



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX**  
**FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON**

MISE EN APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE  
DE SANTE CONCERNANT LE FROTTIS CERVICO-UTERIN CHEZ LA FEMME DE  
MOINS DE 25 ANS

Étude descriptive aux Hospices Civils de Lyon

Mémoire présenté par Camille Guillaud  
Née le 11 avril 1994  
En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme  
Promotion 2017



MISE EN APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE  
DE SANTE CONCERNANT LE FROTTIS CERVICO-UTERIN CHEZ LA FEMME DE  
MOINS DE 25 ANS

Étude descriptive aux Hospices Civils de Lyon

## REMERCIEMENTS

D'avance, je tiens à vous remercier pour l'attention que vous porterez à la lecture de mon travail.

Je tiens également à remercier :

Anne Valleix, sage-femme et expert thématique de ce mémoire, pour son implication, ses relectures, et son soutien,

Patricia Giraud, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils avisés,

Le personnel dans les services, sages-femmes et secrétaires, pour leur aide à la sélection des dossiers,

Mon entourage, pour leur soutien et leur bienveillance pendant mes études et la réalisation de ce mémoire,

Et enfin, mes amies de l'école pour ces belles années de bonne humeur et d'entraide.

## GLOSSAIRE

<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>CCU</b>	Cancer du col de l'utérus
<b>CHLS</b>	Centre Hospitalier de Lyon Sud
<b>CIN</b>	Cervical intraepithelial neoplasia
<b>CNGOF</b>	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
<b>CPEF</b>	Centre de Planification et d'Education Familiale
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>FCU</b>	Frottis cervico-utérin
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCL</b>	Hospices Civils de Lyon
<b>HEH</b>	Hôpital Edouard Herriot
<b>HFME</b>	Hôpital Femme Mère Enfant
<b>HPV</b>	Human papillomavirus
<b>IARC</b>	International Agency for Research on Cancer
<b>INCa</b>	Institut National du Cancer
<b>InVS</b>	Institut de veille Sanitaire
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>VIH</b>	Virus d'immunodéficience humaine

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE</b>	<b>2</b>
1.1. Dépistage du cancer du col de l'utérus	2
1.2. Historique du dépistage	3
1.3. Stratégie de dépistage : à quel âge débiter ?	4
1.4. Questionnements autour du traitement	5
1.5. Cas particuliers	6
1.6. Problématique	6
<b>2. ETUDE</b>	<b>7</b>
2.1. Méthodologie	7
2.1.1. Objectifs	7
2.1.2. Hypothèses	7
2.1.3. Type d'étude	7
2.1.4. Population	7
2.1.5. Variables recueillies	8
2.1.6. Collecte des données	8
2.2. Présentation des résultats	9
2.2.1. Caractéristiques de la population	9
2.2.2. Réalisation d'un FCU	10
2.2.3. Influence des facteurs de risque de CCU sur la pratique de FCU	10
2.2.4. Influence du praticien et de la structure sur la pratique de FCU	12
2.2.5. Prise en charge après FCU anormal	12
<b>3. ANALYSE ET DISCUSSION</b>	<b>15</b>
3.1. Synthèse des principaux résultats	15
3.1.1. Réalisation d'un FCU	15
3.1.2. Influence des facteurs de risque de CCU sur la pratique de FCU	15
3.1.3. Influence du praticien et de la structure sur la pratique de FCU	16
3.1.4. Prise en charge après FCU anormal	17
3.2. Point particulier : immunodépression	17
3.3. Comparaison avec la littérature	18
3.4. Propositions	20
3.5. Forces et faiblesses	20
3.5.1. Forces	20
3.5.2. Faiblesses	21
<b>CONCLUSION</b>	<b>22</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>23</b>

## INTRODUCTION

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le frottis cervico-utérin (FCU), préconisent « un FCU à un rythme triennal (après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle) de 25 à 65 ans ». Avant 25 ans, le dépistage n'est pas utile car les lésions que l'on pourrait découvrir ont toutes les chances de régresser spontanément du fait de la performance du système immunitaire pour éliminer le papillomavirus à ce jeune âge.

En dépit de ces recommandations, de nombreuses jeunes filles de moins de 25 ans semblent être intégrées à ce programme de dépistage. Le problème de ces gestes précoces se pose lorsque le résultat est anormal. Dans ce cas, la prise en charge peut se résumer à une simple surveillance de régression des lésions, mais elle peut aussi être active avec notamment un traitement chirurgical des lésions cervicales. Or ces actes sur le col de l'utérus peuvent engendrer des risques pour les futures grossesses de ces patientes qui, pour la plupart, n'ont pas encore d'enfants.

Notre étude a pour but de décrire la proportion de FCU chez des patientes de moins de 25 ans afin de vérifier l'application des règles de bonnes pratiques dans les établissements des Hospices Civils de Lyon (HCL) qui réalisent des consultations de gynécologie ou qui hébergent un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

Dans le cas où celles-ci ne seraient pas respectées, nous essayerons de comprendre les facteurs qui peuvent influencer la réalisation du geste. Enfin nous décrivons la proportion de patientes ayant eu un traitement chirurgical du col de l'utérus.



# 1. PROBLEMATIQUE

La prévention du cancer du col de l'utérus (CCU) représente un véritable enjeu de santé publique. En effet, bien que l'incidence et la mortalité de ce cancer aient nettement diminué depuis les années 1980, il est néanmoins classé en 2012 au 11<sup>ème</sup> rang des cancers féminins en France métropolitaine et au 12<sup>ème</sup> rang des cancers provoquant le plus de décès (1;2). Nous nous intéresserons ici uniquement à la prévention secondaire de ce cancer, le dépistage opportuniste, sans évoquer la prévention primaire à savoir la vaccination.

## 1.1. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le FCU permet le dépistage des CCU. Il peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme (3). Deux techniques peuvent être utilisées : le frottis conventionnel sur lame ou le frottis en milieu liquide. Quelle que soit la technique, le FCU consiste à prélever des cellules au niveau de la jonction entre l'endocol et l'exocol utérins. L'analyse cytologique permettra de déterminer si ces cellules sont normales ou font suspecter une lésion néoplasique. L'HAS recommande un résultat du FCU classé selon le système de Bethesda 2001 ci-dessous (4).

Lésions malpighiennes	
<b>ASC-US</b>	Atypies des cellules épidermoïdes de signification indéterminée
<b>ASC-H</b>	Atypies des cellules épidermoïdes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
<b>LSIL</b>	Lésion intra-épithéliale épidermoïde de bas grade
<b>HSIL</b>	Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
Carcinome épidermoïde ou malpighien	
Lésions glandulaires	
<b>AGC</b>	Atypies des cellules glandulaires
<b>AIS</b>	Adénocarcinome endocervical <i>in situ</i>
Adénocarcinome invasif	

Figure 1 - Classification de Bethesda, HAS 2013

## 1.2. Historique du dépistage

Dès 1928, Georges N. Papanicolaou expose la possibilité de pouvoir dépister le CCU en réalisant un examen cytologique simple, le FCU, mais il ne parvient pas à convaincre de l'importance de cette méthode. Ce n'est qu'à partir des années 1950 que les sociétés savantes reconnaissent son efficacité dans le dépistage des CCU, mais il faudra encore attendre les années 1960 pour que le FCU soit introduit en France avant de s'imposer petit à petit comme la méthode indispensable de dépistage du CCU (5).

Les stratégies de dépistage sont alors individuelles et basées sur la conférence de consensus de Lille de 1990 puis les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2002 et 2004 : un FCU tous les 3 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle pour toutes les femmes de 25 à 65 ans (Annexe I).

Dans le même temps, l'intérêt du dépistage organisé est approuvé au niveau mondial et européen : par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002, par le conseil de L'Union Européenne en 2003 et par l'IARC (International Agency for Research on Cancer) en 2005.

En France aussi les préoccupations concernant le CCU sont d'actualité : le Plan cancer 2003 et la Loi de Santé Publique de 2004 formulent des objectifs en vue de diminuer l'incidence, la morbidité et la mortalité de ce cancer. En 2007 le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français recommande une organisation du dépistage du CCU (6).

En 2009, la Direction Générale de la Santé (DGS) demande alors à la Haute Autorité de Santé (HAS) la réalisation d'une évaluation en santé publique afin de discuter des bénéfices et des risques d'un dépistage organisé, et non plus opportuniste. Il ressort de l'enquête de l'HAS que la stratégie de dépistage spontané mise en place en France à cette époque n'est pas optimale, avec en particulier des disparités liées à l'âge des patientes, à leur catégorie socio-professionnelle ou à la région de France concernée. De plus, l'enquête rapporte des initiatives locales de dépistage organisé dans 5 départements français, dont les pratiques ont été analysées par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2007 qui se positionne en faveur d'un dépistage organisé à l'échelle nationale (7;8).

C'est dans ce contexte qu'apparaît en France le dépistage organisé au niveau national du CCU, la HAS recommandant à son tour en 2010 « la réalisation d'un FCU à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans » (9;10;11;12).

### 1.3. Stratégie de dépistage : à quel âge débiter ?

Pour comprendre pourquoi le dépistage commence à partir de 25 ans, il faut se pencher sur l'épidémiologie du papillomavirus humain (HPV), virus responsable des CCU.

Il existe environ 200 types d'HPV, dont deux (16 et 18) sont les plus fréquemment à l'origine des CCU du fait de leur haut-risque oncogène. Cependant le portage du virus, transmis notamment par voie sexuelle, est très fréquent : 80% des personnes sexuellement actives seront en contact avec l'HPV au cours de leur vie, avec un pic de fréquence se situant au début de la vie sexuelle. Dans la grande majorité des cas, l'infection est asymptomatique et résolutive spontanément, en particulier chez le sujet jeune. Seules les viroses persistantes évolueront vers des lésions précancéreuses puis vers un cancer invasif (13;14). La figure suivante illustre la relation entre infection HPV et l'évolution vers un CCU (1;15).

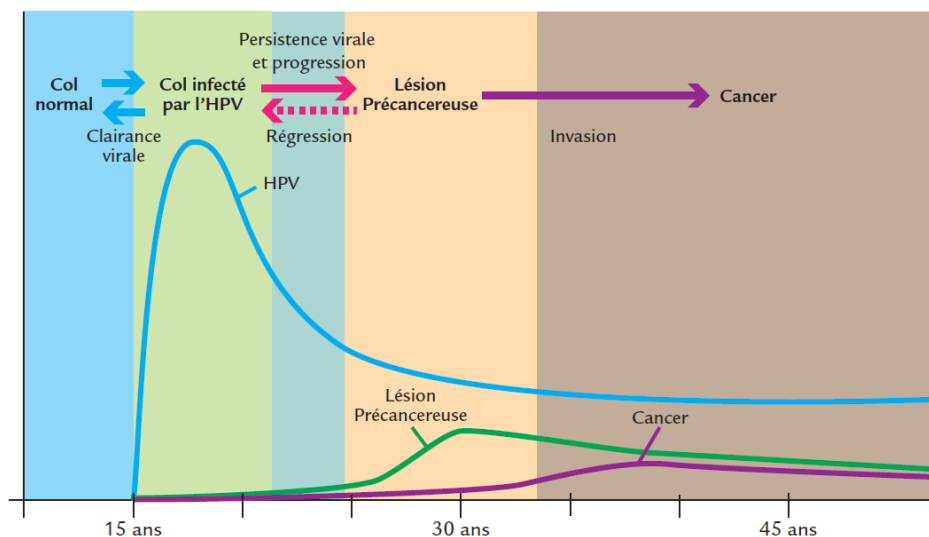


Figure 2 - Schiffman et Castle, 2005

On voit ici qu'il s'écoule en moyenne une dizaine d'années entre le pic de fréquence d'infection cervicale par l'HPV et celui d'apparition des lésions précancéreuses. L'âge moyen du premier rapport sexuel en France est situé entre 17 et 18 ans de façon stable depuis plusieurs années et l'infection à papillomavirus débute le plus souvent à cette période (16). Or il y a peu de risques de lésions précancéreuses avant une dizaine d'années d'exposition au virus et donc peu d'intérêt à dépister ces lésions au moyen d'un FCU avant l'âge de 25 ans. D'autre part, toutes les lésions précancéreuses n'évoluent pas vers un cancer invasif du fait de phénomènes immunitaires (1;15).

Plusieurs études britanniques, à l'initiative de P. Sasieni et A. Castanon entre autres, ont particulièrement cherché à démontrer que le frottis avant 25 ans n'avait pas ou peu d'intérêt. En 2009, ils indiquent que l'efficacité du FCU pour dépister les CCU est inférieure chez les

femmes de moins de 25 ans en comparaison avec des femmes plus âgées (17). De plus, moins de 1,5% des femmes traitées avant 25 ans auraient eu un cancer à l'âge de 25 ans si elles n'avaient pas été prises en charge avant (18). Enfin, en 2013, ils rappellent que le cancer invasif du col de l'utérus reste rare avant 25 ans (19).

Il est à noter que l'OMS conseille plutôt de débiter le dépistage à partir de 30 ans, en précisant toutefois que cet âge peut être abaissé selon le risque de néoplasie cervicale (20).

#### **1.4. Questionnements autour du traitement**

Concernant la France, la problématique d'un FCU réalisé avant 25 ans, réside dans l'attitude thérapeutique face à un résultat retrouvant des anomalies cellulaires.

Selon les recommandations, en cas d'anomalie du FCU différentes investigations sont possibles en fonction du contexte : génotypage HPV, contrôle de FCU à distance, colposcopie, biopsies. Seule l'analyse histologique de biopsie permet de faire le diagnostic de certitude de néoplasie cervicale intraépithéliale, ou CIN, et de préciser son grade. Le cas échéant, un traitement sera envisagé (4).

Dans le cas d'un FCU réalisé avant 25 ans, nous sortons du cadre des recommandations. Lorsque le résultat révèle une anomalie, et à fortiori lorsqu'une lésion précancéreuse est diagnostiquée à la biopsie, se pose la question de la prise en charge. Malgré la probabilité de régression spontanée importante avant 25 ans et le fait qu'on n'aurait jamais dû avoir connaissance de cette lésion puisque la patiente n'appartient pas à la population ciblée par le FCU, il paraît difficile de ne pas envisager de traitement dans ces conditions. Or ce dernier n'est pas dénué de risques pour la patiente.

En effet, plusieurs méta-analyses ont démontré que la prise en charge des néoplasies cervicales peut être source de complications gynécologiques et obstétricales. Le traitement, la conisation, va dans certains cas provoquer une sténose du col avec une infertilité séquellaire (21). D'autre part, la conisation multiplie par 2 voire 3 le risque ultérieur d'accouchement prématuré chez ces jeunes patientes en âge de procréer qui sont le plus souvent encore nullipares (22;23). On note également un risque plus important de petit poids de naissance, d'accouchement par césarienne, et de rupture prématurée des membranes. S'ajoutent à cela les nombreuses conséquences pédiatriques de ces complications en termes de morbidité et mortalité périnatales (24).

La conisation au bistouri ou à l'anse diathermique est particulièrement incriminée en comparaison à la conisation par vaporisation laser (25). Cette dernière technique serait donc

à privilégier dans le cas où un traitement est nécessaire chez une patiente jeune, tout en notant qu'elle a l'inconvénient de ne pas permettre l'analyse histologique des tissus.

### **1.5. Cas particuliers**

En 2013 l'HAS publie une « Actualisation du référentiel de pratiques pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus » qui prévoit quelques exceptions pouvant justifier la réalisation d'un frottis avant 25 ans. Ces exceptions concernent les patientes à risque de CCU supérieur à la population générale : « partenaires multiples (en l'absence de définition unanime  $\geq 3-5/\text{an}$ ), infection sexuellement transmissible chronique, infection par le VIH » (4). Dans les deux premières situations, l'augmentation du risque de cancer s'explique par la majoration du risque d'infection par le papillomavirus humain (13) ; au contraire dans le cas des femmes porteuses du VIH c'est la clairance de l'HPV qui est diminuée du fait de l'immunodéficience (26).

### **1.6. Problématique**

Suite à des constats de FCU réalisés avant 25 ans dans le cadre de stages et d'expériences vécues par mon entourage, je me suis posé la question du respect de ces récentes recommandations HAS dans les établissements des HCL, et dans le cas où elles ne seraient pas respectées les raisons qui pourraient l'expliquer.

De plus, j'ai souhaité me renseigner sur l'attitude thérapeutique envisagée dans le cas où le résultat du FCU conclurait à des anomalies. L'intérêt se porte particulièrement sur la proportion de traitement par conisation du fait des risques gynéco-obstétricaux pour ces jeunes patientes en âge de procréer, aspect qui retient mon attention d'un point de vue de sage-femme.

## 2. ETUDE

### 2.1. Méthodologie

#### 2.1.1. Objectifs

L'objectif principal de ma recherche est donc de décrire la proportion de femmes de moins de 25 ans ayant bénéficié d'un FCU aux HCL en 2016

Les objectifs secondaires sont de rechercher les facteurs influençant les bonnes pratiques d'une part, et, d'autre part, de décrire les proportions de femmes de moins de 25 ans n'ayant pas un résultat de FCU normal ou ayant été traitées par conisation.

#### 2.1.2. Hypothèses

Mes hypothèses de travail étaient que les recommandations n'étaient pas toujours respectées et que la pratique du FCU pouvait être influencée d'une part par les facteurs de risque de CCU de la patiente et d'autre part par le professionnel ou la structure dans laquelle elle est prise en charge.

De plus j'avais émis l'hypothèse qu'en cas de résultats anormaux, la prise en charge pouvait parfois aller jusqu'à un traitement chirurgical invasif tel que la conisation.

#### 2.1.3. Type d'étude

J'ai choisi de réaliser une étude descriptive transversale afin d'illustrer aux HCL la mise en application des recommandations HAS concernant le FCU chez les patientes de moins de 25 ans.

#### 2.1.4. Population

L'étude a porté sur des patientes issues de 6 services des HCL. D'une part, le recueil de données a concerné les 3 services de consultations gynécologiques : à l'Hôpital de la Croix Rousse, l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) et au Centre Hospitalier de Lyon Sud (CHLS). D'autre part, il a concerné les 3 CPEF : à l'Hôpital de la Croix-Rousse, au CHLS et à l'Hôpital Edouard Herriot (HEH).

Dans chacun des 6 services, 30 patientes de moins de 25 ans ayant consulté pour un suivi gynécologique en 2016 étaient sélectionnées aléatoirement, soit un total de 180 patientes.

Étaient exclues de l'étude les dossiers où il n'était pas fait mention de la réalisation ou non de FCU. Cela concerne en particulier les patientes qui avaient consulté en urgence ou encore celles qui se présentaient pour un motif autre que le suivi gynécologique ou la contraception, par exemple les patientes au CPEF en demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

#### 2.1.5. Variables recueillies

Les variables recueillies pour cette étude étaient d'abord la réalisation ou non de FCU pour chaque patiente, le cas échéant le résultat mais aussi la prise en charge dans le cas où ce dernier serait anormal (Annexe II).

D'autre part, une série de facteurs de risque de CCU liés à la patiente ont été identifiés : âge, gestité, parité, âge au premier rapport sexuel, partenaires multiples (défini ici par plus de 3 partenaires par an), présences d'IST (mycose, herpès génital, chlamydia, gardnerella, gonocoque, VIH), présence de condylomes et antécédent familial de CCU.

De plus, le type de praticien et le type de structure de prise en charge ont été relevés pour identifier leur potentielle influence sur le dépistage.

#### 2.1.6. Collecte des données

Un rendez-vous avec la sage-femme du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) de chaque hôpital m'a permis de recueillir la liste des patientes de moins de 25 ans ayant consulté en gynécologie en 2016 pour chacun des 6 services. Un tirage au sort a ensuite été effectué pour sélectionner aléatoirement 30 patientes par service.

Pour les services dont les dossiers étaient informatisés, à savoir les 3 services de consultations gynécologiques et le CPEF de l'Hôpital de la Croix-Rousse, la collecte des données s'est effectuée par consultation des dossiers Gulper sur Cristalnet depuis la salle informatique de l'école de sages-femmes.

Pour les données des CPEF du CHLS et d'HEH, la collecte a été réalisée sur place. La consultation des dossiers papier m'a permis d'obtenir les données cliniques tandis que les

données biologiques, en particulier les résultats de FCU, ont été recherchées sur informatique via les dossiers Gulper sur Cristalnet.

Dans les deux cas, les données recueillies ont été saisies directement sur le logiciel Statview qui m'a permis ultérieurement leur analyse statistique.

## 2.2. Présentation des résultats

### 2.2.1. Caractéristiques de la population

Comme prévu initialement, les données relatives à 30 patientes sélectionnées de manière aléatoire ont été recueillies dans chacun des 6 services concernés. Les 180 patientes étaient âgées de 14 à 24 ans, avec une augmentation du nombre de patiente en fonction de l'âge, comme représenté sur le tableau I.

**Tableau I - Répartition des patientes selon leur âge**

Age	N (%)
14	1 (0,6)
15	6 (3,3)
16	4 (2,2)
17	17 (9,4)
18	14 (7,8)
19	18 (10,0)
20	16 (8,9)
21	20 (11,1)
22	21 (11,7)
23	38 (21,1)
24	25 (13,9)

On note que la moyenne d'âge était significativement supérieure dans les services de consultations gynécologiques par rapport aux CPEF, avec un âge moyen de respectivement 21,1 ans et 20,3 ans ( $p = 0,05$ ).

Sur ces 180 patientes, 103 ont consulté un gynécologue, 64 ont consulté une sage-femme et 13 ont consulté un interne. Cela représente un total 54 praticiens différents, comprenant 37 gynécologues, 11 internes et 6 sages-femmes.



### 2.2.2. Réalisation d'un FCU

78 patientes avaient eu un FCU au moins une fois dans leur vie, soit 43,33% des patientes avec un intervalle de confiance à 95% de [36,10 – 50,57]. Pour 68 patientes, l'âge du premier FCU était renseigné et variait de 14 à 24 ans selon la répartition illustrée dans le tableau II. L'âge moyen au premier FCU était de 21,2 ans avec un intervalle de confiance à 95% de [20,71 – 21,69].

**Tableau II - Age au premier FCU**

<b>Age</b>	<b>N (%)</b>
14	1 (1,5)
15	0
16	1 (1,5)
17	1 (1,5)
18	2 (2,9)
19	8 (11,8)
20	11 (16,2)
21	11 (16,2)
22	14 (20,6)
23	11 (16,2)
24	8 (11,8)

### 2.2.3. Influence des facteurs de risque de CCU sur la pratique du FCU

Parmi les facteurs de risques de CCU, plusieurs étaient associés à une augmentation significative de la réalisation de FCU : l'âge de la patiente, sa gestité et sa parité et la présence d'IST ou de condylomes.

Concernant les infections sexuellement transmissibles, leur présence, toutes IST confondues, étaient significativement associée à un dépistage plus important par FCU. En revanche seule, l'infection à chlamydia engendrait une augmentation significative de la pratique du FCU. Les infections mycosiques, au gonocoque et au VIH étaient associées à une hausse non significative du dépistage. Enfin, la présence d'herpès génital, de mycoplasmes et de gardnerella n'étaient pas liées à une élévation du nombre de frottis.

De plus, les patientes qui avaient un antécédent familial au premier degré de CCU étaient plus dépistées, mais quand l'antécédent était au deuxième degré on ne notait pas d'augmentation, sans que l'on puisse démontrer la significativité de ces résultats.

Par ailleurs, d'autres facteurs de risques de CCU, tels que le jeune âge au premier rapport sexuel ou la multiplication des partenaires sexuels, n'étaient pas associés à une hausse de la pratique de FCU mais ces résultats n'étaient pas significatifs.

Enfin le critère de la virginité, facteur protecteur contre le cancer du col de l'utérus était significativement associé à une pratique moins importante de dépistage par FCU.

Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau III.

**Tableau III - Influence des facteurs de risque de CCU**

<b>Facteurs de risque de CCU</b>	<b>Jamais de FCU</b>	<b>Au moins 1 FCU</b>	<b>p</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Age moyen</b>	19,5	22,3	< 0,0001
<b>Gestité moyenne</b>	0,284	0,545	0,03
<b>Parité moyenne</b>	0,020	0,299	< 0,0001
<b>Age moyen au premier rapport sexuel</b>	16,5	17,2	
<b>Partenaires multiples (&gt;3/an)</b>	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
<b>IST</b>	17 (41,5%)	24 (58,5%)	0,03
<b>Mycoses</b>	11 (42,3%)	15 (57,7%)	
<b>Herpès génital</b>	3 (60,0%)	2 (40,0%)	
<b>Mycoplasme</b>	1 (100%)	0	
<b>Chlamydia</b>	1 (14,3%)	6 (85,7%)	
<b>Gardnerella</b>	3 (50,0%)	3 (50,0%)	
<b>Gonocoque</b>	0	1 (100%)	
<b>VIH</b>	0	1 (100%)	
<b>Condylomes</b>	1 (7,1%)	13 (92,9%)	0,01
<b>ATCD familial CCU</b>			
<b>1<sup>er</sup> degré</b>	0	3 (100%)	
<b>2<sup>nd</sup> degré</b>	3 (75,0%)	1 (25,0%)	
<b>Patiente vierge</b>	15 (93,8%)	1 (6,2%)	0,05

#### 2.2.4. Influence du praticien et de la structure sur la pratique du FCU

Le fait que la patiente ait consulté un gynécologue, une sage-femme ou un interne n'était pas une variable qui impactait significativement la réalisation ou non d'un FCU, bien que les sages-femmes réalisaient moins de ces prélèvements.

Par ailleurs, le nombre de praticiens étant très important par rapport du nombre de patientes, il semblait difficile d'établir une tendance sur la proportion de FCU réalisée par chacun d'entre eux.

Le type de service dans lequel la patiente avait consulté était associé de manière significative à des variations dans la pratique de FCU. Les patientes qui n'avaient jamais eu de FCU étaient plus nombreuses à être suivies en CPEF alors que celles qui en avaient déjà eu étaient plus nombreuses à être suivies en service hospitalier de consultations gynécologiques.

Ces résultats sont répertoriés dans le tableau IV.

**Tableau IV - Influence du praticien et de la structure**

<b>Praticiens et services</b>	<b>Jamais de FCU N (%)</b>	<b>Au moins 1 FCU N (%)</b>	<b>p</b>
<b>Type de praticien</b>			0,33
<b>Gynécologue</b>	55 (52,4%)	49 (47,6%)	
<b>Sage-femme</b>	40 (64,1%)	23 (35,9%)	
<b>Interne</b>	7 (53,8%)	6 (46,2%)	
<b>Type de service</b>			0,01
<b>Consultations gynécologiques</b>	42 (46,7%)	48 (53,3%)	
<b>CPEF</b>	60 (66,7%)	30 (33,3%)	

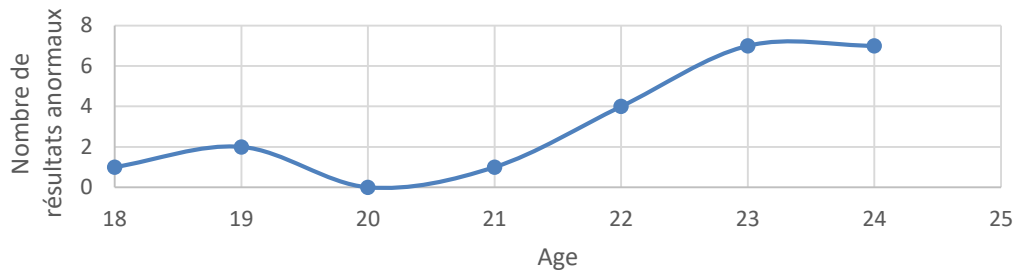
#### 2.2.5. Prise en charge après résultat de FCU anormal

Sur les 78 dossiers de patientes ayant déjà réalisé un FCU, 73 faisaient mention des résultats, résumés sur le tableau V. Pour 50 patientes, soit 68,5% d'entre elles IC [55,6 – 81,4], le résultat était normal, ce qui correspond à l'absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (NIL/M). La proportion de FCU avec résultat anormal était de 31,5% IC [20,9 – 42,2].

**Tableau V - Résultats des FCU**

Résultat	N (%)
<b>Normal (NIL/M)</b>	50 (68,5%)
<b>Anormal</b>	23 (31,5%)
ASC-US	14 (19,2%)
LSIL	8 (11,0%)
HSIL	0
ASC-H	1 (1,4%)

L'âge moyen dans le groupe des patientes avec un résultat normal était de 22,2 ans contre 22,4 ans dans le groupe des patientes avec un résultat anormal. Cependant, cette tendance à la hausse du nombre de FCU en fonction de l'âge, illustrée sur la figure 3, n'était pas significative ( $p = 0,7$ ).



**Figure 3 - Nombre de résultats anormaux selon l'âge**

Cette hausse reste, malgré tout, valable pour chaque catégorie de résultats, comme illustrée sur le tableau VI.

**Tableau VI - Répartition des résultats anormaux selon l'âge**

Âge	ASC-US	LSIL	ASCH
18		1	
19	1	1	
20			
21	2		
22	2	2	
23	5	2	
24	4	2	1

Pour les 23 patientes qui n'avaient pas un résultat NIL/M, le suivi et la prise en charge combinaient différentes méthodes plus ou moins invasives répertoriées sur le tableau VII. 17 patientes ont été contrôlées par un FCU à distance, 14 ont eu un test de génotypage des HPV, 17 ont eu une colposcopie et 3 patientes ont eu une exérèse chirurgicale du col de l'utérus dont 2 par vaporisation laser et 1 par conisation à l'anse diathermique.

**Tableau VII - Prise en charge en cas de résultat anormal**

<b>Prise en charge</b>	<b>N (%)</b>
<b>FCU de contrôle</b>	17 (73,9%)
<b>Test HPV</b>	14 (60,9%)
<b>Colposcopie</b>	17 (73,9%)
<b>Biopsie</b>	7 (30,4%)
<b>Laser</b>	2 (8,7%)
<b>Conisation</b>	1 (4,3%)

Concernant les 2 patientes traitées par vaporisation laser, elles avaient toutes deux un résultat initial ASC-US et étaient âgées de 24 et 19 ans.

La patiente traitée par conisation avait un frottis ASC-H et était âgée de 24 ans.

## 3. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

### 3.1. Synthèse des principaux résultats

#### 3.1.1. Réalisation d'un FCU

Avec 43,33% de patientes de moins de 25 ans ayant déjà eu un FCU alors qu'aucune d'entre elles ne devrait en avoir eu selon les règles de bonnes pratiques, l'hypothèse principale de notre étude, selon laquelle cette population était sur-dépistée, se confirme.

En s'intéressant à l'âge auquel ce dépistage est débuté, on se doit d'évoquer une méconnaissance de la physiopathologie du CCU, une des patientes ayant commencé les FCU dès 14 ans alors que le cancer survient une dizaine d'année après le début de la vie sexuelle.

Le facteur de risque de l'âge semble malgré tout bien connu puisque la fréquence de FCU s'accélère après 19 ans. C'est un âge qui reste cependant trop jeune pour débiter le dépistage, et n'est pas en accord avec les recommandations de l'HAS publiées en 2010 qui préconisent, rappelons-le, de débiter les FCU à partir de 25 ans.

Outre la méconnaissance des recommandations, nous pouvons supposer que certains praticiens décident intentionnellement de ne pas suivre ces règles de bonnes pratiques. Leurs raisons mériteraient d'être explorées plus spécifiquement mais nous pouvons formuler quelques hypothèses. Il est possible que certaines patientes exercent sur eux une pression pour bénéficier du dépistage. On peut aussi imaginer que le professionnel peut craindre que la patiente ne soit pas ou peu suivie sur le plan gynécologique dans les années à venir. On peut encore évoquer un choix de réaliser un FCU dans l'intérêt de la patiente lorsque celle-ci présente des facteurs de risque de CCU. Enfin, on peut se poser la question de l'intérêt financier de coter un acte supplémentaire, bien que cet argument paraisse plus avantageux pour l'exercice libéral alors que notre étude a été réalisée en milieu hospitalier.

#### 3.1.2. Influence des facteurs de risque de CCU sur la pratique du FCU

L'étude de la relation entre facteurs de risque de CCU et réalisation d'un FCU montre, effectivement, que certains praticiens semblent choisir de ne pas suivre les recommandations. Les facteurs de risque de CCU paraissent connus puisque leur présence est associée à une pratique de FCU plus importante. Ce qui semble moins évident, c'est que

la présence de ces facteurs de risque ne justifie pas pour autant un FCU dans le cas où la patiente a moins de 25 ans.

Concernant les IST, l'HAS reconnaît qu'associée à une infection à papillomavirus il s'agit d'un co-facteur de risque avec l'infection à HPV. En revanche, le démarrage anticipé du dépistage n'est justifié que dans le cas d'infection chronique, or les cas d'IST relevés dans cette étude étaient tous ponctuels, à l'exception d'une patiente atteinte par le VIH pour laquelle il était tout à fait justifié de débiter le dépistage dès les premiers rapports sexuels.

Les résultats de l'étude montrent également une fréquence de FCU plus importante lorsque l'examen clinique de la patiente révèle des condylomes, ce qui montre que le lien entre CCU et infection à HPV est bien connu. Il faut toutefois rappeler que les types d'HPV à l'origine des condylomes ne sont pas les mêmes que les HPV oncogènes.

Bien que n'étant pas un facteur de risque connu de CCU, l'antécédent familial de CCU au premier degré était systématiquement associé à un FCU. Cette situation particulière, potentiellement angoissante pour la patiente, semble plus discutable, cependant il nous semble qu'en première intention un test recherchant les HPV oncogènes serait plus judicieux.

Enfin, la réalisation d'un FCU chez une patiente n'ayant jamais eu de rapport sexuel, étaye notre hypothèse de méconnaissance de la pathologie cervico-utérine.

Au total, la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque favorisait la réalisation d'un FCU, confirmant notre hypothèse de départ.

### 3.1.3. Influence du praticien et de la structure sur la pratique du FCU

Bien que ne validant pas complètement notre hypothèse initiale, les résultats concernant l'influence du praticien et du service, semblent explicables.

Le type de praticien n'était pas significativement associé à une différence de pratique mais le fait que les sages-femmes réalisent moins de FCU pourrait tout à fait s'expliquer par la différence de patientèle avec les médecins. Ces derniers suivent des patientes présentant des pathologies que les sages-femmes ne peuvent pas prendre en charge, leur population présente donc davantage de facteurs de risque de CCU. Or nous avons vu que les praticiens réalisaient davantage de FCU lorsque ces facteurs de risques étaient présents.

Les résultats concernant le type de service dans lequel la patiente a consulté peuvent s'expliquer de deux manières différentes. D'une part, les patientes consultant en CPEF étaient en moyenne plus jeunes que les patientes des consultations gynécologiques, or nous avons vu que le dépistage augmente avec l'âge. D'autre part, la proportion de FCU réalisés serait supérieure en consultations gynécologiques par rapport au CPEF du fait que la population serait peut-être plus à même de présenter des pathologies.

Il faut toutefois noter que ces résultats ont pu être biaisés du fait qu'une proportion non négligeable de ces FCU n'a pas été réalisée aux HCL mais antérieurement dans un cabinet de ville.

Finalement, ce ne serait pas tellement le type de praticien ou le type de service qui influencerait l'application des règles de bonne pratique mais plutôt les pathologies et les facteurs de risque présentés par la patiente. On peut ajouter qu'il existe peut-être une variabilité interprofessionnelle mais celle-ci est difficile à estimer dans cette étude.

#### 3.1.4. Prise en charge après résultat de FCU anormal

La répartition des résultats de FCU correspond à celle attendue, avec une majorité de résultats normaux. Les résultats anormaux sont essentiellement représentés par les atypies indéterminées ou les lésions de bas grade. On ne relève aucune lésion de haut grade et une seule atypie indéterminée ne pouvant exclure une lésion de haut grade chez une patiente de 24 ans. Ces résultats correspondent tout à fait à une population de moins de 25 ans exposée au papillomavirus depuis une dizaine d'années au maximum.

La prise en charge en cas de résultat anormal révèle que la plupart des patientes ont été suivies par des méthodes non invasives. Malgré tout, une proportion non négligeable d'entre elles a subi des interventions plus invasives au niveau cervico-utérin : 7 patientes ont eu des biopsies, et surtout deux patientes ont été traitées par laser et une patiente par conisation, induisant les risques gynéco-obstétricaux que l'on connaît. Parmi ces patientes traitées chirurgicalement, deux avaient 24 ans et étaient donc proche de l'âge d'initiation du dépistage. En revanche, la troisième n'avait que 19 ans, ce qui pose la question d'une possible régression des lésions si le premier FCU n'avait été réalisé qu'à partir de 25 ans.



### **3.2. Point particulier : immunodépression**

Selon l'HAS, le statut immunitaire de la patiente peut la placer dans un groupe à risque de CCU :

*Chez les individus immunodéficients (immunodépression liée à une infection par le VIH ou à l'utilisation de médicaments antirejet après une greffe), les infections par le papillomavirus humain ont plus souvent tendance à persister, le développement de lésions précancéreuses et cancéreuses est plus rapide et leur fréquence plus élevée. (4)*

Dans notre étude de 180 patientes, 4 patientes étaient en situation d'immunodépression.

Pour l'une d'entre elles, la cause était une infection par le VIH. Dans cette situation, la réalisation d'un FCU était conforme aux bonnes pratiques, l'HAS recommandant de débiter le dépistage dès le début de la vie sexuelle du fait d'une diminution de la clairance de l'HPV.

En revanche pour les 3 autres patientes, l'origine de cette immunodépression était un traitement immunosuppresseur, deux d'entre elles étant atteintes de mucoviscidose et la troisième d'une forme sévère de la maladie de Crohn. L'HAS n'a pas formulé de recommandation particulière pour ce type de patientes, ni infectées par le VIH ni transplantées, mais ayant néanmoins un système immunitaire fonctionnant anormalement. Pour ces 3 patientes, un FCU avait été réalisé et cette attitude, bien que ne respectant pas les recommandations, peut malgré tout sembler pertinente. D'une part parce leur statut immunitaire pourrait augmenter leur risque de CCU. D'autre part parce qu'elle peut permettre de dépister précocement des lésions, permettant ainsi de limiter au maximum la survenue d'un CCU chez des patientes ayant déjà une pathologie et des traitements lourds.

### **3.3. Comparaison avec la littérature**

En 2010, la HAS indiquait que « plus de 50% des femmes sont pas ou trop peu souvent dépistées, et environ 40% des femmes dépistées trop fréquemment » (11).

Si notre population des moins de 25 ans fait plutôt partie de la catégorie des femmes sur-dépistées, la tranche d'âge 25-65 ans, population cible du dépistage, a tendance à être sous-dépistée. La littérature scientifique s'y attarde plus spécifiquement, dans l'idée d'améliorer le dépistage afin de répondre aux objectifs du Plan Cancer 2014-2019 qui vise 80% de couverture FCU pour les 25-65 ans (27).

Au moment de la publication des recommandations HAS en 2010, la couverture de FCU sur 3 ans des femmes de 25 à 65 ans variait de 53,2% pour les estimations les plus pessimistes à 89,4% pour le Baromètre Cancer de l'INPES (Institut National de prévention et d'Éducation pour la Santé) (28;29). Une expérimentation sur 13 départements français entre 2010 et 2012 montrait qu'elle était de 51,4% (30). Enfin, en 2012, l'analyse ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale) estimait cette couverture de FCU sur 3 ans à 72% (31). Pour chacune de ces études, la proportion de FCU diminuait avec l'âge, en particulier après 50 ans.

En janvier 2017, Santé Publique France publie dans son bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) une étude centrée sur le FCU chez les moins de 25 ans et les actes que cela pouvait engendrer (30). Bien que l'étude ait été réalisée entre 2007 et 2013 alors que les recommandations HAS datent de 2010, les résultats évoquent, comme dans notre étude, un sur-dépistage de cette population. Ils indiquent qu'en 2013 35,5% des patientes de 20 à 24 ans avaient bénéficié d'un FCU dans les 3 années précédentes. La tranche d'âge 20-24 avait été sélectionnée car elle représentait 85,2% des dépistages entre 15 et 24 ans, chiffres là aussi comparables à notre étude. Ils indiquent toutefois que la proportion de femmes de moins de 25 ans a diminué depuis 2007. De plus, ils notent que le nombre de FCU de contrôle a diminué entre 2007 et 2012, laissant place à une augmentation des tests HPV, des colposcopies et des traitements chirurgicaux du col. Les auteurs font part à ce sujet de leur préoccupation concernant le risque de morbidité obstétricale associé à ces pratiques.

Malgré les recommandations de 2010, force est de constater que le dépistage du CCU reste encore individuel. Afin de répondre aux objectifs du Plan Cancer, la généralisation du dépistage à l'échelle nationale est prévue pour fin 2017 (32). En effet, une étude médico-économique publiée par l'INCa ainsi que l'expérimentation menée dans 13 départements français et analysée par Santé Publique France permettent de dire qu'une amélioration de notre système de dépistage est possible (33;34;30). Elle serait fondée sur des systèmes de lettres d'invitation puis de relance, éventuellement associée à un kit d'autoprélèvement vaginal recherchant de l'HPV. L'organisation de ce programme serait notamment financée par les restrictions de FCU chez les femmes non invitées au dépistage, incluant les patientes de moins de 25 ans. À terme, le test HPV, méthode particulièrement efficace, pourrait devenir le moyen de dépistage de première intention.

Enfin, une actualisation des recommandations sur la conduite à tenir en cas de cytologie anormale est parue en décembre 2016. L'objectif est de diminuer les traitements excessifs et en particulier les conisations pour utiliser des méthodes avec moins de risques obstétricaux (35).

### **3.4. Propositions**

Au vu des résultats de notre étude, il nous semble pertinent de sensibiliser les professionnels pratiquant les FCU au respect des règles de bonne pratique. L'actualisation de leurs connaissances concernant le CCU et son dépistage pourrait permettre d'augmenter l'adhésion aux recommandations HAS.

La mise en place d'un dépistage organisé d'ici à fin 2017 devrait permettre de faire circuler les publications récentes sur le sujet. En plus de permettre l'augmentation du dépistage chez les femmes plus âgées, c'est l'occasion de convaincre les professionnels de l'intérêt de restreindre la réalisation des FCU les moins pertinents. Ces derniers peuvent concerner les FCU rapprochés de moins de 3 ans, ou encore ceux réalisés chez les patientes de moins de 25 ans.

La révision du programme de dépistage du CCU pourra, si les recommandations sont appliquées, permettre conjointement la diminution des risques de cancer pour les femmes de plus de 50 ans et la diminution des risques gynéco-obstétricaux pour celles de moins de 25 ans.

### **3.5. Forces et faiblesses**

#### **3.5.1. Forces**

Le choix de recueillir les données à partir des dossiers médicaux des patientes nous a permis d'obtenir des informations sûres en évitant les biais de déclaration et de mémorisation.

De plus, la variété des services dans lesquels notre étude a été menée était une autre force. Étaient représentés 2 types de services, les consultations gynécologiques et les CPEF ; chaque hôpital possédant ce type de structure a été intégré dans l'étude soit 4 sites des HCL. Cela nous a permis d'atténuer un potentiel biais de sélection dû à une différence de patientèle entre les consultations gynécologiques et les CPEF mais aussi entre les différents hôpitaux.

Enfin, cette étude s'inscrit dans l'actualité médicale. Courant 2016 et début 2017 sont parus plusieurs études et articles qui montraient la nécessité de revoir notre programme national de dépistage. Bien qu'à une échelle moindre, nos résultats pointaient également dans cette direction.

### 3.5.2. Faiblesses

Un biais de mesure important existait puisque les dossiers gynécologiques des patientes, aussi bien pour ceux qui étaient informatisés que pour les versions papier, se présentaient sous la forme de texte libre. Des informations importantes pouvaient donc être manquantes, en particulier les antécédents médicaux, l'âge au premier rapport sexuel ou la multiplicité des partenaires.

Par ailleurs, l'étude a été réalisée uniquement en milieu hospitalier. Il est probable que les résultats aient été modifiés si nous avions pris en compte les FCU réalisés en ville, que ce soit chez un gynécologue, une sage-femme ou un médecin traitant. Ceci est d'autant plus vrai que dans certains cas la patiente avait eu un FCU en ville, mais qu'elle avait été adressée à l'hôpital pour une prise en charge suite à un résultat anormal.

Enfin, certains co-facteurs de risque de CCU, tels que le tabagisme ou l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux, n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Il est possible que leur présence ait également influencé la pratique des professionnels.

## CONCLUSION

Conformément à notre hypothèse principale, notre étude a montré un sur-dépistage des femmes de moins de 25 ans concernant le CCU. Ainsi 43,33% des patientes avaient déjà été dépistées au moins une fois. L'âge moyen d'initiation du dépistage était situé à 21,2 ans.

Les principales variables qui semblaient influencer les règles de bonnes pratique étaient la présence de facteurs de risque de CCU, et plus particulièrement de risque d'infection à HPV.

Le type de praticien et de structure ne semblait pas influencer directement la réalisation de FCU. Une variabilité interprofessionnelle reste possible mais n'a pas pu être démontrée dans cette étude.

La proportion de résultats anormaux était de 31,5% et restait donc faible. Pour ces patientes, une simple surveillance était le plus souvent mise en place. Néanmoins, 13% avaient été traitées chirurgicalement au niveau cervico-utérin, avec les risques gynéco-obstétricaux que cela comporte.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce manque d'adhésion aux règles de bonnes pratiques. Il peut s'agir des lacunes des praticiens concernant les notions de physiopathologie du cancer cervico-utérin. Nous pouvons évoquer également la méconnaissance des recommandations ou le choix délibéré de ne pas les appliquer. Enfin, il est possible que la pression de la part des patientes ou au contraire la crainte qu'elles ne se fassent pas suivre au niveau gynécologique incitent les praticiens à réaliser des FCU avant l'âge recommandé.

Les jeunes femmes de moins de 25 ans sont ainsi sur-dépistées, contrairement aux femmes de 25 à 65 ans, qui sont sous-dépistées. Pour pallier à ce trop grand nombre de FCU réalisé chez les patientes non éligibles au dépistage, nous avons proposé d'actualiser les connaissances des professionnels de santé réalisant les FCU. De puissantes études publiées récemment par l'InCA et Santé Publique France pourraient convaincre les praticiens de l'intérêt de limiter le dépistage chez les patientes de moins de 25 ans.

Enfin, une révision du programme français de dépistage du CCU est prévue afin de répondre aux objectifs du Plan Cancer 2014-2019. Une première étape fin 2017 puis une deuxième en 2019 devraient permettre d'affiner les stratégies de dépistages actuelles. Cette perspective est encourageante puisqu'il est notamment question de réduire la part de FCU chez les femmes de moins de 25 ans.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INCa. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2013 Juin [cited 2017 Jan 17]; Available from: <http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/INCa/FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013%5B1%5D.pdf>
2. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff A-S. Le cancer du col de l'utérus: état des connaissances en 2014. *Coord Sci Coord*. 2014;220.
3. Code de la santé publique - Article L2122-1. 2017 Janvier.
4. HAS. Référentiel de pratiques pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2013 Juin [cited 2017 Jan 17]; Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_\\_vf\\_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf)
5. Sicard A. L'introduction en France des frottis cervicaux-vaginaux. *Hist Sci Médicales*. 1997;31:255–60.
6. CNGOF. Prévention du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan 17]; Available from: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/rpc\\_prev-K-col2007.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf)
7. Barré S. Note de cadrage Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009. HAS Serv Éval Économique Santé Publique [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 19]; Available from: [http://www.picardmed.com/reseaux/oncopic/test/oncopic2/iso\\_album/has-note\\_depistage\\_col.pdf](http://www.picardmed.com/reseaux/oncopic/test/oncopic2/iso_album/has-note_depistage_col.pdf)
8. InVS. Pathologie cervico-utérine : dépistage et surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses. [Internet]. 2014 Mai [cited 2017 Jan 17]; Available from: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/pdf/2014\\_13-14-15.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/pdf/2014_13-14-15.pdf)
9. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, argumentaire. [Internet]. 2010 Juillet [cited 2017 Jan 17]; Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
10. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, synthèse et recommandations. [Internet]. 2010 Juillet [cited 2017 Jan 17]; Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
11. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. [Internet]. 2010 Juillet [cited 2017 Jan 17]; Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche\\_de\\_synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
12. HAS. Dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 17]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1501380/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1501380/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus)

13. Riethmuller D, Schaal JP, Mougin C. Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. *Gynécol Obstét Fertil*. 2002 Feb;30(2):139–46.
14. Papillomavirus [Internet]. Papillomavirus. 2017 [cited 2017 Jan 17]. Available from: <http://www.papillomavirus.fr/>
15. Schiffman M, Castle PE. The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention. *N Engl J Med*. 2005 Nov 17;353(20):2101–4.
16. Ined. Fiche pédagogique l'âge au premier rapport sexuel. [Internet]. Available from: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/247/fichier.fiche.peda.premier.rapport.sexuel.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/247/fichier.fiche.peda.premier.rapport.sexuel.fr.pdf)
17. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ*. 2009 Jul 28;339(jul28 2):b2968–b2968.
18. Sasieni P, Castanon A, Parkin DM. How many cervical cancers are prevented by treatment of screen-detected disease in young women? *Int J Cancer*. 2009 Jan 15;124(2):461–4.
19. Castanon A, Leung VMW, Landy R, Lim AWW, Sasieni P. Characteristics and screening history of women diagnosed with cervical cancer aged 20-29 years. *Br J Cancer*. 2013 Jul 9;109(1):35–41.
20. OMS. Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. 2014 [cited 2017 Jan 19]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112555>
21. El-Nashar SA, Shazly SA, Hopkins MR, Bakkum-Gomez JN, Famuyide AO. Loop Electrosurgical Excision Procedure Instead of Cold-Knife Conization for Cervical Intraepithelial Neoplasia in Women With Unsatisfactory Colposcopic Examinations: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Low Genit Tract Dis*. 2016 Dec 13;
22. Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. Loop electrosurgical excision of the cervix and subsequent risk for spontaneous preterm delivery: a population-based study of singleton deliveries during a 9-year period. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Jul;201(1):33.e1–6.
23. Bruinsma FJ, Quinn MA. The risk of preterm birth following treatment for precancerous changes in the cervix: a systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2011 Aug;118(9):1031–41.
24. Ortoft G, Henriksen T, Hansen E, Petersen L. After conisation of the cervix, the perinatal mortality as a result of preterm delivery increases in subsequent pregnancy. *BJOG*. 2010 Feb;117(3):258–67.
25. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006 Feb 11;367(9509):489–98.
26. Keller MJ. Screening for Human Papillomavirus-Associated Cervical Disease in HIV-Infected Women. *Top Antivir Med*. 2015 Nov;23(4):142–5.
27. INCa. Plan Cancer 2014-2019. 2014.

28. DRESS. L'état de santé de la population en France. 2015.
29. INPES, INCa. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis: Éd. INPES; 2012.
30. Santé Publique France. Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 3]. (BEH n°2-3). Available from: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/pdf/2016\\_35-36.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/pdf/2016_35-36.pdf)
31. InVS. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). 2012.
32. INCa. Vers un dépistage organisé [Internet]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Vers-un-depistage-organise#toc-deux-rapports-pour-pr-parer-la-g-n-ralisation>
33. INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus /Synthèse /Etude médico-économique /Phase 1. 2016.
34. INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus /Synthèse /Etude médico-économique /Phase 2. 2016.
35. INCa. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-uterine anormale. 2016.



## ANNEXES

Annexe I : ANAES RPC synthèse des recommandations. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Septembre 2002

Annexe II : Recueil de données

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

### ► LE SYSTÈME DE BETHESDA ACTUALISÉ EN 2001 EST RECOMMANDÉ POUR LA FORMULATION DU COMPTE RENDU CYTOLOGIQUE

Principaux changements :

- la catégorie « échantillon satisfaisant, mais limité par » (SBLB) dans le système de Bethesda 1991, parfois source de confusions, est supprimée : le prélèvement peut être interprété ou non ;
- l'absence de cellules endocervicales doit être signalée dans le compte rendu, mais ne constitue pas à elle seule un critère de non-interprétabilité ;
- le regroupement des catégories « normales » et « modifications bénignes » en une seule catégorie : « absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité » ;
- l'interprétation plus restrictive des « atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée » ;
- l'individualisation de la catégorie « adénocarcinome *in situ* ».

### ► FROTTIS CONVENTIONNEL OU FROTTIS EN MILIEU LIQUIDE ?

La qualité du prélèvement est essentielle pour les 2 méthodes.

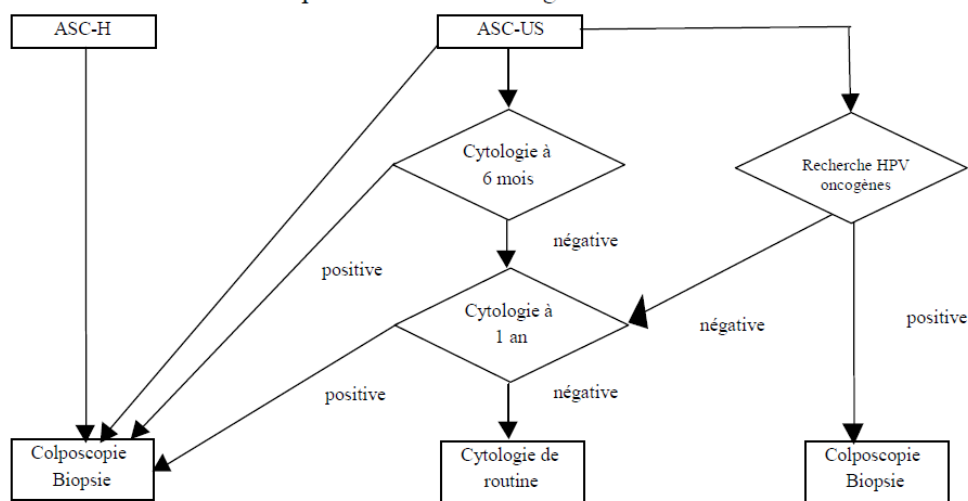
Le frottis en milieu liquide réduit le nombre des frottis non interprétables.

Le frottis en milieu liquide permet l'utilisation du matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques, en particulier la réalisation d'un test HPV.

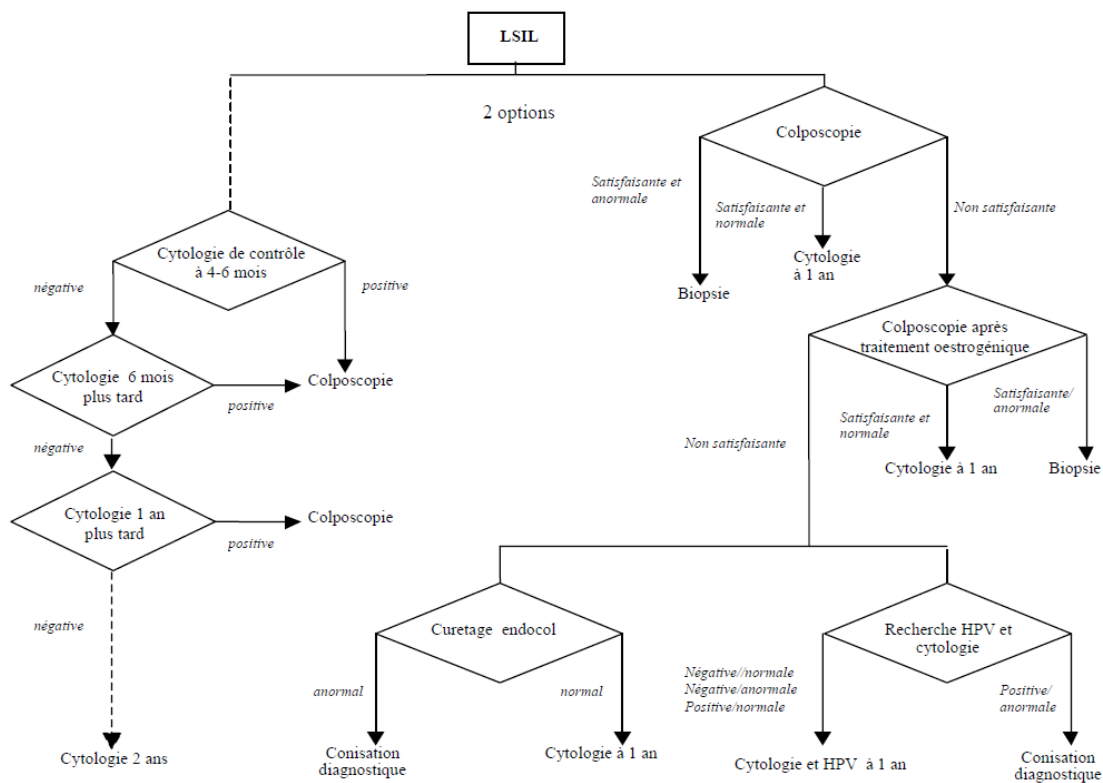
Les données disponibles en 2002 ne sont pas suffisantes pour privilégier le frottis en milieu liquide en termes de sensibilité et surtout de spécificité.

### ► CONDUITE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE FROTTIS AVEC ATYPIES DES CELLULES MALPIGHIENNES (ASC) : voir figure ci-dessous

- Frottis ASC-H (dans 40 % des cas : CIN 2, CIN 3, exceptionnellement cancer invasif) : colposcopie d'emblée.
- Frottis ASC-US (dans 5 à 10 % des cas : CIN 2, CIN 3, exceptionnellement cancer invasif) : soit colposcopie d'emblée, soit frottis de contrôle 6 mois plus tard, soit recherche d'HPV potentiellement oncogènes.



► **CONDUITE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE FROTTIS AVEC LÉSION MALPIGHIENNE INTRA-ÉPITHÉLIALE DE BAS GRADE (LSIL) : voir figure ci-dessous.**



La recherche des HPV en première intention n'est pas recommandée dans les lésions de bas grade en raison du taux élevé de positivité dans ce type de lésions.

► **CONDUITE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE FROTTIS AVEC LÉSION MALPIGHIENNE INTRA-ÉPITHÉLIALE DE HAUT GRADE (HSIL)**

- Colposcopie d'emblée (2<sup>e</sup> frottis inutile et dangereux) pour repérer les lésions et orienter les prélèvements qui doivent être de bonne qualité. Si l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical, n'est pas observée, la colposcopie n'est pas satisfaisante : exérèse à visée diagnostique.
- Puis 1<sup>er</sup> contrôle à 3-6 mois : colposcopie et frottis utérin avec biopsies dirigées et/ou curetage endocervical selon l'aspect colposcopique et la situation de la jonction squamo-cylindrique.
- Si les examens sont normaux : répéter à 6 mois-1 an, puis cytologie annuelle.
- Si les examens sont anormaux : traiter les lésions résiduelles selon leur sévérité et leur situation.
- Recherche des HPV : non recommandée en 2002 pour le suivi des patientes après conisation (études en cours).

## Annexe II : Recueil de données

ID	AGE	GESTITE	PARITE	FCU	AGE 1ER FCU	LIEU FCU	RESULTAT FCU	FCU CONTRÔLE	TEST HPV	COLPOSCOPIE	BIOPSIE	LASER	CONISATION	AGE 1ER IRS	VIRGINITE	PARTENAIRES	MYCOSE	HERPES	MYCOPLASME	CHLAMYDIA	GARDNERELLA	GONOCOQUE	VIH	CONDYLOMES	ATCD FAM CCU	HÔPITAL	SERVICE	PRATICIEN
1	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
2	24	0	0	Au moins 1	24	.	NILM	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	XR	CS	Gynécologue	
3	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Interne
4	24	0	0	Au moins 1	23	Autre	NILM	.	.	.	.	.	15	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
5	23	2	2	Au moins 1	23	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
6	23	0	0	Au moins 1	23	Autre	ASCUS	Oui	Non	Non	Non	Non	19	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
7	24	0	0	Au moins 1	24	HCL	NILM	.	.	.	.	.	18	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
8	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
9	22	0	0	Au moins 1	21	HCL	LSISL	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	16	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	XR	CS	Sage-femme
10	24	0	0	Au moins 1	20	Autre	ASCUS	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	XR	CS	Gynécologue
11	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
12	24	0	0	Au moins 1	24	Autre	ASCUS	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
13	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	20	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
14	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
15	15	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
16	24	1	0	Au moins 1	24	Autre	ASCUS	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
17	22	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
18	23	0	0	Au moins 1	23	HCL	NILM	.	.	.	.	.	18	Non	< 3/an	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Interne
19	24	0	0	Au moins 1	22	HCL	ASCH	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Sage-femme
20	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
21	23	0	0	Au moins 1	22	HCL	LSISL	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	16	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	XR	CS	Gynécologue
22	23	0	0	Au moins 1	23	Autre	ASCUS	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	1° degré	XR	CS	Gynécologue
23	22	0	0	Au moins 1	22	Autre	LSISL	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
24	23	0	0	Au moins 1	23	HCL	LSISL	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	18	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
25	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
26	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
27	24	0	0	Au moins 1	24	Autre	NILM	.	.	.	.	.	18	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
28	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
29	22	0	0	Au moins 1	22	Autre	NILM	Non	Non	Non	Non	Non	Non	.	Non	.	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	XR	CS	Gynécologue
30	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
31	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	18	Non	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
32	21	0	0	Au moins 1	21	Autre	NILM	.	.	.	.	.	16	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
33	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Gynécologue
34	24	0	0	Au moins 1	20	Autre	NILM	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CS	Interne
35	19	2	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	.	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Gynécologue

ID	AGE	GESTITE	PARITE	FCU	AGE 1ER FCU	LIEU FCU	RESULTAT FCU	FCU CONTRÔLE	TEST HPV	COLPOSCOPIE	BIOPSIE	LASER	CONISATION	AGE 1ER RS	VIRGINITE	PARTENAIRES	MYCOSE	HERPES	MYCOPLASME	CHLAMYDIA	GARDNERELLA	GONOCOQUE	VIH	CONDYLOMES	ATCD FAM CCU	HÔPITAL	SERVICE	PRATICIEN
36	21	2	0	Au moins 1	20	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	1° degré	XR	CPEF	Gynécologue	
37	21	0	0	Au moins 1	19	HCL	NILM	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Gynécologue
38	18	0	0	Au moins 1	18	HCL	LSISL	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	15	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
39	22	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue
40	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
41	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Interne
42	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	16	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
43	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	XR	CPEF	Sage-femme	
44	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
45	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Gynécologue
46	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	20	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
47	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	19	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
48	22	4	2	Au moins 1	22	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
49	17	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	16	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
50	22	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
51	22	1	0	Au moins 1	18	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
52	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Non	.	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
53	24	0	0	Au moins 1	21	Autre	NILM	.	.	.	.	.	20	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Gynécologue
54	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
55	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	16	Non	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
56	20	0	0	Au moins 1	20	HCL	NILM	.	Oui	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
57	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
58	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
59	24	0	0	Au moins 1	22	Autre	NILM	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
60	23	0	0	Au moins 1	23	HCL	NILM	.	.	.	.	.	17	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
61	23	0	0	Au moins 1	23	HCL	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	XR	CPEF	Sage-femme
62	24	3	1	Au moins 1	22	HCL	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
63	24	3	0	Au moins 1	20	HCL	ASCUS	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
64	24	0	0	Au moins 1	21	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
65	23	0	0	Au moins 1	.	Autre	ASCUS	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
66	23	0	0	Au moins 1	22	Autre	ASCUS	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	.	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Interne
67	23	0	0	Au moins 1	21	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
68	22	0	0	Au moins 1	21	HCL	NILM	.	.	.	.	.	18	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
69	22	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
70	22	0	0	Au moins 1	19	HCL	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
71	21	0	0	Au moins 1	20	HCL	ASCUS	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	CHLS	CS	Gynécologue	
72	21	0	0	Au moins 1	.	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue

ID	AGE	GESTITE	PARITE	FCU	AGE 1ER FCU	LIEU FCU	RESULTAT FCU	FCU CONTRÔLE	TEST HPV	COLPOSCOPIE	BIOPSIE	LASER	CONISATION	AGE 1ER RS	VIRGINITE	PARTENAIRES	MYCOSE	HERPES	MYCOPLASME	CHLAMYDIA	GARDNERELLA	GONOCOQUE	VIH	CONDYLOMES	ATCD FAM CCU	HÔPITAL	SERVICE	PRATICIEN
73	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	16	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
74	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
75	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
76	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	18	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
77	19	0	0	Au moins 1	19	Autre	LSISL	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	CHLS	CS	Gynécologue
78	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
79	19	0	0	Au moins 1	.	.	NILM	.	.	.	.	.	17	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	2° degré	CHLS	CS	Gynécologue
80	18	0	0	Au moins 1	16	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	CHLS	CS	Gynécologue
81	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
82	17	0	0	Au moins 1	14	Autre	NILM	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
83	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	16	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	2° degré	CHLS	CS	Gynécologue
84	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
85	17	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	2° degré	CHLS	CS	Gynécologue
86	16	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
87	16	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
88	16	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
89	15	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
90	18	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
91	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme
92	21	0	0	Au moins 1	.	Autre	ASCUS	Non	Oui	Oui	Non	Non	14	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CS	Gynécologue
93	18	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme
94	20	2	2	Au moins 1	.	HCL	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Interne
95	19	3	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Gynécologue
96	23	0	0	Au moins 1	22	Autre	NILM	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
97	21	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
98	17	0	0	Au moins 1	17	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
99	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
100	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
101	19	2	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
102	22	0	0	Au moins 1	21	Autre	ASCUS	Oui	Oui	Oui	Non	Non	.	.	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	HFME	CS	Gynécologue
103	23	0	0	Au moins 1	19	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
104	24	1	1	Au moins 1	.	Autre	LSISL	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
105	24	0	0	Au moins 1	.	Autre	NILM	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
106	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
107	24	2	1	Au moins 1	19	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	HFME	CS	Gynécologue
108	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue
109	22	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue

ID	AGE	GESTITE	PARITE	FCU	AGE 1ER FCU	LIEU FCU	RESULTAT FCU	FCU CONTRÔLE	TEST HPV	COLPOSCOPIE	BIOPSIE	LASER	CONISATION	AGE 1ER RS	VIRGINITE	PARTENAIRES	MYCOSE	HERPES	MYCOPLASME	CHLAMYDIA	GARDNERELLA	GONOCOQUE	VIH	CONDYLOMES	ATCD FAM CCU	HÔPITAL	SERVICE	PRATICIEN
110	23	0	0	Au moins 1	22	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
111	24	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
112	19	0	0	Au moins 1	19	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
113	23	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
114	22	0	0	Au moins 1	22	HCL	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
115	22	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
116	22	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
117	22	0	0	Au moins 1	22	HCL	.	.	.	.	.	.	16	Non	> 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
118	19	0	0	Au moins 1	19	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	1° degré	HFME	CS	Interne	
119	24	0	0	Au moins 1	23	Autre	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
120	23	0	0	Au moins 1	21	HCL	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
121	23	1	0	Au moins 1	23	HCL	.	.	.	.	.	.	22	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
122	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
123	22	2	0	Au moins 1	20	HCL	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
124	23	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
125	23	2	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HFME	CS	Gynécologue	
126	23	0	0	Au moins 1	20	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
127	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
128	15	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Interne	
129	23	.	.	Au moins 1	.	Autre	NILM	.	.	.	.	.	.	.	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
130	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
131	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Interne	
132	23	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
133	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
134	22	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
135	15	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	15	Non	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
136	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
137	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	> 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
138	22	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
139	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Interne	
140	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
141	21	1	1	Au moins 1	21	HCL	NILM	.	.	.	.	.	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Interne	
142	23	0	0	Au moins 1	23	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
143	19	0	0	Au moins 1	20	HCL	ASCUS	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	HEH	CPEF	Gynécologue		
144	15	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	14	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
145	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
146	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Non	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Interne	

	ID	AGE	GESTITE	PARITE	FCU	AGE 1ER FCU	LIEU FCU	RESULTAT FCU	FCU CONTRÔLE	TEST HPV	COLPOSCOPIE	BIOPSIE	LASER	CONISATION	AGE 1ER RS	VIRGINITE	PARTENAIRES	MYCOSE	HERPES	MYCOPLASME	CHLAMYDIA	GARDNERELLA	GONOCOQUE	VIH	CONDYLOMES	ATCD FAM CCU	HÔPITAL	SERVICE	PRATICIEN
147	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
148	23	2	1	Au moins 1	.	Autre	.	Oui	.	.	.	Oui	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
149	20	2	1	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Interne	
150	23	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
151	19	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
152	21	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
153	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Sage-femme	
154	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	> 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	HEH	CPEF	Gynécologue	
155	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
156	24	0	0	Au moins 1	22	Autre	LSISL	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	.	Non	.	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
157	20	2	2	Au moins 1	20	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
158	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	> 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
159	14	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
160	16	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
161	20	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
162	20	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
163	15	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
164	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
165	24	1	1	Au moins 1	24	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
166	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	17	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
167	21	1	1	Au moins 1	21	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
168	22	1	1	Au moins 1	19	HCL	ASCUS	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	.	Non	.	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
169	20	1	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
170	24	1	0	Au moins 1	.	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
171	24	0	0	Au moins 1	22	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
172	21	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	2° degré	CHLS	CPEF	Sage-femme	
173	18	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	> 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
174	17	0	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Oui	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
175	21	3	2	Au moins 1	20	Autre	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
176	24	2	1	Au moins 1	24	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
177	23	2	2	Au moins 1	21	Autre	ASCUS	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
178	23	2	1	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
179	24	2	2	Au moins 1	24	HCL	NILM	.	.	.	.	.	.	Non	.	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	
180	23	2	0	Jamais	.	.	.	.	.	.	.	.	.	Non	< 3/an	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	CHLS	CPEF	Sage-femme	



## RESUME

<b>Auteur</b> : Camille Guillaud	<b>Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon, 2017</b>
<b>Titre</b> : Mise en application des recommandations HAS (Haute Autorité de Santé) concernant le frottis cervico-utérin chez la femme de moins de 25 ans	
<b>Résumé</b> <u>Objectifs</u> : Décrire la proportion de femmes de moins de 25 ans ayant déjà eu un frottis cervico-utérin (FCU), rechercher les facteurs influençant les bonnes pratiques, décrire la proportion de femmes de moins de 25 ans ayant été traité par conisation. <u>Matériel et méthode</u> : Étude descriptive transversale incluant 180 patientes issues de 6 services des Hospices Civils de Lyon (3 services de consultations gynécologiques et 3 Centres de Planification et d'Education Familiale) <u>Résultats</u> : 43,33% des patientes avaient déjà eu au moins un FCU. La présence de facteurs de risque de cancer du col de l'utérus (CCU) augmentait la proportion de FCU. Le type de praticien ou de service n'influçait pas la réalisation de FCU. 31,5% des patientes avaient un résultat anormal. 13% d'entre elles avaient été traité chirurgicalement, par conisation ou vaporisation laser. <u>Conclusion</u> : Les recommandations HAS ne sont pas toujours appliquées. Les femmes de moins de 25 ans sont sur-dépistées, en particulier celles avec des facteurs de risque de CCU. Cela engendre parfois des interventions chirurgicales au niveau cervico-utérin avec des risques gynéco-obstétricaux pour la patiente. Le programme national de dépistage nécessite des améliorations. Celles-ci sont prévues pour la fin de l'année 2017.	
<b>Mots clés</b> : frottis cervico-utérin, dépistage, cancer du col de l'utérus, recommandations	

<b>Title</b> : Implementation of HAS recommendations regarding Pap smear in women under the age of 25	
<b>Abstract</b> <u>Objective</u> : Describe the proportion of women under the age of 25 who ever had a Pap smear, identify factors influencing best practice, and describe the proportion of women under 25 who were treated with conisation. <u>Methodology</u> : Cross-sectional descriptive study including 180 patients from 6 Hospices Civils de Lyon departments (3 gynecological departments services and 3 family planning centers) <u>Results</u> : 43.33% of the patients had already had at least one Pap smear. The presence of risk factors for cervical cancer increased the smear proportion. The type of practitioner or service did not influence the achievement of Pap smear. 31.5% of the patients had an abnormal result. 13% had been treated surgically, by loop excision or laser conisation. <u>Conclusion</u> : HAS recommendations are not always applied. Women under the age of 25 are over-screened, especially those with risk factors for cervical cancer. This sometimes leads to surgical interventions on cervix with gynecologic-obstetric risks for the patient. The national screening program requires improvements. These are planned by the end of the year 2017.	
<b>Key-words</b> : Pap smear, screening, cervical cancer, recommendations	