par notre étude, ce qui permet d'avoir une vision globale des pratiques autour du FCU.

L'échantillon concerné (337 sages-femmes) reste toutefois réduit et centré sur la pratique libérale (pour des raisons de faisabilité).

Les résultats sont donc à prendre compte avec le recul correspondant.

Une majorité des sages-femmes ayant répondu au questionnaire (59,4%) ont plus de 10 ans d'exercice ; cf question 2.

Cette répartition est compatible avec le mode de sélection participants : les professionnels libéraux s'installant probablement plus souvent après plusieurs années d'exercice hospitalier.

De même, le sujet du questionnaire étant sur la pratique du frottis par les sages-femmes, il est logique qu'une grande majorité d'entre elles/eux, pratiquent régulièrement ce geste (87,8%), et aient fait une ou plusieurs formations complémentaires sur le sujet (89,3%) ; cf question 3 et tableau 2.

69% des sages-femmes considèrent que la demande des femmes envers le frottis est « de plus en plus importante ».

Le taux de couverture global du FCU triennal était estimé à 56,6% des femmes sur la période 2006-2008 (4). Ce pourcentage est en effet en augmentation : autour de 62% entre 2010 et 2014, et a pour objectif d'atteindre 80% fin 2019 avec le plan cancer 2014-2019 (5)(6). Le but de ce dernier est de réduire le nombre de décès par cancer du col de plus de 30% en dix ans. Il prévoit entre autres l'envoi de courriers de relance aux femmes ne réalisant pas spontanément le test de dépistage, et des actions spécifiques en direction de populations vulnérables.

Ce même programme, testé dans 13 départements entre 2010 et 2013, a déjà donné des résultats encourageants en termes de couverture de dépistage et de lutte contre les inégalités sociales de santé (6).

La fréquence estimée de frottis anormaux dans notre étude (6,6%) est légèrement plus élevée que celle retrouvée dans la littérature (3,9 %). Cette différence peut s'expliquer par le caractère rétrospectif de l'estimation faite par des professionnels et non via une analyse directe de prélèvements comme cela a été fait dans la littérature (7). Un biais de mémoire est donc possible. Par ailleurs, la définition d'un "frottis anormal" peut varier entre professionnels.

Interprétation des FCU

ASC-US positif

En première intention la plus grande part des sages-femmes de l'étude (73%) réalisent un test HPV ou un double immuno-marquage p16/Ki67 réflexe en cas d'ASC-US positif (hors grossesse) chez les femmes de moins de 30 ans.

17,2% réfèrent d'emblée ces patientes à un gynécologue pour un avis complémentaire.

7,1% réitèrent le frottis avant toute interprétation définitive, et 2,1% adressent ces patientes en vue d'une colposcopie en première intention.

Les recommandations établies par l'INCa sont la **réalisation d'un test HPV en première intention** (cf Annexe 1) (3).

Si celui-ci est négatif il est simplement recommandé de faire une cytologie de contrôle à 3 ans. Le test HPV ayant une forte valeur prédictive négative, il permet de se passer d'une colposcopie dans cette situation, chez les femmes HPV négatif. C'est seulement si le test HPV est positif que la colposcopie est indiquée.

Une alternative au test HPV peut être proposée à titre optionnel pour les femmes de moins de 30 ans : le double immuno-marquage p16/Ki67 réflexe (possible uniquement si la cytologie a été réalisée en milieu liquide).

En cas d'immuno-marquage négatif, un simple contrôle cytologique sera proposé à un an. Si celui-ci est positif une colposcopie sera alors indiquée.

Aucune donnée de valeur prédictive positive ou négative n'a été rapportée en cas de cytologie répétée à 3 mois. C'est pourquoi il n'est pas recommandé de réitérer le frottis en première intention après ASC-US positif.

ASC-H

Dans le cas d'une cytologie ASC-H (hors grossesse), la majeure partie des sages-femmes interrogées réfèrent d'emblée la patiente à un gynécologue en vue d'une colposcopie (78,6%).

17,2% réalisent en première intention un test HPV, et une petite part (4,2%) réitèrent le frottis avant interprétation définitive.

Les recommandations de l'INCa en cas d'ASC-H sont la réalisation d'une **colposcopie en première intention** (cf Annexe 2), le risque de néoplasie cervicale intra-épithéliale de haut grade pouvant atteindre 40% (3).

Compte tenu des données insuffisantes dans la littérature à ce sujet, les recommandations reposent sur l'avis des experts qui préconisent un examen colposcopique d'emblée.

Il n'est pas recommandé de refaire une seconde cytologie à cause du risque de méconnaître une lésion dangeureuse et de la laisser évoluer vers l'invasion.

La réalisation d'un test HPV n'a quant à lui, pas d'intérêt pour le triage des frottis ASC-H (8). Il est utile uniquement après réalisation de la colposcopie si celle-ci est satisfaisante, afin d'orienter le suivi gynécologique post opératoire.

LSIL

En cas de cytologie LSIL initiale (hors grossesse), les patientes sont adressées dans notre étude en première intention à un gynécologue en vue d'une colposcopie (79,8% des réponses).

Dans certains cas (7,7%) un double immuno-marquage p16/Ki67 réflexe est effectué en première intention.

7,8% des sages-femmes interrogées réalisent un test HPV, et 4,7% réitèrent le frottis avant toute interprétation.

Le protocole INCa recommande une **colposcopie en première intention** (avec biopsie si anomalie) en cas de cytologie LSIL (cf Annexe 3) (3). Le risque étant l'évolution vers une lésion de haut grade dans 30 % des cas. La réalisation d'une cytologie répétée n'est ainsi pas recommandée en première intention.

Une option est cependant apportée à la place de la colposcopie d'emblée : le double immuno-marquage p16/Ki67 (de bonne valeur prédictive négative).

Si celui-ci est négatif, la colposcopie ne sera pas indiquée, et seule une cytologie de contrôle sera effectuée à 12 mois.

A l'inverse, si l'immuno-marquage est positif (ce qui concerne plus de la moitié des patientes), une colposcopie sera indiquée.

La recherche d'HPV ne présente pas d'intérêt dans ce contexte puisque plus de 80% des femmes concernées y seront positives et devront faire une colposcopie (9).

Les pratiques des sages-femmes à propos du FCU sont globalement homogènes et en accord avec les recommandations de l'INCa.

Une petite part d'entre elles adoptent des conduites à tenir hétérogènes, pouvant être expliquées en partie par des biais :

Un biais d'information : certains laboratoires effectuent une recherche HPV en systématique peu importe le type d'atypies cytologiques. Ainsi certain(e)s sages-femmes auraient pu être influencé(e)s dans leur choix d'examen demandé en première intention, en cochant le test HPV aux questions 12, 13 et 14. Ce biais est toutefois discutable dans la mesure où la question était posée en faveur de ce que demandait le professionnel (et non un agent extérieur tel que le laboratoire par exemple).

Un biais de compréhension est également à considérer si certaines sages-femmes ont répondu en tenant compte de leur interprétation des frottis pendant la grossesse (et non hors grossesse).

Nous savons que la prise en charge des frottis chez les femmes enceintes diffère et est globalement moins invasive.

Or plus de la moitié des sages-femmes ont répondu pratiquer des FCU pendant la grossesse "majoritairement" ou "de temps en temps" (question 15). Ce biais est donc possible. Il ne doit cependant pas être surestimé dans la mesure où le caractère "hors grossesse" était précisé dans le questionnaire en toute lettre à chaque question d'interprétation des FCU.

Certaines pratiques hétérogènes peuvent aussi être expliquées par le caractère récent des recommandations de l'INCa parues en 2016.

Par ailleurs, le FCU n'est pas un geste pratiqué par toutes les sages-femmes libérales. Le taux de réponses à notre questionnaire étant de 26%, nous pouvons supposer qu'une part non quantifiable de professionnels n'y ont pas répondu n'étant pas concernés.

Vécu des résultats

Environ un tiers des sages-femmes ayant répondues au questionnaire (31,8%) décrivent une situation d'inconfort en cas de résultat de frottis anormal (supérieure ou égal à 6 sur une échelle de 1 à 10) ; question 10.

La principale gêne exprimée est celle de l'annonce d'un frottis anormal aux patientes pour 67 % d'entre elles, soit 20% de notre population totale (question 11).

Annoncer est un exercice subtil pour tout praticien qui doit trouver un discours approprié au patient (ni dramatisé, ni banalisé), tout en étant dans l'incertitude diagnostique après un examen de dépistage.

Ces difficultés peuvent être mises en parallèle avec celles rapportées par des radiologues lors d'une étude sur le dépistage du cancer du sein. (10) La problématique pouvant rejoindre la nôtre étant celle d'un "langage probabiliste" où la femme devient "un objet statistique".

La nécessité d'une préparation pour tous types d'annonce à sa place en matière de dépistage, et tient compte de stratégies de communications verbales et non verbales.

Cette problématique peut être discutée au cours de formations, ateliers, mises en situations, et rationalisée dans notre étude, par les faibles probabilités d'évolution vers des cancers du col invasifs, lorsqu'un dépistage et un suivi sont organisés (11).

Certaines sages-femmes expriment d'autre part, une gêne concernant le modèle de prise en charge (types de conduites à tenir) à proposer à aux patientes en cas de frottis anormal (pour 15% de la population totale de l'étude) ; question 11.

Ce résultat va dans le sens des précédents : une petite part des prises en charge proposées aux patientes sont hétérogènes, et une mise à jour des connaissances serait probablement utile (d'où l'importance des formations).

De façon cohérente, « une synthèse des recommandations » est le thème le plus demandé en matière de formation sur le frottis, par 72% des sages-femmes de notre étude (questions 16).

Les « bonnes conditions pour un prélèvement cytologique de qualité » est aussi un sujet demandé pour 35,9% d'entre elles. La qualité du prélèvement est essentielle, et il a d'ailleurs été estimé qu'un à deux tiers des faux-négatifs sont dus à un mauvais prélèvement (11).

Enfin, certaines sages-femmes expriment une difficulté géographique pour référer les patientes avec peu ou pas de gynécologues dans les environs (pour 9% de la population totale de notre étude) ; question 11.

Ce taux n'était pas attendu. Il serait utile de réitérer cette question à plus grande échelle afin d'identifier de façon plus fiable les zones concernées.