

DÉCEMBRE 2020



OUTILS POUR LA PRATIQUE

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN PRATIQUE

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

SOMMAIRE

	Introduction	05
1	Les femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus	06
2	Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	07
	○ Objectifs du programme	07
	○ Les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)	07
	○ Quel est le rôle du professionnel de santé dans le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ?	08
3	Le dépistage	09
	○ Le prélèvement	09
	○ Le test de dépistage primaire	09
	○ Algorithmes de dépistage	10
	■ Femmes de 25 à 29 ans	
	■ Femmes de 30 à 65 ans	
	○ Le compte rendu intégré	11
4	La prise en charge du dépistage	12
5	Le cas particulier de la femme enceinte	13
6	Questions/Réponses	14
	Méthodologie	15
	Liste des participants	16
	Références	17
	Autres outils à votre disposition	18

Ce document doit être cité comme suit : © *Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique*, collection Outils pour la pratique, INCa, décembre 2020.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 20/12/2020.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

» Glossaire

- **Co-testing**: réalisation systématique d'une cytologie et d'un test HPV- HR quel que soit le résultat de l'un ou l'autre des tests
- **Test de dépistage primaire**: test utilisé en première intention dans le cadre du dépistage (test HPV ou examen cytologique selon l'âge de la femme)
- **Test de triage**: test effectué en seconde intention après un test de dépistage primaire anormal ou positif, son résultat permet de définir la conduite à tenir
- **Test réflexe**: test de triage réalisé à partir du même prélèvement que le test de dépistage primaire
- **Séquence de dépistage**: elle comprend le test de dépistage primaire suivi du test de triage le cas échéant

» Abréviations

- **AME**: Aide médicale d'État
- **ANSM**: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- **APV**: Autoprélèvement
- **Cnam**: Caisse nationale d'assurance maladie
- **CNIL**: Commission nationale de l'informatique et des libertés
- **CNR-HPV**: Centre national de référence des HPV
- **CRCDC**: Centre régional de coordination du dépistage des cancers
- **CSS**: Complémentaire santé solidaire
- **HAS**: Haute Autorité de santé
- **HPV**: Human Papillomavirus
- **HPV-HR**: HPV à haut risque
- **INCa**: Institut national du cancer
- **SpF**: Santé publique France

» Abréviations correspondant à la terminologie de Bethesda pour désigner les résultats de cytologie anormale

AGC	■ Atypical glandular cells	■ Atypies des cellules glandulaires
AIS	■ Endocervical adenocarcinoma in situ	■ Adénocarcinome endocervical in situ
ASC-H	■ Atypical squamous cells that cannot exclude HSIL	■ Cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'éliminer une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
ASC-US	■ Atypical squamous cells of undetermined significance	■ Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée
HSIL	■ High-grade squamous intraepithelial lesion	■ Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade
LSIL	■ Low-grade squamous intraepithelial lesion	■ Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade
NILM	■ Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy	■ Négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le 12^e cancer le plus fréquent chez la femme en France. Malgré l'existence d'un dépistage efficace, il est responsable d'environ 1100 décès par an. C'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans en diminution. On considère pourtant qu'un dépistage régulier de toute la population-cible permettrait d'en réduire l'incidence de 90 %.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'inscrit, depuis 2018, dans le cadre d'un programme national organisé.

En 2019, la Haute Autorité de santé a formulé de nouvelles recommandations faisant évoluer les modalités du dépistage du cancer du col de l'utérus. Désormais, les tests de dépistage primaire, les tests de triage et les rythmes de dépistage sont différents selon l'âge des femmes concernées.

Ce document à destination des gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes a pour objectifs de synthétiser les modalités pratiques et les principaux algorithmes de dépistage en fonction de l'âge de la femme. Il permet de répondre aux questions les plus fréquentes que se posent les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

1 LES FEMMES ÉLIGIBLES AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Toutes les femmes asymptomatiques, de 25 à 65 ans ayant un col de l'utérus sont éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus.¹

Les femmes enceintes, les femmes ménopausées et les femmes vaccinées contre le HPV sont également concernées.

Ne sont pas éligibles au dépistage:

- les femmes asymptomatiques de moins de 25 ans et de plus de 65 ans;
- les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels²;
- les femmes ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus (elles relèvent d'un examen immédiat à visée diagnostique);
- les femmes ayant eu un traitement conservateur (cryothérapie, vaporisation laser, conisation au bistouri à froid ou au laser, résection à l'anse diathermique...) pour une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus (elles bénéficient d'un suivi spécifique)³;
- les femmes ayant une absence de col de l'utérus, soit acquise (hystérectomie totale), soit congénitale (syndrome de Mayer Rokitansky Küster Hauser).

Les femmes dans les situations suivantes sont éligibles au dépistage, mais présentent un risque majoré de cancer du col de l'utérus qui peut nécessiter une surveillance plus rapprochée:

- les femmes immunodéprimées (infectées par le VIH, sous traitement immunosuppresseur, greffées ou ayant une immunodépression constitutionnelle);
- les femmes exposées au diéthylstilbestrol (deuxième génération).

Ainsi, les recommandations et conduites à tenir proposées dans ce document concernent les femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, immunocompétentes, n'ayant pas eu d'hystérectomie totale et âgées de 25 à 65 ans.

En l'état actuel des connaissances, la conduite à tenir sera la même pour les femmes vaccinées ou non contre les HPV.

2 LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Objectifs du programme

Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus s'adresse à toutes les femmes asymptomatiques, âgées de 25 à 65 ans, ayant un col de l'utérus. L'objectif du programme national est d'augmenter le taux de couverture de 20 points pour atteindre les 80 % et de réduire de 30 % l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans.

Pour cela, le programme prévoit⁴:

- une **généralisation du dépistage qui s'appuie d'abord sur la mobilisation des professionnels de santé** pour favoriser la participation;
- un **meilleur suivi des femmes** présentant un résultat anormal ou positif;
- une **offre de dépistage élargie** et une **prise en charge à 100 %** du test de dépistage sans avance de frais⁵ pour réduire les inégalités d'accès au dépistage.

Un programme unique et deux modes de participation

La participation spontanée: actuellement, 60 % des femmes de la population cible participent spontanément au dépistage du cancer du col de l'utérus. Pour ces femmes, rien ne change. Elles pourront rejoindre le programme sur proposition du professionnel de santé qui réalise l'examen. En effet, elles devront préciser si elles s'opposent à la transmission de leurs résultats aux différents acteurs (Centre régional de coordination des dépistages des cancers et Santé publique France).

La participation après invitation: les femmes n'ayant pas réalisé de test de dépistage dans les intervalles recommandés recevront par courrier une information et une invitation à consulter leur professionnel de santé pour réaliser le test. Comme pour les femmes réalisant spontanément le dépistage, elles pourront préciser au professionnel de santé réalisant le prélèvement, si elles consentent à la transmission de leurs résultats aux différents acteurs.

Les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)

La mise en oeuvre opérationnelle du programme de dépistage organisé est confiée aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Ces derniers ont notamment pour missions:

- la gestion des invitations et des relances adressées aux femmes n'ayant pas réalisé de dépistage dans les intervalles recommandés;
- le suivi des femmes présentant un test de dépistage anormal ou positif quel que soit leur mode d'entrée dans le programme (dépistage proposé par son professionnel de santé ou suite à une invitation par le CRCDC);
- le recueil des données permettant l'évaluation du programme par Santé publique France.

Chaque centre régional est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé afin de lui apporter le soutien nécessaire dans la mise en place de ce programme.

1. Les femmes devenues hommes (« female to male ») sans chirurgie de réassignation sexuelle ont conservé leur col utérin, elles sont donc concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus.
2. Le virus HPV se transmet par contact des muqueuses ou de la peau, presque exclusivement lors des rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Une femme peut être exposée à une infection à HPV quelle que soit sa sexualité : hétérosexuelle comme homosexuelle, bisexuelle, transgenre (LGBT).
3. Se référer aux recommandations INCa : Surveillance post-thérapeutique des lésions précancéreuses du col de l'utérus / Synthèse, septembre 2019.

4. Les modalités organisationnelles du programme sont précisées dans le cahier des charges en annexe de l'Arrêté du 30 juillet 2020 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/7/30/SSAP2014049A/jo/texte>
5. Se référer au Chapitre 4 : Prise en charge – p.12

Quel est le rôle du professionnel de santé dans le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ?

Que la femme participe sur proposition du professionnel de santé ou suite à une invitation ce rôle reste inchangé.

INFORMER LES FEMMES SUR LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL	■ Chaque femme doit être en mesure de comprendre les enjeux de ce dépistage et de décider si elle accepte ou non de réaliser l'examen. Afin de l'accompagner dans sa prise de décision, une information claire et objective doit lui être délivrée sur les tests, leurs avantages, leurs limites et les conséquences en termes de traitements éventuels en cas de résultat anormal. C'est au terme de la discussion avec la femme que le professionnel pourra lui proposer la réalisation du dépistage.
PROPOSER DE RÉALISER OU DE PRESCRIRE LE DÉPISTAGE	■ La réalisation ou la prescription du dépistage par les professionnels de santé en charge du suivi gynécologique des femmes (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) constituent actuellement le principal mode d'entrée dans le programme.
INFORMER LES FEMMES SUR LE TRAITEMENT DE LEURS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL ET SUR LEUR DROIT D'OPPOSITION	■ La femme doit être informée du traitement de données à caractère personnel par le CRCDC ayant pour finalité son suivi et l'évaluation du programme. Elle doit également être informée de son droit d'opposition à la transmission de ses résultats au CRCDC par le cabinet d'anatomocytopathologie ou par le laboratoire de biologie médicale. ■ Deux modalités complémentaires sont prévues : - une information orale par le professionnel de santé accompagnée de la remise du dépliant d'information sur le programme (sur lequel figurent les mentions CNIL) ⁶ ; - une information par voie d'affichage dans le cabinet médical (affiche disponible au téléchargement sur le site e-cancer.fr).
PERMETTRE AUX FEMMES D'EXERCER LEUR DROIT D'OPPOSITION À LA TRANSMISSION DE LEURS RÉSULTATS AU CRCDC	■ En cas d'opposition de la femme à la transmission de ses résultats au CRCDC par le cabinet d'anatomocytopathologie ou le laboratoire de biologie médicale, le professionnel devra cocher la case prévue à cet effet sur la feuille de demande d'examen accompagnant le prélèvement.

6. Dépliant d'information et affiches sont disponibles à la commande et au téléchargement dans le catalogue des publications du site e-cancer.fr

3 LE DÉPISTAGE

Le prélèvement

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur deux types de tests : l'examen cytologique et le test HPV-HR.

Le prélèvement de référence pour ces deux types de tests est le **prélèvement cervico-utérin réalisé par un clinicien**. Il est recommandé d'utiliser un milieu liquide validé pour l'examen cytologique et pour la recherche d'HPV à haut risque (HPV-HR). Cela permettra, si indiqué, la réalisation d'un test de triage en réflexe (test HPV-HR ou d'une cytologie réflexe sans reconvoque de la femme).

En lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le Centre national de référence des papillomavirus (CNR-HPV) publie une liste à jour des trousses compatibles pour la virologie et la cytologie (<https://www.cnr-hpv.fr/le-depistage/>).

Cas particulier de l'autoprélèvement vaginal (APV)

Le test HPV-HR sur APV peut être considéré comme une modalité de prélèvement alternative au prélèvement cervico-utérin par un professionnel de santé, permettant de faciliter le dépistage des femmes qui ne

se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé. Un référentiel national précisant le cadre et les modalités possibles de recours aux APV est en cours d'élaboration au sein de l'Institut national du cancer. Ces modalités seront également accompagnées d'un cadre de prise en charge élaboré au niveau national par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam).

Les recommandations et conduites à tenir figurant dans ce document ne concernent pas l'auto-prélèvement.

Le test de dépistage primaire

Le test de dépistage utilisé en dépistage primaire et sa fréquence diffèrent selon l'âge de la femme.

De 25 à 29 ans

Le dépistage est fondé sur la réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle suivis d'un nouveau dépistage⁷ 3 ans plus tard si le résultat des deux premiers est normal.

De 30 ans à 65 ans

Le dépistage est fondé sur la réalisation d'un test HPV-HR tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. En l'absence d'examen cytologique antérieur un test HPV HR doit être réalisé dès 30 ans.

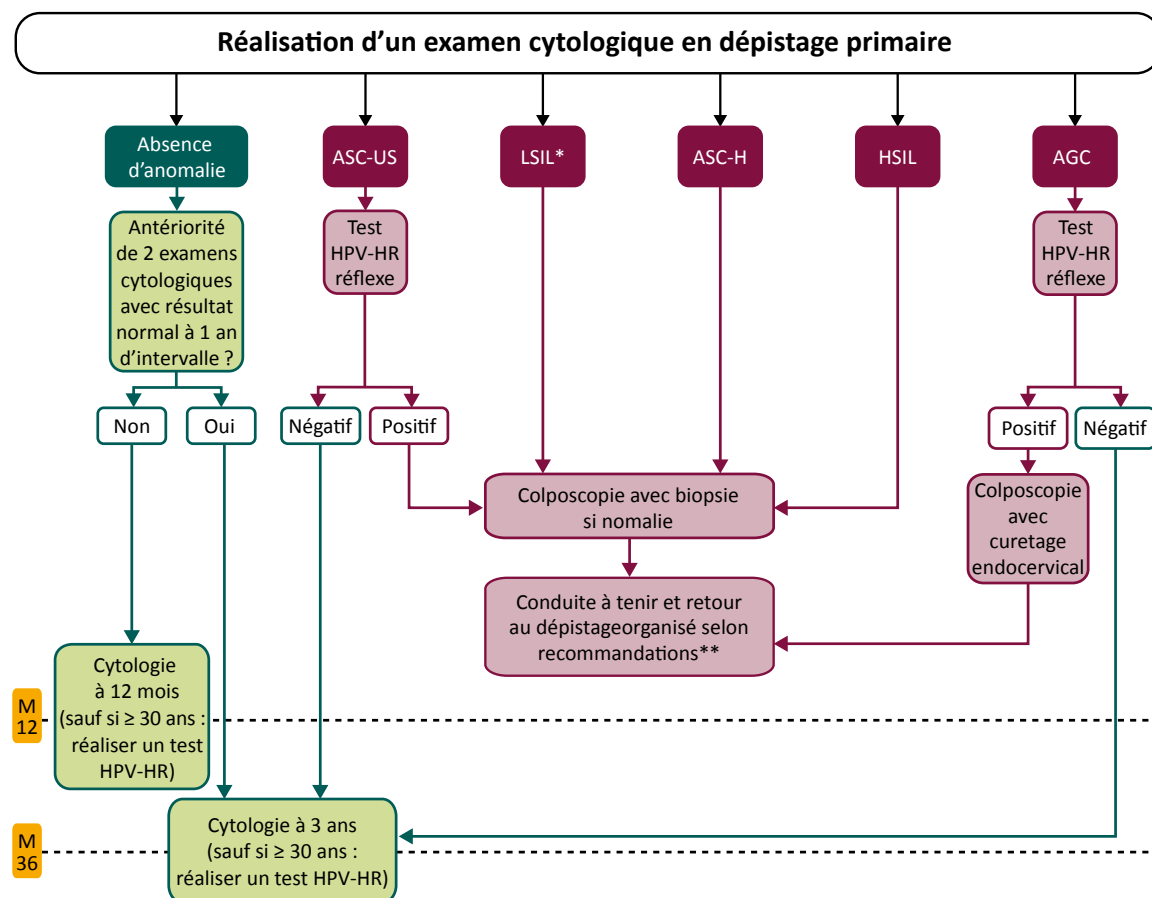
7. Cytologie ou test HPV-HR selon l'âge de la femme.

Algorithmes de dépistage

Les conduites à tenir devant un résultat anormal ou positif figurant dans les algorithmes ci-dessous s'ap-

pliquent à l'ensemble des femmes éligibles au dépistage à l'exception des femmes enceintes.

FEMMES DE 25 À 29 ANS



Option: en cas de résultat ASC-US ou L-SIL, il est possible de réaliser un double immunomarquage p16/ki67 en test de triage.

- En cas de résultat positif une colposcopie sera réalisée.
- En cas de résultat négatif une cytologie devra être réalisée 12 mois plus tard (ou un test HPV-HR si la femme a 30 ans ou plus).

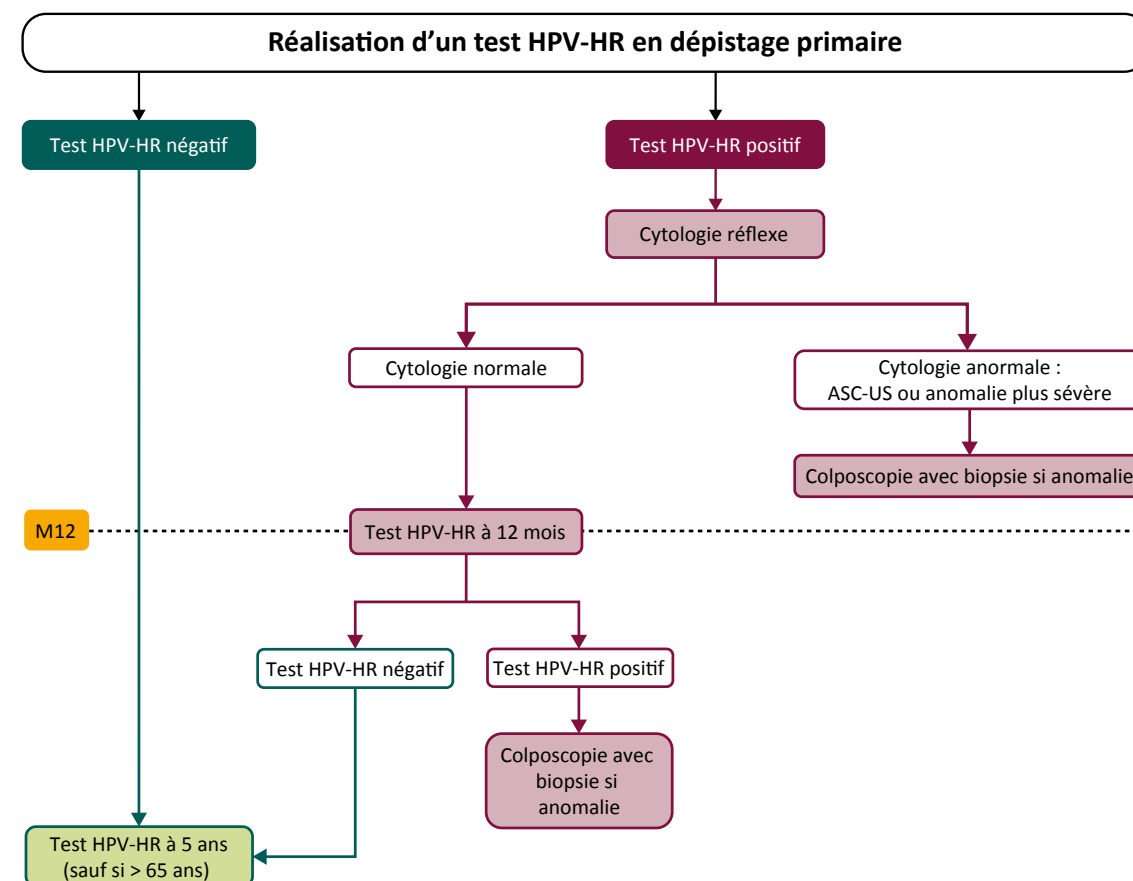
Autre situation rencontrée moins fréquemment: l'adénocarcinome in situ (AIS)

Un diagnostic d'adénocarcinome in situ (AIS) sur cytologie doit conduire à une exérèse cylindrique et à un curetage endocervical pour examen histologique.**

* En cas d'impossibilité de réaliser une colposcopie ou un double immunomarquage, une cytologie peut être proposée à 12 mois avec un contrôle à 24 mois. Dès la 2^e anomalie à la cytologie, la colposcopie devient indispensable.

** Se référer aux recommandations de l'Institut national du cancer : « Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale », Thésaurus, Collection recommandations et référentiels, INCa, décembre 2016. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale>

FEMMES DE 30 À 65 ANS



Le compte rendu intégré

Quel que soit le test utilisé en dépistage primaire, lorsque des examens complémentaires sont effectués en réflexe,

leurs résultats doivent être intégrés dans un seul et même compte rendu final.

4

LA PRISE EN CHARGE DU DÉPISTAGE

Le coût du dépistage comprend la consultation, le prélèvement, et l'analyse du test de dépistage.

- **Pour les femmes participant spontanément au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur proposition de leur professionnel de santé :** la consultation, le prélèvement et l'analyse du test sont pris en charge dans les conditions habituelles par leur caisse d'assurance maladie et leur complémentaire santé.
- **Pour les femmes ayant reçu un courrier d'invitation du CRCDC les invitant à réaliser un dépistage :** la consultation et le prélèvement sont pris en charge aux conditions habituelles par leur caisse d'assurance maladie et leur complémentaire santé. L'analyse du test de dépistage est, quant à elle, prise en charge en intégralité sans avance de frais par les régimes d'assurance maladie. Pour que la femme puisse bénéficier de la prise en charge intégrale de l'analyse du test, il est indispensable que les étiquettes jointes au

courrier d'invitation soient apposées sur le prélèvement et sur la feuille de demande d'examen accompagnant celui-ci.

- **Pour les femmes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'AME (Aide médicale d'État),** la prise en charge de la consultation, du prélèvement et de l'analyse du test est de 100 % sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires, quel que soit le mode d'invitation.

Le cas échéant, l'analyse des tests effectués en réflexe est prise en charge selon les mêmes conditions que pour le test de dépistage primaire. Dans les cas où les tests de triage sont effectués après reconvoque de la femme à partir d'un second prélèvement, ces derniers sont pris en charge dans les conditions habituelles par la caisse d'assurance maladie et la complémentaire santé, quel que soit le mode d'entrée de la femme dans le dépistage.

5

LE CAS PARTICULIER DE LA FEMME ENCEINTE

La fréquence et le type de test de dépistage primaire sont les mêmes pour les femmes enceintes que pour l'ensemble des femmes en fonction de leur âge.

Un test de dépistage peut être réalisé lors de la première consultation prénatale du 1^{er} trimestre. Dans le cas d'une première consultation tardive (2^e ou 3^e trimestre), le dépistage du cancer du col n'est pas recommandé, il devra dans ce cas être réalisé lors de la consultation postnatale (6 à 8 semaines après l'accouchement).

Pour les femmes de moins de 30 ans, les conduites à tenir après une cytologie anormale en dépistage primaire sont les suivantes :

- ASC-US ou LSIL : réalisation d'un nouvel examen cytologique dans les 2 à 3 mois après l'accouchement ;
- ASC-H, AGC ou HSIL : réalisation d'une colposcopie d'emblée.

Pour les femmes de 30 ans et plus, les conduites à tenir après un test HPV positif de dépistage primaire suivi d'une cytologie réflexe anormale n'ont à ce jour pas fait l'objet de recommandation de bonnes pratiques cliniques spécifiques.

6

QUESTIONS/RÉPONSES

Le co-testing est-il recommandé en première intention ?

Le recours au co-testing (cytologie associée au test HPV-HR systématiquement) n'est pas recommandé en dépistage primaire. En effet, devant le manque de preuves du bénéfice de son utilisation, il convient de privilégier le recours à un seul test de dépistage (examen cytologique ou test HPV-HR) selon l'âge de la femme.

Pourquoi ne pas utiliser le test HPV-HR avant 30 ans ?

Le test HPV-HR présente une sensibilité supérieure à celle de l'examen cytologique pour détecter les lésions précancéreuses. Cependant, il est moins spécifique, ce qui aboutit à un nombre accru de tests HPV-HR positifs non confirmés par la présence de lésions de haut grade à l'examen cytologique, en particulier chez les femmes les plus jeunes.

Le dépistage primaire par test HPV-HR a également démontré une meilleure efficacité que celle du dépistage par examen cytologique pour les femmes de plus de 30 ans, sachant qu'on observe une diminution de l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus de 60 à 70 % dans cette tranche

d'âge. Mais cette efficacité supérieure n'est pas retrouvée chez les femmes de moins de 30 ans.

Ainsi, compte tenu de la prévalence élevée des infections par le HPV-HR transitoires chez les femmes de moins de 30 ans et de l'absence de preuves d'une meilleure efficacité du test HPV-HR dans ce groupe d'âge, les données actuelles ne conduisent pas à recommander de commencer le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus par test HPV-HR avant l'âge de 30 ans.

Quels sont les risques d'un dépistage trop fréquent ?

Une proportion importante de lésions précancéreuses régresse spontanément. Proposer aux femmes un dépistage plus fréquent que les intervalles recommandés augmente le risque de dépister ces dernières. Ceci entraîne des investigations diagnostiques et des traitements inutiles potentiellement délétères chez des femmes qui auraient guéri spontanément.

Les intervalles recommandés entre deux dépistages sont suffisamment longs pour limiter les conséquences négatives d'un dépistage réalisé trop fréquemment, tout en permettant la détection de lésions anormales avant leur progression.

MÉTHODOLOGIE

Cet outil pour la pratique a été élaboré par le département dépistage de l'Institut national du cancer en lien avec la Direction des Recommandations et du Médicament et les équipes de la Haute Autorité de santé et de Santé publique France et a fait l'objet d'une relecture par un groupe d'experts.

Il est à destination des professionnels de premier recours (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) et fait la synthèse des recommandations et textes réglementaires encadrant les modalités du dépistage du cancer du col de l'utérus :

- Institut national du cancer, « Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale », déc. 2016 ;
- Haute Autorité de santé, « Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV)

en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 », Recommandation en santé publique, juill. 2019 ;

- Arrêté du 30 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Les experts relecteurs ont transmis leurs retours écrits sur cet outil via un questionnaire en ligne.

Chaque expert a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site DPI-SANTE. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

LISTE DES PARTICIPANTS

Organismes professionnels sollicités ayant proposé des experts conviés à titre individuel dans les groupes de relecture

- Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale,
- Collège de médecine générale,
- Conseil national de l'ordre des sages-femmes,
- Collège national des sages-femmes,
- Conseil national professionnel des pathologistes,
- Conseil national professionnel de biologie médicale.

Groupe de relecture

- **Nathalie BENET-BOZZETTO**, sage-femme, CH de Bastia
- **Dr Jean-Louis BENSOUSSAN**, médecin généraliste, Castelmaurou
- **Sandrine BRAME**, sage-femme, Lens
- **Dr Philippe CAMPARO**, pathologiste, Amiens
- **Dr Geoffroy CANLORBE**, MCU PH gynécologue obstétricien, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
- **Dr Xavier CARCOPINO**, PUPH gynécologue obstétricien, Marseille
- **Dr Isabelle CARTIER**, anatomopathologiste et colposcopiste, Paris
- **Dr Anne CHEVALLIER**, PH Anatomie et cytologie pathologiques, CHU de Nice
- **Dr Béatrix COCHAND-PRIOLET**, anatomopathologiste, Hôpital Cochin, Paris
- **Dr Monique COURTADE-SAIDI**, PU-PH Anatomie et cytologie pathologiques, Toulouse
- **Dr Véronique DALSTEIN**, MCU-PH Biologiste moléculaire, CHU de Reims
- **Dr Isabelle DE PINIEUX**, anatomopathologiste, Chambray-les-Tours
- **Dr Pia DE REILHAC**, gynécologue médicale, Nantes
- **Dr Damienne DECLERCK**, médecin pathologiste, Avon
- **Isabelle DERENDINGER**, sage-femme directrice, CHU de Nantes
- **Sophie DUPUIS-FRANCOIS**, sage-femme, Hyeres
- **Dr Muriel FENDER**, médecin coordinateur DOCCU, Illkirch

- **Dr Bernard FRECHE**, professeur associé/médecin généraliste, Vaux-sur-Mer
- **Yasmine GABORIEAU**, sage-femme, Fabregues
- **Dr Isabelle GARRIGUE**, médecin Biologiste/virologie, CHU de Bordeaux
- **Dr Laetitia GIMENEZ**, médecin généraliste, Toulouse
- **Dr Ken HAGUENOER**, médecin de santé publique, Tours
- **Dr Stéphanie HAIM-BOUKOBZA**, responsable pôle infectiologie Laboratoire Cerba, virologue, Saint-Ouen L'Aumône
- **Dr Raphael HOCQUEMILLER**, colposcopiste, Paris
- **Dr Monelle LECLERCQ**, gynécologue médicale, Marcq-en-Baroeul
- **Dr Julia MARUANI**, gynécologue médicale, Marseille
- **Emeline MAUXION**, sage-femme, CHLS de Pierre-Bénite
- **Dr Jean-Luc MERGUI**, gynécologue obstétricien, Paris
- **Dr Françoise MOUSTEOU**, gynécologue médicale, Cagnes-sur-Mer
- **Dr Élisabeth PAGANELLI**, gynécologue médicale, Saint-Cyr-sur-Loire
- **Dr Hélène PÉRÉ**, virologue, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris
- **Dr Jean-François PEROTTO**, biologiste médical, Bellac
- **Dr Hélène PICLET**, gynécologue médicale, Marseille/Aubagne
- **Dr Hanta RAMAROSON**, médecin de santé publique, Bordeaux
- **Dr Jacques RMAILHO**, chirurgien gynécologue cancérologue, Toulouse
- **Peggy Lia ROUSSEL**, sage-femme, Marseille
- **Dr Somany SENGCHANH-VIDAL**, médecin coordonnateur CRCDC Centre Val de Loire, Tours
- **Dr Alain SIARY**, médecin généraliste, Genouille
- **Dr Marie-Pierre WISSLER**, anatomopathologiste, Villeurbanne

Santé publique France

- **Dr Françoise HAMERS**, coordonnatrice de programme, Santé publique France, Saint-Maurice

Haute Autorité de santé (HAS):

- **Anne-Isabelle POULLIE**, cheffe de projet, HAS, Saint-Denis

Institut national du cancer (INCa):

- **Stéphanie BARRÉ**, coordinatrice des programmes de dépistage organisé des cancers, INCa, Boulogne-Billancourt
- **Frédéric DE BELS**, responsable du département dépistage, INCa, Boulogne-Billancourt
- **Agathe MARCHADIER**, cheffe de projet, département dépistage, INCa, Boulogne-Billancourt
- **Sophie MOROIS**, cheffe de projet, direction des recommandations et du médicament, INCa, Boulogne-Billancourt

RÉFÉRENCES

- Institut national du cancer, « Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale », Thésaurus, Collection recommandations et référentiels, INCa, décembre 2016. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale>.
- Haute Autorité de santé, « Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 », Recommandation en santé publique, juill. 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16-ki67.
- Arrêté du 30 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, NOR : SSAP2014049A, JORF n° 0200 du 15 août 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/7/30/SSAP2014049A/jo/texte>
- Centre national de référence Papillomavirus, « Le dépistage du cancer du col de l'utérus », cnr-hpv.fr. <https://www.cnr-hpv.fr/le-depistage/>.

- Haute Autorité de santé, « Conditions préanalytiques de réalisation de la recherche du génome (ADN) des Papillomavirus Humains (HPV) oncogènes à partir de frottis cervico-utérins – Rapport d'évaluation », Évaluation des technologies de santé, 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1264004/fr/conditions-pre-analytiques-de-realisation-de-la-recherche-du-genome-adn-des-papillomavirus-humains-hpv-oncogenes-a-partir-de-frottis-cervico-uterins-rapport-d-evaluation.
- Haute Autorité de santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », Recommandation de bonne pratique, mai 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees.
- Haute Autorité de santé, « État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France », Recommandation en santé publique, décembre 2010. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france

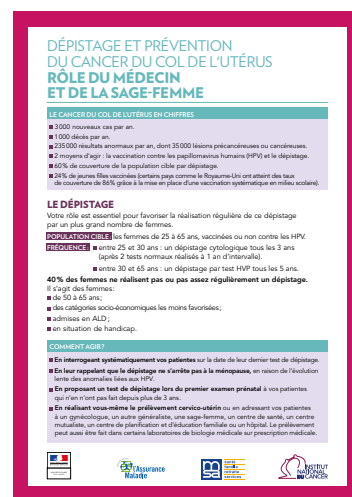
AUTRES OUTILS POUR LA PRATIQUE À VOTRE DISPOSITION



› Outil interactif pour visualiser les étapes du programme de dépistage



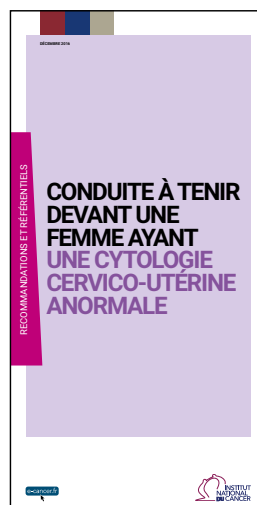
› Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus – Rôle du médecin et de la sage-femme



› Dépliant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus



› Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale



Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Illustrations : INCa

ISBN : 978-2-37219-656-7
ISBN Net : 978-2-37219-657-4

DEPÔT LÉGAL DÉCEMBRE 2020

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN PRATIQUE

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'inscrit, depuis 2018, dans le cadre d'un programme national organisé.

En 2019, la Haute Autorité de santé a formulé de nouvelles recommandations faisant évoluer les modalités du dépistage du cancer du col de l'utérus. Désormais, les tests de dépistage primaire, les tests de triage et les rythmes de dépistage sont différents selon l'âge des femmes concernées.

Ce document à destination des gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes a pour objectifs de synthétiser les modalités pratiques et les principaux algorithmes de dépistage en fonction de l'âge de la femme. Il permet de répondre aux questions les plus fréquentes que se posent les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

OUTMGCCU21