



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN FRANCE : LES CONDITIONS DE LA MISE EN PLACE D'UN DEPISTAGE ORGANISE

Groupe n° 19

- COHORT Stéphanie
- COTTON Sandrine
- DESCHAMPS Olivia
- JAGLIN Pierrick
- MEVEL Nicolas
- PRELLI Estelle
- SEIGNEUR Ariane
- SENS Karine
- SIMON Bénédicte
- TIRAND MARTIN Catherine

Animatrice(s)

- *PIETTE Christine*
- *ROBERT Emmanuelle*

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 ETAT DES LIEUX DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET DES ACTIONS DE DEPISTAGE ORGANISE	2
1.1 Données médicales sur le cancer du col de l'utérus.....	2
1.1.1 Etiologies et facteurs de risques	2
1.1.2 Dépistage, diagnostic et thérapeutique :	3
1.2 Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus :	7
1.2.1 Les différentes modalités d'organisation :	7
1.2.2 Les expérimentations de dépistage organisé en France :.....	9
2 ANALYSE CRITIQUE SUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN DEPISTAGE ORGANISE DU COL DE L'UTERUS.....	12
2.1 L'apport de la théorie économique : le choix du dépistage organisé et ciblé du cancer du col de l'utérus comme priorité de santé publique	12
2.1.1 Évaluer le coût du dépistage : quelle rentabilité sociale ?.....	12
2.1.2 Les modalités d'organisation du dépistage : des réponses économiques.....	13
2.2 L'apport des expériences de terrain : les conditions favorables et défavorables à la mise en œuvre d'un dépistage organisé ciblé du cancer du col de l'utérus.....	15
2.2.1 Les obstacles.....	15
2.2.2 Les conditions favorables	17
3 PROPOSITIONS D'ACTIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN DEPISTAGE ORGANISE CIBLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	19
CONCLUSION	244
BIBLIOGRAPHIE.....	25
LISTE DES ANNEXES.....	I

R e m e r c i e m e n t s

L'ensemble du groupe du mémoire inter-professionnel en charge du thème sur le dépistage du cancer du col de l'utérus tient vivement à remercier, pour leur disponibilité et la qualité des échanges obtenus sur leur expérience, toutes les personnes interrogées :

-lors de visites sur site : M. le Pr. Boulanger, Mme le Dr. Bretagne, M. le Dr. Couturier, M. le Dr. Dubée, M. le Dr. Pouchard, Mme le Dr. Vacher-Lavenu,

-lors d'entretiens téléphoniques : M. le Dr. Duport, Mme le Dr. Fender, Mme le Dr. Garnier, Mme Leroux, M. le Dr. Petitjean, M. le Dr. Poveda, M. Seignard.

Nous tenons aussi à remercier Mmes Piette et Robert, docteurs en santé publique, pour leur soutien méthodologique ainsi que pour leur accompagnement tout au long de la réflexion.

Toutes ces personnes, par leur souci de nous communiquer leur savoir avec passion, ont constitué de véritables ressources pour notre travail.

Liste des sigles utilisés

AMREC	Association Martiniquaise pour la Recherche Epidémiologique sur le Cancer
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APCC25	Association pour la Prévention du Cancer du Col de l'utérus dans le Doubs
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAQSV	Fonds d'Amélioration à la Qualité des Soins de Ville
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires
HPV	Human Papilloma Virus
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ODLC	Office Départemental de Lutte contre le Cancer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Le dépistage des cancers est une action de santé publique qui consiste à identifier, à l'aide d'un ou plusieurs tests, les sujets atteints d'un cancer ou d'une lésion précancéreuse. Le dépistage s'adresse à une population cible et vise à déterminer les personnes *probablement* exemptes de l'affection et celles qui sont *probablement* atteintes : le dépistage n'est en effet pas un acte diagnostique et les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou anormaux doivent bénéficier d'examens complémentaires avant d'envisager le traitement.

Le dépistage des cancers n'est envisageable que si l'on dispose à la fois d'un test aux performances prédictives satisfaisantes à un coût raisonnable et d'un traitement capable d'apporter un bénéfice suffisant aux personnes identifiées par le dépistage.

Avant de définir une priorité de santé publique, il est essentiel de prendre la mesure de la gravité de la pathologie dans la population concernée. Si le cancer du col de l'utérus est actuellement le deuxième cancer de la femme dans le monde, en Europe, il n'est que le 8^{ème} cancer chez la femme.

En France, l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui y est associée sont en baisse depuis 50 ans, tant du fait de l'amélioration du suivi gynécologique des femmes due à la généralisation de la contraception, que de l'amélioration des conditions d'hygiène. L'incidence est passée de 14,2 cas pour 100 000 femmes en 1980 à 8 pour 100 000 en 2000. La baisse de la mortalité est plus sensible encore, elle est passée de 4,5 pour 100 000 à 1,9 pour 100 000 sur la même période. La position de la France n'est pas satisfaisante : l'incidence du cancer du col ne la place qu'au 12^{ème} rang des pays de l'ex-Europe des Quinze (au 10^{ème} rang pour la mortalité).

Ces chiffres ne doivent pas masquer le fait qu'en 2000, 3400 nouveaux cas de cancer invasif ont été diagnostiqués en France et que la même année le cancer du col de l'utérus a fait un peu plus de 1 000 victimes. Or ces décès pourraient en théorie être évités. Le cancer du col de l'utérus est en effet un cancer dépistable à un stade précoce grâce à un test peu coûteux aux performances satisfaisantes et sans danger pour la femme : le frottis cervico-utérin développé par Papanicolaou dans les années 1940. Les traitements associés au dépistage sont aussi bien maîtrisés.

Aujourd'hui seuls trois cancers ont fait la preuve, données épidémiologiques à l'appui¹ d'un gain en vie humaine du fait du dépistage : le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer colorectal. Tandis que le dépistage organisé du cancer du sein est en place, que la

¹ Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, réseau français des registres du cancer, Francim hôpitaux de Lyon, INSERM, InVS, 2003.

généralisation du dépistage du cancer colorectal est en bonne voie, le cancer du col de l'utérus ne fait l'objet d'un dépistage organisé que dans cinq départements pilotes.

Ce retard interpelle : alors que le cancer du col de l'utérus fait plus de 1 000 victimes par an en France, il invite aussi à se poser la question des conditions de la mise en place d'un dépistage organisé de ce cancer. Quels sont les obstacles ou les freins qui peuvent expliquer ce retard, Y a-t-il des alternatives au dépistage ?

L'analyse des conditions dans lesquelles un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pourrait être envisagé, impose de présenter les données actuelles de la science concernant ce cancer et conduit à faire le constat des expérimentations françaises et étrangères en la matière (1). Ensuite, il convient de mettre en lumière, après une analyse économique, les obstacles et les leviers en présence pour la mise en place de ce dépistage (2). Pour finir, des propositions seront avancées afin de réaliser un dépistage organisé ciblé (3).

1 ETAT DES LIEUX DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET DES ACTIONS DE DEPISTAGE ORGANISE

1.1 Données médicales sur le cancer du col de l'utérus

1.1.1 Etiologies et facteurs de risques

Le cancer du col reste un cancer meurtrier (10% des décès féminins par cancer) mais son pronostic est favorable en cas de diagnostic et de traitement précoces. Il atteint principalement la femme non ménopausée (40-50 ans) et survient le plus souvent sur des lésions précancéreuses, d'où l'importance de la prévention et du dépistage. C'est l'un des seuls cancers où il existe un test de dépistage simple et fiable, le frottis, et où l'on connaît un des agents en cause : Human Papilloma Virus (HPV).

Etiologie

L'étiologie des cancers du col utérin est connue. Les infections cervicales HPV sont en effet considérées comme la première cause de cancer du col dans environ 100% des cas (d'après l'INVS). Les HPV sont contractés lors des rapports sexuels. Ils sont à l'origine de l'apparition des dysplasies cervicales. Les HPV 16 et 18 sont plus fréquemment retrouvés que les autres sérotypes dans les lésions épithéliales de haut grade et les cancers.

Le mécanisme d'action principal des HPV est l'intégration de leur génome à celui des cellules cibles. Il en résulte une prolifération anormale des cellules au niveau de la zone de jonction ainsi que leur transformation. On aboutit à la constitution d'une lésion épithéliale de haut grade, d'un carcinome in situ puis d'un cancer invasif.

Facteurs de risque

Tous les facteurs épidémiologiques associés aux infections cervico-vaginales à HPV constituent des facteurs de risque pour le cancer épidermoïde du col utérin, à savoir :

- Premiers rapports sexuels précoces, partenaires multiples
- Première grossesse précoce, multiparité
- Immunodépression : SIDA, corticothérapie au long cours, greffe
- Infections sexuellement transmissibles (rôle de co-facteur de l'herpès)
- Tabagisme
- Pilule estroprogestative
- Facteurs nutritionnels : carence en vitamine A

1.1.2 Dépistage, diagnostic et thérapeutique

Le frottis cervico-utérin

Le frottis du col de l'utérus (ou frottis cervico-utérin) est une méthode de dépistage efficace pour les lésions précancéreuses et cancéreuses du col.

Le respect des bonnes conditions de prélèvement d'un frottis du col de l'utérus optimise la qualité de la lecture². Le frottis doit être effectué à distance des rapports sexuels (48 heures), en dehors des périodes menstruelles, de toutes thérapeutiques locales ou d'infections et, si nécessaire, après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée.

Le site du prélèvement doit concerner la zone de jonction. Ainsi, il est recommandé d'utiliser une spatule d'Ayre associée à une brosse ou à un porte-coton, ou un Cervex Brush ou une spatule d'Ayre modifiée (cf. annexes). Par ailleurs, le matériel prélevé est étalé de façon uniforme et en couche mince sur la lame, il est fixé grâce à une laque à cheveux.

Pour le frottis en milieu liquide, le prélèvement est identique mais le matériel prélevé est mis en suspension dans un flacon qui contient un liquide de conservation.

L'examen cytologique permet de donner différentes réponses ; ce sont les recommandations de Bethesda³ :

-frottis ininterprétables (à refaire)

-frottis normaux

² Recommandations de l'ANAES – Actualisation 2002

³ Gynéco obstétrique- internat 2004 – B. COURBIERE, X. CARCOPINO - Ed. Vernazobres-Grego Paris 2004

-frottis inflammatoires (à renouveler après un traitement anti-infectieux local)

-frottis évoquant une lésion intraépithéliale, avec anomalies nucléocytoplasmiques (que seul l'examen anatomopathologique pourra confirmer) : d'une part, lésions intraépithéliales de bas grade, d'autre part, lésions intraépithéliales de haut grade.

La sensibilité (0,3 à 0,7) et la spécificité (0,7) du frottis dans les lésions de bas grade sont limitées, mais il n'est pas recommandé de la répéter car cela n'améliore pas les performances diagnostiques. Par ailleurs, le diagnostic de lésions de bas grade sur un frottis n'exclut pas la présence d'une lésion de haut grade, dans environ 20% des cas. Au cours du dépistage des lésions malpighiennes de haut grade, la sensibilité varie de 0,32 à 0,98 et la spécificité de 0,57 à 0,97.

Les outils diagnostiques devant un frottis anormal

Il existe cinq outils diagnostiques, dont les deux principaux sont la colposcopie et la biopsie cervicale dirigée.

La colposcopie a pour but de repérer les anomalies au niveau de la muqueuse du col utérin et d'en préciser la topographie. Sa réalisation est indispensable, car elle permet d'orienter la biopsie. La qualité de cet examen dépend de nombreux critères, tels que l'emplacement de la ligne de jonction pavimento-cylindrique, la zone de transformation atypique, la topographie des lésions, ou encore les signes de gravité qui guident le siège des biopsies. Le compte-rendu doit comporter un schéma avec les lésions et l'emplacement des biopsies. Après une cytologie anormale, si la colposcopie est considérée comme normale avec une jonction pavimento-cylindrique parfaitement vue, il serait judicieux de proposer un nouveau frottis après un intervalle de trois à six mois. Au cours de cette surveillance, une nouvelle positivité de la cytologie évoquant une lésion de haut grade impose une conisation, même si la colposcopie est normale. Si la jonction pavimento-cylindrique n'est pas vue ou mal vue, la colposcopie doit être considérée comme non satisfaisante. Elle impose dans ce cas une nouvelle cytologie et une éventuelle conisation.

La biopsie cervicale dirigée doit intéresser la ligne de transformation où la majorité des lésions précancéreuses du col débutent.

La biopsie doit ramener à la fois un épithélium de surface et un stroma sous-jacent pour permettre de porter le diagnostic d'une lésion purement intra-épithéliale ou d'une lésion envahissant le stroma. La biopsie doit comporter un matériel interprétable, c'est-à-dire ne pas présenter de signes de thermocoagulation et être fixée rapidement pour permettre une inclusion et une coloration de bonne qualité.

S'agissant de la classification des résultats de la biopsie, c'est en 1989 que les dysplasies ont été distinguées en deux grands types de lésions : celles de bas grade et celles de haut grade.

Classification de Bethesda	Classification de Richart	Classification de l'OMS	
Lésions intra-épithéliales de bas grade	CIN 1 ⁴	Dysplasies légères	Anomalies cellulaires localisées au tiers inférieur des couches cellulaires
Lésions intra-épithéliales de haut grade	CIN 2	Dysplasies modérées	Anomalies atteignant les deux tiers profonds de l'épithélium
	CIN 3	Dysplasies sévères	Anomalies sur toute la hauteur de l'épithélium (cellules indifférenciées avec anomalies nucléaires et mitoses). Respect de la membrane basale
Cancer in situ			

(d'après le Gynéco obstétrique- internat 2004 – B. COURBIERE, X. CARCOPINO - Ed. Vernazobres-Grego Paris 2004)

Les dysplasies du col peuvent guérir ou se stabiliser, mais il existe un risque majeur de d'aggravation.

Le système de Bethesda 2001 distingue parmi les atypies des cellules malpighiennes (ASC)⁵ :

- les ASC – US, de signification indéterminée. Un frottis ASC-US correspond seulement dans 5 à 10% des cas à une lésion histologique de type CIN 2, CIN 3, exceptionnellement à un cancer invasif.
- les ASC-H ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade. Un frottis ASC-H correspond dans 40% des cas à une lésion histologique de type CIN 2, CIN 3, exceptionnellement à un cancer invasif.

Il existe enfin d'autres méthodes diagnostiques, tels que le curetage endocervical; ou encore la cervicographie ou le typage viral.

⁴ L'abréviation CIN correspond en français à néoplasie intra-épithéliale cervicale

⁵ Recommandations de l'ANAES- actualisation 2002

La conduite à tenir⁶

Après un frottis cervico-utérin évoquant une lésion de haut grade, il est recommandé de faire un examen colposcopique d'emblée. Il serait inutile et dangereux de refaire un second frottis à cause du risque de méconnaissance de lésion plus grave, mais aussi d'une évolution possible vers l'invasion. L'examen colposcopique permet de repérer les lésions et d'orienter les prélèvements qui doivent être de bonne qualité. Lorsque la colposcopie ne permet pas d'observer l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical, elle est considérée comme non satisfaisante. Chez ces patientes, considérées à haut risque (cytologie de haut grade), une exérèse à visée diagnostique est indiquée⁷.

Le traitement

Pour les lésions précancéreuses :

<p>LESIONS INTRA-EPITHELIALES DE BAS GRADE</p> <p>(LIEBG)</p>	<p>-avec une zone de jonction bien visible, surveillance par frottis cervico-vaginal et colposcopie 6 à 9 mois plus tard (disparition spontanée dans 2/3 des cas, évolution rare vers LIEHG)</p> <p>-traitement destructeur si persistance de la lésion ou surveillance difficile :</p> <ul style="list-style-type: none">.vaporisation au laser (ne permet pas une étude histologique). électrorésection à l'anse diathermique avec étude histologique
<p>LESIONS INTRA-EPITHELIALES DE HAUT GRADE</p> <p>(LIEHG)</p>	<p>-exérèse de la lésion passant en tissu sain :</p> <ul style="list-style-type: none">.conisation chirurgicale pratiquée au bistouri froid (cf. annexes) <p>-examen anatomopathologique de la pièce opératoire : limites d'exérèse endo et exocervicale; découverte parfois d'une micro-invasion, il s'agit alors d'un cancer du col (cf. conduite à tenir cancer du col)</p> <p>-surveillance ultérieure indispensable : frottis et colposcopie alternés tous les 6 mois pendant 5 ans.</p>

(d'après le Gynéco obstétrique- internat 2004 – B. COURBIERE, X. CARCOPINO - Ed. Vernazobres-Grego Paris 2004)

Lorsque un cancer invasif du col est diagnostiqué, la prise en charge est plus lourde et nécessite un bilan locorégional préthérapeutique, une éventuelle curiethérapie utéro-

⁶ voir le schéma sur le frottis cervico-utérin anormal, en annexes.

⁷ Recommandations de l'ANAES- actualisation 2002.

vaginale pré-opératoire et un traitement chirurgical plus ou moins lourd, selon le degré d'invasion. Une lymphadénectomie bilatérale peut s'avérer nécessaire, suivie d'une radiochimiothérapie en cas d'envahissement.

Cependant, sont considérés comme facteurs péjoratifs :

- une taille tumorale supérieure à 4 cm
- une invasion stromale supérieure à 75 % de l'épaisseur du col
- des emboles lymphatiques et surtout vasculaires
- une variété non squameuse ou un grade III
- une atteinte paramétriale
- une anémie

L'envahissement ganglionnaire pelvien, et à fortiori para-aortique est un facteur hautement péjoratif. Il est fortement lié aux facteurs précédents.

1.2 Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

1.2.1 Les différentes modalités d'organisation

Les exemples européens

Depuis les années 90, l'Union européenne s'intéresse au dépistage du cancer du col de l'utérus. Un guide de bonnes pratiques pour l'assurance qualité de ce dépistage paraît en 1993. En 1999, le comité consultatif sur la prévention du cancer opte, dans l'optique de programmes organisés, pour le frottis cervico-utérin réalisé tous les 3 à 5 ans sur les femmes de 30 à 60 ans.

En 2003, l'IGAS rédige un rapport sur la protection sociale présentant l'état général du dépistage du cancer du col utérin en Finlande, en Belgique et au Canada. La Finlande réalise un dépistage sur les femmes de 30 à 60 ans, tous les 5 ans. Cette politique est mise en œuvre par les municipalités et le frottis est réalisé par les sages femmes. Ainsi 60 à 70% des Finlandaises sont dépistées. Cependant, la plupart effectue cet examen dans le secteur privé, ce qui exclut les populations défavorisées. La Belgique réalise un dépistage sur les femmes de 25 à 64 ans, tous les 3 ans. Il est effectué par les médecins généralistes et les gynécologues. Le taux de couverture y est de 70 % sur les dernières années. Enfin, le Canada réalise des tests dès 18 ans ou lorsque la femme est sexuellement active, tests renouvelés un an après. Si le résultat est négatif, il est à nouveau réalisé dans les trois ans et ce jusqu'à l'âge de 69 ans. Si une anomalie est décelée, le dépistage est ré effectué tous les six mois. Le Canada propose une consultation unique pour les femmes issues de milieux

à faibles ressources⁸. Elle associe, à la prestation de services de dépistage, une offre immédiate de prise en charge telle que le traitement ou l'orientation vers un spécialiste. Cette consultation unique passe par l'inspection visuelle du col utérin après lavage à l'acide acétique. Elle est suivie par la proposition d'un traitement par cryothérapie pour les lésions admissibles et constitue, pour les auteurs du texte, une approche sûre, acceptable et rentable en matière de prévention, tout en participant à une réduction du cancer du col. Quant à la Grande Bretagne, elle réalise un dépistage sur les femmes de 20 à 64 ans, tous les 3 à 5 ans. En outre, les *general practitioners* ont une incitation financière. Lorsque 95% de leur clientèle est dépistée et suivie, que ce soit dans leur cabinet ou ailleurs, ils touchent alors, 10 livres par frottis. Enfin, la Suède réalise le dépistage sur les femmes de 20 à 59 ans tous les 3 ans par le biais des sages femmes. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, elle a subordonné le maintien de l'aide sociale à la réalisation de la mammographie.

Le Plan cancer français

La France s'est dotée d'un Plan cancer 2003/2007 qui prône le dépistage individuel en renforçant les actions auprès des personnes à risque (précaires, immigrées...). Cela passe par l'élargissement de l'offre de frottis à de nouveaux acteurs (planning familial ou médecine du travail) et le développement d'actions d'information. La formation des médecins généralistes à la réalisation des frottis et l'amélioration de la qualité de ces derniers constituent une autre des avancées à réaliser.

Les objectifs à 5 ans sont donc clairs : implanter le dépistage organisé du col de l'utérus sur tout le territoire et obtenir un taux de couverture de 80 % pour les 25/69 ans soit 16 millions de femmes concernées (dépistage individuel et organisé combinés). En outre, il est question que 40% des frottis soient réalisés, à l'avenir, par les médecins généralistes. L'ensemble du dispositif doit permettre, à terme, d'obtenir une baisse d'incidence de 2.5% par an et un taux de frottis sans valeur de 0,5% à 1% par an maximum et par département.

Le rapport annuel 2004-2005 sur le Plan cancer précise que le dépistage reste encore largement individuel puisque 6 millions de frottis ont été réalisés en 2000 et que 55% de la population concernée est couverte). Cependant, 35% des femmes de 25 à 69 ans n'ont jamais eu de frottis ou à des intervalles trop espacés. Le rapport met l'accent sur

⁸ Mars 2004 – Journal des obstétriciens et des gynécologues. Déclaration de principe commune du American College of Obstetricians and Gynecologists, de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, de la Central American Federation of Associations and Societies of Obstetrics and Gynecology, de la Société des gynécologues oncologues du Canada, de la Société canadienne des colposcopistes, de la Society of Gynecologic Oncologists et du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

l'importance de les atteindre car ce sont aussi les femmes qui cumulent le plus de facteurs de risque malgré l'amélioration générale des conditions d'hygiène.

Pour répondre à cette difficulté, un groupe technique national a été créé en 2003 afin de mettre au point un cahier des charges généralisant le dépistage organisé. Cependant, le travail de ce groupe n'a pas encore abouti. Le rapport de la Commission d'orientation sur le cancer remis au Ministre de la Santé en janvier 2003 recommande de favoriser l'accès au frottis cervico-utérin des femmes qui n'en bénéficient pas actuellement. Il conseille d'améliorer la qualité des frottis, leur lecture, leurs comptes-rendus et le suivi de ceux considérés comme anormaux. Il recommande de diversifier les lieux de réalisation de ces examens. Afin d'en faciliter la réalisation, des expérimentations de dépistage organisé ont été mises en place dans quatre territoires.

L'institut national du cancer, créé par le Plan, fait du dépistage du cancer du col de l'utérus et du renforcement de l'expertise en la matière, l'une de ses actions prioritaires pour 2005.

1.2.2 Les expérimentations de dépistage organisé en France

Comparaison des différentes campagnes

Quatre sites pilotes ont été choisis pour expérimenter le dépistage du cancer du col de l'utérus : l'Alsace, le Doubs, l'Isère et la Martinique. Le tableau suivant présente, de façon synthétique, les données recueillies lors de nos entretiens et publiées dans le Hors série de Santé Publique de mai 2000 sur le Dépistage du cancer du col de l'utérus en France.

En plus de ces sites pilotes, une expérimentation a eu lieu à Marseille, dans des arrondissements comportant une proportion importante de femmes en situation précaire, à destination plus spécifiquement de celles qui ne sont pas dans une démarche de suivi individuel. Constatant que la seule invitation par courrier est inadaptée pour obtenir une participation adéquate (3% de mobilisation alors que 35% de participation pour le cancer du sein dans les mêmes quartiers), l'association a choisi de réaliser une information par les relais sociaux.

CRITERES	BAS-RHIN / HAUT-RHIN	DOUBS	ISERE	MARTINIQUE
Démarrage en	1994	1993	1990	1991
Association	EVE	APCC 25	ODLC	AMREC
Population cible	25-65 ans soit 445 000 femmes	20-65 ans	50-69 ans soit 100 000 femmes	20-65 ans soit 106 807 femmes
Taux de couverture = Femmes dépistées / femmes INSEE	94-98 : 80,3%	93-97 : 57% des 20-65 ans	91-93 : 26,9% 93-95 : 29% 95-97 : 31,2% Femmes dépistées / femmes invitées	91-93 : 60,3% 95-96 : 53,7%
Volume de frottis réalisés par les différents effecteurs	Majorité par gynécologues MG : 8%		- MG : 46,4% des frottis - Gynéco : 51,4% - Labo : 1,5% - non connu : 0,7%	Jusqu'à 49 ans, frottis surtout réalisés par gynéco, puis par MG
Modalités d'invitation et d'organisation	- Pas d'invitation nominative mais courrier adressé par les caisses - Sensibilisation par presse et MG (réunions d'info décentralisées par MG) - Communication surtout pour les femmes âgées de plus de 50 ans	- Campagne de communication grand public au niveau régional - Pas d'invitation personnelle directe - Affiches et plaquettes dans cabinets MG et gynéco - Messages des caisses - Réunions d'info en milieu rural par MSA	- Invitation par les caisses tous les 30 mois pour réaliser les trois tests de dépistage - Communication et enquêtes	- Invitation personnalisée pour faire un frottis chez MG ou gynéco - Invitation sélective d'une classe d'âge chaque année - Communication ciblée, en fonction des groupes 20-34, 35-49, 60-65 ans
Suivi des patientes atteintes	L'association écrit au médecin pour connaître les examens complémentaires réalisés	Relance par le médecin traitant	Femmes et leurs médecins sont contactés et relancés par l'ODLC	L'AMREC recherche les femmes
Coût du dépistage pour la femme	Ticket modérateur soit 10%	Ticket modérateur	Gratuit pour les femmes : TM financé par l'ODLC sur des fonds provenant du CG Isère	Frottis de dépistage organisé pris en charge à 100%
Financement de la campagne	2/3 AM 1/3 par les CG (DGS + Ligue contre le cancer)	Assurance Maladie (FNPEIS)	- AM (FNPEIS) - CG Isère	Assurance Maladie (FNPEIS)

Des bilans mitigés

A la suite de nos entretiens et des différents rapports, plusieurs points forts ressortent de ces expérimentations. En entraînant une réflexion pluridisciplinaire, celles-ci ont permis l'émergence d'une vision de santé publique, partagée par tous les acteurs. Il existe des partenariats efficaces, notamment en Martinique, où sont associés des médecins, des infirmières, des assistantes sociales, des sages femmes, le planning familial et la PMI. Des actions de formation médicale continue sont mises en place. En Martinique, elles sont financées par l'URML. De plus, tous les laboratoires d'anatomo-cytopathologie des départements concernés participent à l'expérimentation. Cela a notamment permis une harmonisation des outils de codages. Ensuite, une bonne participation des femmes jeunes (25-34 ans) a été relevée. Par ailleurs, la participation et le soutien des instances locales (CPAM, Conseils généraux...) constituent un avantage certain pour la réussite des programmes. Enfin, les associations en charge du dépistage ont procédé à une évaluation de leurs campagnes.

Toutefois, les associations ont rencontré plusieurs difficultés. Tout d'abord, les taux de participation restent faibles, notamment dans le Doubs, et plus particulièrement pour les femmes âgées de plus de 49 ans. Ensuite, le problème du statut associatif des structures de gestion est souvent évoqué. Ce statut ne permet pas un financement pérenne. L'envoi des courriers représente un coût important et il subsiste des problèmes de données dans les fichiers. Par ailleurs, le système d'assurance qualité concerne uniquement le dépistage et non les phases diagnostique et thérapeutique. Il apparaît nécessaire d'améliorer la qualité du suivi des femmes atteintes. Enfin, les campagnes en Alsace et dans le Doubs ont mis du temps à se mettre en place du fait de négociations difficiles entre les différents partenaires.

La position des médecins généralistes est très variable d'un site pilote à un autre : en Isère, ils participent activement à la campagne et souhaitent être impliqués dans le dispositif. Dans le Doubs, certains se sentent peu concernés par les frottis ou sont réticents, par principe ou par peur du contrôle de leurs pratiques

Ainsi, ces expériences sont plutôt positives dans l'ensemble mais les taux de participation restent encore faibles et des difficultés d'implication de certains professionnels subsistent. La coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel, plus qu'un inconvénient, doit être perçue comme une complémentarité. A la lumière de ces expériences, un certain nombre d'éléments apparaissent indispensables à la réussite d'un dépistage organisé.

Aussi il faut prévoir :

- un maillage du territoire pertinent. En Martinique, chaque commune dispose d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue capable de réaliser un frottis. L'Isère préconise trois échelons : local, régional, national.
- une procédure de relance des femmes dépistées ou non.
- une procédure de formation médicale continue, pouvant être financée par le Fonds d'amélioration à la qualité des soins de ville (FAQSV).
- un véritable partenariat entre un nombre restreint d'acteurs, ce qui permet de travailler entre professionnels motivés.
- une identification des frottis grâce à une nomenclature spécifique, permettant de différencier les frottis réalisés dans le cadre du dépistage individuel de ceux relevant du dépistage organisé, et ne prendre en charge à 100% que les frottis de dépistage organisé.
- une habilitation des effecteurs et un dispositif d'assurance qualité.
- un dispositif d'évaluation, ce qui nécessite de s'entendre au préalable sur les données à collecter et sur les indicateurs.

2 ANALYSE CRITIQUE SUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN DEPISTAGE ORGANISE DU COL DE L'UTERUS

2.1 L'apport de la théorie économique : le choix du dépistage organisé et ciblé du cancer du col de l'utérus comme priorité de santé publique

Comme l'a écrit le professeur Schaffer, dans le domaine de la prévention il est particulièrement délicat d'avancer des arguments économiques. La sensibilité de la question tient à la conviction largement répandue que la prévention est forcément rentable économiquement (« il vaut mieux prévenir que guérir ») et que celle-ci n'a que des aspects positifs (« ça ne peut pas faire de mal »).

Dans la définition des choix de santé publique, l'analyse économique se révèle pourtant indispensable à la fois pour s'assurer de la rationalité des arbitrages et pour rechercher les modalités d'organisation les plus efficaces. A ce titre, l'analyse économique participe du choix éthique.

2.1.1 Évaluer le coût du dépistage : quelle rentabilité sociale ?

La mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus entraînerait un coût important. Dans le département du Doubs, le coût de la mise en place d'un programme expérimental de dépistage est estimé à environ 150 000 euros par an.

Au niveau national, le choix d'un dépistage organisé et généralisé du cancer du col de l'utérus serait une politique volontariste signifiant le renoncement à d'autres actions de santé publique. Comment évaluer les bénéfices d'un tel arbitrage, quels en sont les coûts d'opportunité ? Peu d'éléments sont disponibles pour répondre à cette question pourtant essentielle. Les ressources mobilisées pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ne le seront pas pour celui d'autres cancers ou d'autres actions de prévention comme celle de l'hypertension artérielle, du diabète, de l'obésité, etc. Les ressources pourraient aussi être orientées vers la recherche médicale.

La difficulté de la question tient au fait que la mesure du bénéfice d'une action de dépistage par euros investis ne donne pas la complète mesure de ce bénéfice au niveau de la société. Ainsi Schaffer cite différentes études⁹ qui évaluent le coût par année de vie gagnée pour différentes interventions de santé. Par exemple, une année de vie gagnée par le dépistage du cancer du sein (dépistage tri annuel pour les femmes de 50 à 69 ans) ou par une transplantation rénale est trois fois moins onéreuse que par le dépistage du cancer du col. Le remplacement d'une valve aortique se fait à un coût 15 fois inférieur par année de vie gagnée. Pourtant ces calculs ne tiennent pas compte de la qualité des années de vie gagnée et de l'importance économique des personnes sauvées. S'agissant du cancer du col de l'utérus, le dépistage permet de sauver des femmes jeunes, souvent économiquement actives et en âge de procréer, ce qui n'est probablement pas le cas des personnes concernées par la pose d'une valve aortique (ce qui ne signifie pas que cette intervention ne soit pas justifiée, y compris d'un point de vue économique !).

En résumé, la science économique apporte des éléments d'analyse importants dans la définition de la politique de santé publique, pourtant face aux incertitudes, le choix reste largement du ressort du politique.

2.1.2 Les modalités d'organisation du dépistage : des réponses économiques.

Le dépistage tel qu'il se déroule actuellement en France n'est ni organisé, ni *a fortiori* centralisé. Le fait que l'on ne connaisse pas l'âge des femmes ni le rythme des frottis fait certainement du système actuel un système peu efficace. Les études menées et notamment celle de Paul Schaffer montrent que l'organisation la plus coûteuse est celle qui associe une centralisation de la réalisation des frottis dans des centres spécialisés et une organisation du dépistage par une structure de gestion. Un système organisé mais décentralisé pour ce qui est de la réalisation des frottis, tel qu'il serait imaginable de l'implanter en France, est trois fois plus coûteux que le système précédent,

⁹ Revue Médicale de l'Assurance Maladie, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés, N°2-1994

le système actuel (décentralisé et spontané) est 4,3 fois plus coûteux. Ces résultats théoriques sont corroborés par l'observation des systèmes étrangers qui comme au Danemark reposent sur le dépistage centralisé.

La mise en place d'un dépistage organisé représente un coût très élevé, essentiellement lié au poids de la structure de gestion indispensable pour le mettre en œuvre. En effet le nombre de frottis actuellement réalisés en France (5,5 millions par an soit 16,5 millions en trois ans) est à peu près suffisant pour couvrir l'essentiel de la population féminine concernée (17 millions) à condition de parvenir à espacer les frottis des femmes « sur dépistées ». La coexistence des deux systèmes (organisé et spontané) entraîne un cumul des coûts puisqu'aux frottis supplémentaires nécessaires pour couvrir la population s'ajoute le coût de la structure de gestion.

Les questions de la fréquence des frottis et de l'âge à partir duquel et jusqu'auquel il est opportun de pratiquer le dépistage sont largement des questions économiques. En rapprochant les frottis et en les étendant à la population la plus large possible, le nombre de cancers dépistés augmente. Cependant, le coût marginal d'un rapprochement ou d'une extension supplémentaire augmente plus rapidement encore. Ainsi le coût d'une année supplémentaire d'espérance de vie est 57 fois plus élevé si on dépiste tous les ans que si l'on ne dépiste que tous les 4 ans¹⁰. Il en résulte un coût prohibitif de l'année d'espérance de vie gagnée, qui justifie que l'on ne préconise le dépistage que tous les 3 ans. En passant d'un rythme triennal à un rythme annuel, Eddy a calculé que les 20 vie sauvées grâce à cette mesure le coût supplémentaire serait de 1 439 millions de francs soit un coût moyen par vie sauvée de l'ordre de 72 millions de francs.

De plus le rapprochement des frottis augmente le risque de faux positif et donc le nombre d'interventions sur des lésions qui se seraient résorbées d'elles mêmes, interventions qui ne sont pas sans conséquences. Ainsi au bout de 40 ans et dans le cas d'un dépistage tous les ans, plus de 50% des femmes auront eu un résultat positif.

La détermination de la tranche d'âge de la population relève de la même problématique : Faut-il commencer le dépistage dès les premiers rapports sexuels ? En France, moins d'une quinzaine de cancers invasifs du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année chez les femmes de moins de 25 ans. Si le bénéfice individuel d'un dépistage de cette population peut paraître considérable s'agissant de sujets jeunes, le coût de la mesure paraît excessif et se ferait au détriment d'autres actions de santé publique. Selon l'étude de Eddy, si le dépistage débute à 17 ans plutôt qu'à 26 ans, la diminution du risque de décès est de 6% pour une augmentation du coût de 69%.

¹⁰ Eddy, screening for cervical cancer, *Ann intern Med*, 1990, 113, p214-226.

En résumé, l'analyse économique indique qu'à nombre de frottis constant, il est beaucoup plus profitable en termes de santé publique d'étendre le dépistage à de nouvelles femmes que d'intensifier le dépistage de celles qui ont déjà des frottis.

2.2 L'apport des expériences de terrain : les conditions favorables et défavorables à la mise en œuvre d'un dépistage organisé ciblé du cancer du col de l'utérus

2.2.1 Les obstacles

Les freins concernant la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus se rencontrent à divers niveaux.

La politique de santé publique

D'une manière générale, les enjeux politiques s'accordent mal à une politique de santé publique comme la mise en place d'un dépistage généralisé ou une démarche de prévention. En effet, les résultats significatifs ne s'obtiennent qu'au long cours contrairement au calendrier politique, rythmé par les échéances électorales. Les partenaires de terrain craignent que les campagnes lancées au niveau national ne se résument qu'à un effet d'annonce.

De plus, leur mise en œuvre est souvent difficile puisque assujettie à des subventions annuelles dont la pérennisation est parfois incertaine, alors qu'il serait indispensable de se projeter sur le long terme comme en Finlande où les résultats positifs des politiques de dépistage du cancer l'attestent. En outre, le Plan cancer 2003-2007 impulsé au niveau national pourrait, selon un interlocuteur rencontré, provoquer un désinvestissement de partenaires jusqu'alors impliqués, tels les conseils généraux qui contribuent souvent au financement de la logistique.

A cause de la multiplicité des caisses, il n'est pas possible de recenser l'intégralité de la population féminine concernée par les dépistages en général. De plus, les changements de nom, la mobilité géographique accentuent ce phénomène et ne facilitent pas le suivi du dépistage.

Concernant la démarche qualité, l'hétérogénéité des méthodes de lecture de frottis dans les laboratoires d'anatomo-cytopathologie est un facteur péjorant au niveau de la fiabilité des résultats et du suivi des différents examens (relecture en cas de faux positifs et de faux négatifs).

Enfin, la perspective d'un vaccin à venir contre le H.P.V., qui permettrait de protéger un très grand nombre de femmes contre les risques de cancer du col de l'utérus, contribue

probablement à retarder la prise de décision concernant la mise en place d'un dépistage organisé.

Le cloisonnement des acteurs sanitaires régionaux

Les différents partenaires institutionnels rencontrés au niveau régional comprennent les D.R.A.S.S., les D.D.A.S.S., les Conseils Généraux, les caisses d'assurance maladie, les U.R.C.A.M., les U.R.M.L., les associations.... La mise en œuvre d'un dépistage organisé nécessite l'adhésion de tous les partenaires concernés, au sein d'une structure de gestion. Pour toucher les catégories sociales défavorisées, le recours à des acteurs sociaux de proximité est nécessaire. Or, il semblerait que ceux-ci ont des réticences à s'impliquer dans des démarches ayant trait à la santé.

En ce qui concerne la prévention du cancer du col de l'utérus et en dehors des départements expérimentaux, force est de constater que, trop souvent, les projets sont menés de façon isolée en méconnaissance des démarches initiées par ailleurs. Ce cloisonnement aboutit à un manque de cohérence et à un message de santé publique peu lisible pour la population.

Médecine libérale, politique de santé publique, démographie médicale

La mise en place d'une politique de santé publique est confrontée à des difficultés inhérentes à la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Tout d'abord, la formation des médecins suivant les facultés de médecine est hétérogène, particulièrement en gynécologie. La formation dépend en effet de l'accès au stage en nombre insuffisant au regard des effectifs. Un médecin peut donc s'installer sans avoir l'approche et la pratique des examens gynécologiques courants et de leur suivi.

D'après les entretiens réalisés avec les médecins, il ressort également une insuffisance, voire une absence de formation sur la prévention et l'éducation ainsi que la culture du risque sanitaire.

De plus, la démographie médicale actuelle en France ne favorise pas la réalisation de consultations de prévention chronophages qui mériteraient pour les médecins d'être valorisées. Ce problème est d'autant plus aigu en milieu rural et dans les banlieues des grandes villes où réside une population considérée à risque en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus.

A ce problème se greffe la réticence des médecins généralistes à réaliser des examens gynécologiques. Certains considèrent que cette pratique relève des gynécologues. D'autres n'effectuent pas de dépistage par crainte d'une mauvaise interprétation de cette démarche par la patiente.

Les aspects psycho sociologiques liés à la gynécologie.

Lors de nos investigations, il est apparu qu'une des principales raisons du taux de dépistage insuffisant venait des femmes elles-mêmes. Pour l'un des médecins contactés, il s'agit même de la principale raison. Il existe une véritable gêne pour aborder avec le médecin généraliste un sujet qui est de l'ordre de l'intime et de la vie sexuelle. La consultation avec son recueil de données est ressentie comme intrusive et s'y rajoute une réelle crainte de la douleur liée à la méconnaissance de cet examen vécu comme invasif. Comme tout dépistage, cet examen amène à être confronté à la possibilité d'un résultat positif ce qui renvoie à la peur de la maladie, à la peur de savoir. Cette appréhension de la consultation et de l'examen s'explique en grande partie par la méconnaissance presque totale des femmes concernant les facteurs de risques du cancer du col de l'utérus et ses moyens de prévention et de dépistage. Par ailleurs, puisque le cancer du col de l'utérus est d'une manière prédominante associée à une infection sexuellement transmissible, il faudrait, lors des campagnes de sensibilisation, ne pas majorer un éventuel ressenti péjoratif chez la femme ce qui serait contreproductif.

La majeure partie de femmes n'ayant pas recours au dépistage se rencontre parmi les femmes ménopausées non substituées et parmi les femmes en situation de précarité. Les premières considèrent qu'un suivi gynécologique n'est plus nécessaire à partir de la ménopause. Les secondes ne considèrent pas la santé comme une priorité comparée à la nécessité de se loger et de se nourrir.

De plus, le paiement du ticket modérateur peut être un frein si la personne n'a pas de mutuelle.

Ainsi les freins sont de plusieurs sortes, mais le premier n'est-il pas l'efficacité du dépistage individuel qui a fait reculer la mortalité liée au cancer du col au 8^{ème} rang des causes de mortalité chez la femme ? Ce résultat fait que le cancer du col n'est plus considéré comme une priorité de santé publique et a engendré une nouvelle inégalité de santé liée aux conditions socio-économiques et à l'âge.

2.2.2 Les conditions favorables

Toutefois, des conditions favorables à la mise en place d'un dépistage organisé ciblé du cancer du col de l'utérus existent.

Une volonté d'axer la politique de santé publique sur le préventif.

Une volonté politique nationale permet d'impulser une dynamique qui a permis à deux dépistages (sein, colorectal) d'obtenir des résultats significatifs en France. Les stratégies et structures en place peuvent aujourd'hui être le support de développement du dépistage du cancer du col de l'utérus. L'efficacité démontrée du dépistage, qui peut permettre de

prévenir presque totalement le risque de cancer, ne peut être qu'incitatrice à la fois pour le médecin et pour la patiente. Le groupe technique national est chargé de finaliser les cahiers des charges d'une généralisation du dépistage organisé. De plus, l'A.N.A.E.S émet des recommandations professionnelles sur la conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Par ailleurs, ce dépistage du cancer du col de l'utérus à une réelle efficacité sur la mortalité prématurée, un des objectifs principaux du Plan cancer 2003-2007.

L'existence d'outils de mesure et d'évaluation.

Au niveau local, l'existence, dans certains départements, de registres des cancers favorise, par les données épidémiologiques qu'ils contiennent, l'évaluation de l'efficacité des campagnes de dépistage et témoigne d'une culture et d'une volonté de prévention. Les expérimentations en cours ont montré aussi que la présence de relais associatifs sur le terrain (comités féminins, aînés ruraux...) renforcent l'impact et prennent le relais des discours de prévention.

Une volonté d'implication des médecins généralistes.

Au niveau des professionnels, des médecins généralistes apportent leur contribution d'autant plus qu'ils y trouvent un appui du fait de la logistique assurée par la structure de gestion. La formation induite par le dépistage permet aux médecins d'actualiser leurs compétences.

La féminisation de la profession devrait inciter, par une prise en charge féminine de l'examen gynécologique, les femmes les plus réticentes à consulter. En outre, d'après un de nos interlocuteurs médecin généraliste, l'évolution des mentalités des nouveaux médecins les incite à se regrouper en cabinet ou structure type maison médicale afin d'obtenir des conditions de vie et de travail plus confortables. Il est possible de penser que cela représente un facteur favorisant une prise en charge pluriprofessionnelle et globale du patient dans une démarche de prévention. Par ailleurs, il s'avère que, lors des grandes campagnes nationales de santé publique interpellant la population sur les comportements particuliers (antibiotiques, nutrition), les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs. Ils prennent le relais en répondant aux questions que les campagnes télévisées suscitent dans la population et, d'après l'un d'entre eux, ces campagnes à grande échelle facilitent les messages de prévention qu'ils peuvent adapter ensuite à leur clientèle. Enfin, la perspective de la mise en place du dossier patient associé au principe du médecin référent va optimiser la traçabilité de la prise en charge et ainsi faciliter le suivi pour la femme et le médecin.

Il n'en reste pas moins que la détermination du coût d'un dépistage et des moyens financiers et logistiques accordés restent déterminants quant à la réussite à long terme d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus.

3 PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN DEPISTAGE ORGANISE CIBLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

L'urgence réside bien dans le fait d'atteindre les 40% de femmes non dépistées, ce qui implique une démarche ciblée d'adaptation du dispositif actuel. Pour faire diminuer l'incidence du cancer de 2,5% par an, un certain nombre de propositions peuvent être émises. Ainsi, pour toucher ces femmes, il faudrait :

Proposition n°1 : Multiplier et diversifier les effecteurs ainsi que les lieux de réalisation du frottis en s'appuyant sur l'existant

Afin d'atteindre une bonne couverture de la population, il est nécessaire de diversifier les lieux de réalisation des frottis, en se basant sur les structures existantes : PMI, planning familial, médecine du travail, scolaire et universitaire, compétence élargie aux sages femmes, consultations hospitalières, notamment aux urgences. Les femmes non dépistées doivent pouvoir être atteintes à tout moment, dans différents contextes. Ainsi, l'intérêt d'un éventuel frottis lors de la grossesse pourrait inciter les femmes à faire un premier frottis. Si un frottis était imposé au 3^{ème} ou au 6^{ème} mois, cela permettrait de revoir ces femmes après l'accouchement.

En France, la mise en place d'un dépistage généralisé ne peut se faire qu'en utilisant les acteurs en place et non en centralisant la réalisation des frottis comme au Danemark. Cette centralisation se heurterait à l'opposition des gynécologues médicaux pour qui les frottis représentent une part importante de l'activité.

Proposition n°2 : Impliquer les médecins généralistes

La lutte contre ce cancer ne peut être mobilisatrice que si les acteurs sont convaincus de son importance. Or, beaucoup considèrent le dépistage organisé et généralisé du cancer du col de l'utérus comme secondaire, alors que ce cancer bénéficie pourtant d'un caractère très guérissable qui peut justifier d'en faire une priorité de santé publique.

Il paraît pertinent de rechercher une meilleure implication des généralistes qui pratiquent peu le frottis, ce qui pénalise les femmes âgées, précaires ou rurales qui consultent peu les gynécologues. La place du généraliste est primordiale, qu'il fasse ou non des suivis gynécologiques, puisqu'il dispose d'un pouvoir de persuasion pour les démarches non curatives et pour le recueil des facteurs de risque. La mise en place du médecin traitant offre des perspectives intéressantes, notamment en terme de responsabilisation. Il faut

promouvoir la formation des généralistes à l'acte du frottis, et éventuellement à ses aspects psychologiques¹¹, à sa nécessité et à la détection des non dépistées. Cela peut aussi passer par la signature d'un accord de bon usage des soins.

Des incitations financières seraient certainement efficaces, avec notamment la création d'une tarification spécifique pour une consultation de prévention (pour rémunérer l'acte de frottis réalisé par le généraliste, le temps passé à convaincre la patiente, et à relever les facteurs de risque, ce dernier aspect pouvant éventuellement être confié à une infirmière). Les généralistes peuvent en outre être impliqués en s'inspirant du *general practitioner* de Grande-Bretagne qui, à partir d'un certain seuil de sa clientèle dépistée, touche une somme par femme dépistée (capitation). Cette mesure impliquerait la transmission obligatoire des résultats de frottis au médecin traitant.

Proposition n°3 : Créer un animateur de santé dans chaque pays, capable de proposer une communication ciblée et adaptée

Une campagne de ce type pourra s'articuler avec une organisation territoriale gérée au niveau régional par un découpage en pays¹². Chaque pays serait coordonné par un animateur de santé. A l'instar des représentants élus de la MSA, organisés en service d'animation cantonale, il serait chargé de faire un audit socio épidémiologique de la population, de fédérer les partenaires, de mettre en œuvre une campagne d'information spécifique au pays et de rendre compte de l'impact. Il serait alors capable d'adapter le message de santé publique concernant la prévention du cancer du col de l'utérus pour sensibiliser les femmes à la prévention et non les stigmatiser.

Proposition n°4 : Développer les actions d'éducation à la santé

Un des axes du plan cancer est le rééquilibrage de la politique de santé en faveur de la prévention. Si le dépistage permet de faire baisser l'incidence du cancer du col de l'utérus, comme pour d'autres cancers, il semble judicieux de promouvoir une prévention primaire. En effet, les facteurs de risques semblent avoir un fort impact dans le déclenchement de la maladie, même si des incertitudes persistent.

La prévention primaire de ce cancer doit relever tout d'abord de la protection des rapports sexuels. Si le préservatif n'empêche que partiellement la transmission du virus HPV (la transmission peut aussi avoir lieu par le contact des muqueuses), il a tout de même une certaine efficacité en terme de prévention (d'autant que les IST sont un facteur de risque pour ce cancer). La prévention dans le cadre de la consultation médicale permet

¹¹ Avec le plan cancer 2003-2007, un kit de formation des généralistes à ces aspects a été élaboré.

¹² tel que l'envisage la DRASS Bretagne

d'aborder de nombreux sujets : les rapports sexuels, la relation de couple, une éducation à la santé et des conseils d'hygiène de vie. Des actions relevant de la prévention primaire sont déjà mises en œuvre notamment par la lutte contre le tabac¹³.

La prévention primaire passe aussi par l'éducation du public. Ce cancer est peu connu (par comparaison au cancer du sein), notamment ses facteurs de risque, la nécessité du frottis et sa périodicité, le but de cet examen... Sensibiliser au frottis permet d'expliquer et de dédramatiser l'examen. En outre, développer la communication peut également limiter le recours abusif au frottis.

Déconnecter le dépistage et le cancer du simple acte médical permet de toucher plus de femmes. Des réunions plus « conviviales » sont organisées par des femmes relais, notamment en Picardie.

Enfin, il est important d'accompagner les femmes dans leur démarche de dépistage. Celles-ci sont souvent dépendantes vis-à-vis de l'aide institutionnelle.

Pour toucher les femmes sans emploi, une autre solution envisageable est la mise en place d'une information par des structures agissant dans la lutte contre le chômage. Il est donc possible de s'appuyer sur des maisons de l'emploi. Les acteurs sociaux de terrain commencent à parler de la santé, sans la déconnecter de l'emploi, et parlent de relais de santé ou de centres de santé, qui ont pour mission d'aller au devant de la population en situation de précarité. Un numéro de téléphone gratuit pourrait être mis à disposition ; les femmes pouvant poser des questions de façon anonyme. La CAF pourrait aussi être associée à cette politique.

Proposition n°5 : Promouvoir une démarche qualité

L'étude de l'état des lieux en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus met en lumière la nécessité de développer une démarche qualité. La rédaction d'un cahier des charges du dépistage par le groupe technique national va permettre un contrôle qualité des lectures, de la qualité des frottis, d'une obligation de rédaction et d'envoi de comptes-rendus... Un dépistage organisé est éventuellement source d'une meilleure qualité de lecture notamment par le regroupement (il est actuellement estimé qu'il faut 10 000 lectures par an pour chaque laboratoire et chaque technique pour être compétent). Cependant, même en dehors d'un dépistage organisé, il est possible d'exiger la mise en œuvre d'une démarche qualité. Un meilleur suivi des frottis anormaux est en outre indispensable, ils doivent être contrôlés (deuxième lecture), donner lieu à la réalisation

¹³.On ne peut que conseiller de suivre les recommandations de l'OMS en 2002 (*national cancer control programmes: policies and managerial guidelines*). Il faudrait encourager la réalisation de propositions concrètes dont la levée du moratoire sur l'arrêt de la hausse des prix de vente pendant quatre ans et la protection des non-fumeurs (interdiction tabac dans les restaurants...)

d'un deuxième frottis sur la patiente concernée ou d'une colposcopie, d'un test HPV. Un registre des frottis anormaux ou une obligation des cabinets pourrait promouvoir un rappel des femmes au frottis anormal pour informer afin de stimuler la vigilance des patientes sans affoler. En effet, des femmes avec des frottis anormaux ne sont pas informées du résultat, pas plus que leur médecin, ou bien préfèrent ne plus consulter après l'annonce d'un résultat de frottis anormal par peur d'un diagnostic définitif de cancer, ce qui inhibe la logique préventive.

Si une rigueur est indispensable pour ce qui est de la lecture, de la gestion et du suivi du frottis, il semble opportun d'adapter la démarche qualité au public ciblé pour le prélèvement. Pour les femmes les plus réticentes ou inaccessibles, mieux vaut avoir un frottis de moins bonne lisibilité que pas de frottis du tout¹⁴. Chez une patiente sous suivie, le professionnel réalisera donc éventuellement le prélèvement pendant la grossesse, pendant les règles, après un rapport datant de moins de 48 heures. Même si les lames sont moins lisibles, elle permettront une lecture a minima. En définitive, un ciblage pragmatique des méthodes selon les publics peut être pertinent, mais peut-être sans aller jusqu'à une approche *see and treat* inspirée du Canada, dont la philosophie est de profiter de la présence de la patiente non suivie pour la traiter tout de suite sous colposcopie et par cryothérapie en cas d'anomalie (même si cela empêche l'histologie et ne permet pas d'investiguer un éventuel caractère invasif).

Proposition n°6 : Prendre en compte les évolutions de la recherche médicale pour améliorer et adapter le dépistage

Certaines solutions ne peuvent être préconisées dans l'immédiat. Pourtant les progrès scientifiques en cours permettent d'envisager des alternatives au frottis simple pour le dépistage, voire une alternative au dépistage lui-même avec l'introduction d'un vaccin anti-HPV.

Utiliser HPV en dépistage primaire ?

La solution pourrait bien s'imposer. Aux USA, la cytologie est supplantée par la recherche de l'ADN viral. Elle permet d'éviter les erreurs associés à la lecture (absence de l'œil humain - automates). L'inconvénient de ce dépistage tient à la forte prévalence de ce virus pas uniquement chez les femmes jeunes (15% de la population à dépister et 60 % au terme de 5 années d'activité sexuelle). Ainsi, la sensibilité du test HPV s'avère très élevée tandis que sa spécificité est médiocre en comparaison à celle du frottis. Une solution serait de tenir compte de la charge virale, mais cela pose la question du seuil choisi, d'autant que cette charge virale peut varier au cours du temps.

¹⁴ d'après le Pr Boulanger, un dépistage une fois dans la vie réduit l'incidence du cancer de 60%, avec une prévention optimale si il est réalisé vers 50 ans)

Coupler le frottis et le test HPV pour le dépistage ?

Cette solution paraît convaincante en théorie. En France, le test HPV n'est réalisé et remboursé¹⁵ que dans le cas d'un frottis ASC-US pour préciser le résultat.

Dans une autre optique, il est imaginable de faire varier la durée entre deux frottis en fonction du résultat du test HPV. Une femme présentant une infection au HPV pourrait se voir proposer des frottis plus réguliers, tandis qu'en l'absence de ce virus, il serait envisageable d'espacer les frottis à 5 ans. Cette solution est appliquée par certains pays tels la Finlande. Cependant cette solution impose sans doute de passer au frottis en phase liquide, quatre fois plus coûteux, il est aussi peu probable que l'on parvienne à un espacement des frottis au-delà de trois ans alors que l'on est encore très en dessous chez les femmes « sur dépistées ». Cependant, des économies d'échelle étant envisageables, l'association de la cytologie et de la recherche de l'ADN viral pourrait apporter un surcroît de sensibilité au frottis simple.

L'avenir : la vaccination anti-HPV ?

Dans un avenir proche, les vaccinations préventive et thérapeutique¹⁶ sont envisageables. Plusieurs vaccins sont à l'étude et ont donné de bons résultats lors des premiers essais cliniques¹⁷. Cependant la vaccination ne concernera, dans un premier temps que certaines variantes d'HPV oncogènes : HPV 16 (50% des cas) et HPV 18 (15%). Elle laissera de côté, dans un premier temps au moins, un tiers des HPV oncogènes ce qui justifiera le maintien du dépistage par frottis.

Certaines pistes de réflexion n'ont pas été retenues par le groupe mais restent envisageables. Ainsi, au vu des résultats d'adhésion à la campagne, la gratuité systématique de l'acte pourrait être concevable, comme pour la mammographie de dépistage organisé. Des mesures incitatives de type bonus pour les personnes qui sont suivies régulièrement pourraient aussi être envisagées : les mutuelles pourraient faire payer moins cher la personne qui accepte de se faire suivre. En outre, une invitation envoyée pour les trois dépistages, malgré son caractère pratique, peut se révéler anxiogène pour l'intéressée et poser des problèmes d'adéquation des populations cibles.

¹⁵ Depuis le 14 février 2004 en application d'un arrêté du 30 décembre 2003 assurant son inscription à la nomenclature, le remboursement du test HPV est assuré en complément du frottis.

¹⁶ Ce « vaccin » à visée thérapeutique est à l'étude chez l'animal, son introduction est encore hypothétique et lointaine.

¹⁷ Ces essais ont été lancés par les laboratoires GSK et MERCKX- AVENTIS-PASTEUR

CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus est une maladie entourée d'une grande ignorance dans la population, même les femmes qui se font régulièrement dépister, méconnaissent parfois l'objet de ce dépistage, *a fortiori* le caractère d'infection sexuellement transmissible de ce cancer. Ajouté aux freins culturels qui entourent une maladie touchant à la vie génitale et sexuelle, un grand nombre d'éléments concourt à rendre difficile la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

Pourtant ce cancer se dépiste très bien : c'est une prévention primaire car il est possible, à la différence du cancer du sein, d'intervenir en amont du cancer, au stade des lésions précancéreuses. Avec le frottis cervico-utérin, les professionnels disposent par ailleurs d'un test presque idéal qui répond aux critères de simplicité, de coût, d'efficacité, de reproductibilité, il est aussi indolore, non invasif, sans contre-indication et acceptable.

Alors que deux tiers des cancers invasifs sont diagnostiqués chez des femmes non ou sous dépistées, il apparaît indispensable d'étendre le taux de couverture du dépistage de façon à atteindre les 40% de femmes qui se trouvent dans cette situation.

La mise en place d'un dépistage organisé au coût élevé se heurte aussi à l'existence d'un dépistage spontané qui fonctionne bien et permet une couverture de 60%, à l'origine d'une baisse de l'incidence et de la mortalité. Les expériences de dépistage organisé pour d'autres cancers permettent d'avancer que cette couverture élevée par le dépistage spontané ne serait que difficilement atteinte par un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Ceci invite à s'intéresser à des politiques organisant un dépistage ciblé en direction de femmes restées en marge du dépistage spontané.

La perspective du vaccin contre le papillomavirus n'incite sans doute pas à la mise en place d'une organisation lourde permettant le dépistage généralisé. Ce vaccin ne devrait cependant pas freiner la mise en œuvre rapide de mesures destinées à étendre le dépistage. Si le cancer du col de l'utérus soulève des problématiques liées aux difficultés de mise en place d'un dépistage organisé, cette maladie illustre peut-être surtout les flagrantes inégalités qui persistent dans l'accès aux soins.

Bibliographie

❖ CADRE LEGISLATIF :

Arrêté du 30 avril 2002 portant création de groupes techniques sur le dépistage organisé de certains cancers.

Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Ministère des solidarités de la santé et de la famille, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

❖ DOCUMENTATION :

Association pour la prévention du cancer du col de l'utérus dans le Doubs (2002) *Document protocolaire et pédagogique*, septembre 2002

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (2002), *Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal*, actualisation 2002.

F .BAUDIER, S. SCHAPMAN, J.P.GIORDANELLA (2000) *les recommandations des sites expérimentaux pour la mise en oeuvre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France*. CNAMTS /Société Française de Santé Publique

D.BENSAID-MREJEN, *Problèmes psychologiques posés par les consensus sur les frottis de dépistage*, bulletin de la société française de psycho-oncologie.

J.P BOISSEL, M.BRODIN (2004) *Réflexions sur la mise en place d'une procédure de dépistage*. Revue médicale de l'assurance maladie, volume 35, N°4, octobre / décembre 2004

Bulletin épidémiologique hebdomadaire (1998) *L'incidence du cancer du col de l'utérus régresse régulièrement en France*. Ministère du travail et des affaires sociales, direction générale de la santé, N°5/1998

Bulletin épidémiologique hebdomadaire (2002) *Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'assurance maladie*. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Institut de Veille Sanitaire, N°19/2002

P. SCHAFFER, H. ALLEMAND, *évaluation économique du dépistage du cancer du col de l'utérus*. Le concours médical (revue), N°32-7 Octobre 1995.

V.DANIEL (2004) *Profil des femmes ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col au centre d'examen de santé de Rennes : cinq années d'enquête rétrospective 1998/2002*. Université de Rennes I, faculté de médecine

C .EXBRAYAT *Col de l'utérus : évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*

M.T.FAHEY, L.IRWING, P.MACASKILL (1995) *Meta- analysis of Pap test accuracy, in Am J Epidemiology*

Institut national de veille sanitaire (2002) *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000* .Août 2003

Journal des obstétriciens et gynécologues du Canada (2004) *Prévention du cancer du col au sein de milieux à faibles ressources*. Déclaration de principe commune, n°144, mars 2004.

MEDISCOOP (Site Internet), Revue de presse du mercredi 16 mars 2005 : « *Un malade attaque l'état pour absence de dépistage du cancer du colon*. (mediscoop@sante.net)

Office Départemental de Lutte Contre le Cancer (ODLC), *Rapport d'activité 2003*.

Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, *plan cancer 2003/2007*,

Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (2005) *La dynamique du plan cancer : actions et résultats*. Rapport annuel 2004/2005

N.MUBIAYI, E.BOGAERT, F.BOMAN, E.LEBLANC, D.VINATIER, J.L.LEROY, D.QUERLEU (2002) *Cytological history of 148 women presenting with invasive cervical cancer*, in Gynecol Obste Fertil.

K.NANDA, D.C.MAC CRORY, E.R.MYERS, L.A.BASTIAN, V.HASSELBLAD, J.D.HICKEY, D.B. MATCHAR (2000) *Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review*, in Ann Intern Med

Rapport de la commission d'orientation sur le cancer remis au Ministre de la santé, janvier 2003

Revue Gestions Hospitalières, *Analyse : l'hôpital et le cancer* N°436-mai 2004

Revue Médicale de l'Assurance Maladie, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés, N°2-1994

Revue Réflexions en Médecine Oncologique, N°spécial janvier 2005

P.SCHAFFER, M.VELTEN (2003) *Prévention des cancers*. Strasbourg : faculté de médecine, ULP- France enseignement

Société française de cytologie clinique .*Cytopathologie gynécologique en milieu liquide* .Le pathologiste, éditions ELSEVIER

Société française de santé publique (2000) *Santé publique : le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*. Numéro hors série mai 2000.

J.TISON , A.C.MARCHAND(2005)*Informer, dépister et travailler sur les comportements* .La santé de l'homme N°375 , janvier /février 2005

Dr A.TREBUCQ. *Dépistage : au-delà des moyens, le besoin de convaincre la population*, in revue Echos des labos, 2005.

Pr M.C VACHER-LAVENU.*L' environnement médical du dépistage et le suivi, le rôle des anatomopathologistes*, Séminaire des leaders de projet, 19 Octobre 1995.

Pr M.C VACHER-LAVENU. *Place de l'anatomie pathologique dans le dépistage des lésions tumorales et en santé publique*. Méthodes d'études en cytopathologie et histopathologie, faculté Bichat Université Paris VII, Certificat de Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales.

Pr M.C VACHER-LAVENU, C.BERGERON, I.CARTIER, B.COCHAND-PRIOU, G.DASTE, B.MULLER, C.REY, X.SASTRE-GARAU, *Contrôle de qualité en anatomocytologie. Cancer du col* .Arch Anat Cytol Path, 1995, 43, N°3.

Liste des annexes

Annexe 1 :Glossaire

Annexe 2 :Fiche méthodologique

Annexe 3 :Planches médicales

Annexe 4 :Liste des personnes interrogées

Annexe 1 : GLOSSAIRE

Par ordre d'apparition dans le texte :

Dysplasie : terme médical désignant un trouble du développement et pouvant constituer un état précancéreux. Ce terme s'applique aussi bien aux cellules (dysplasie cellulaire) qu'à la morphologie générale, comme dans le cas des anomalies des structures osseuses du crâne (dysplasie crânienne).

La dysplasie cervicale est le terme qui sert à décrire la présence de cellules anormales au niveau du col de l'utérus.

Sérotypes : Le sérotype d'un virus ou d'une bactérie est constitué par ses propriétés antigéniques (capacité à déclencher une réaction du système immunitaire en réponse à l'infection).

Lésions épithéliales : qui touchent le revêtement interne et externe des surfaces du corps.

Zone de jonction : ou zone pavimento-cylindrique, se situant entre l'endocol et l'exocol, lesquels sont composés de cellules d'origine différente.

Carcinome in situ : Un carcinome désigne toute forme de tumeur cancéreuse qui naît au niveau des cellules épithéliales. Le carcinome envahit les tissus avoisinants et s'étend à des zones éloignées du corps.

Cancer épidermoïde : cancer des cellules de l'épiderme (épithélium constitué par les kératinocytes) dont la fonction est d'assurer une barrière entre l'organisme et le milieu extérieur.

Cytologie : étude morphologique et physiologique de la cellule.

Anomalies nucléocytoplasmiques : anomalie qui touche le noyau des cellules d'un organe et par extension le cytoplasme (ensemble des éléments qui se trouvent à l'intérieur de la cellule, à l'exclusion du noyau).

Lésions malpighiennes : touchent la couche profonde de l'épiderme..

Sensibilité : capacité du test à dépister les malades (une sensibilité de 100% signifie que tous les malades sont détectés, en revanche une sensibilité de 50% ne fait pas mieux qu'un tirage au sort). Un test sensible donne peu de faux négatifs.

Spécificité : capacité d'un test à repérer les sujets sains, indemnes de l'affection dépistée. Un test spécifique donne peu de faux positifs

Colposcopie : examen du col de l'utérus au moyen d'un appareil optique grossissant et d'un éclairage puissant. Il permet de découvrir des lésions minimes invisibles à l'œil nu, et c'est l'un des plus précieux moyens de dépistage du cancer du col utérin.

Biopsie : prélèvement d'un fragment de tissu dans l'intention de l'analyser.

Conisation : intervention chirurgicale consistant à retirer une partie du col de l'utérus de forme conique.

Stroma : nom donné en histologie à la trame d'un tissu ; elle est formée de tissus conjonctifs dont les mailles soutiennent les cellules et les formations cellulaires. C'est le tissu nourricier et de soutien d'une tumeur maligne.

Thermo coagulation : procédé opératoire de coagulation des tissus par la chaleur émise au moyen de courants électriques de haute fréquence.

Inclusion : en histologie, méthode consistant à introduire des fragments de tissus dans un milieu homogène pour leur donner le degré de dureté nécessaire pour être débité en tranches fines. En cytologie, élément contenu dans une cellule.

Anomalies nucléaires : anomalies du noyau de la cellule.

Mitoses : Division des cellules non sexuelles dans laquelle a lieu un dédoublement des chromosomes qui permet aux cellules nouvellement formées de posséder le même nombre de chromosomes que la cellule qui se divise. On la décompose en plusieurs phases: prophase, métaphase, anaphase et télophase.

Membrane basale : couche cellulaire de base des revêtements cutanés ou muqueux que les tumeurs effondrent dans leur progression signant ainsi leur malignité.

Néoplasie intra épithéliale cervicale : cancer de l'intérieur de l'épithélium.

Cervicographie : exploration du col de l'utérus.

Exérèse : intervention chirurgicale consistant à retirer un élément nuisible à l'organisme (ex : tumeur ou calcul) ou un corps étranger.

Electrorésection à l'anse diathermique : exérèse effectué grâce à une réaction électrique et thermique.

Anatomopathologie : désigne l'étude des modifications de structure et de forme provoquées par une maladie.

Synonyme : anatomie pathologique.

Lymphadénectomie : ablation chirurgicale d'une petite partie du système lymphatique.

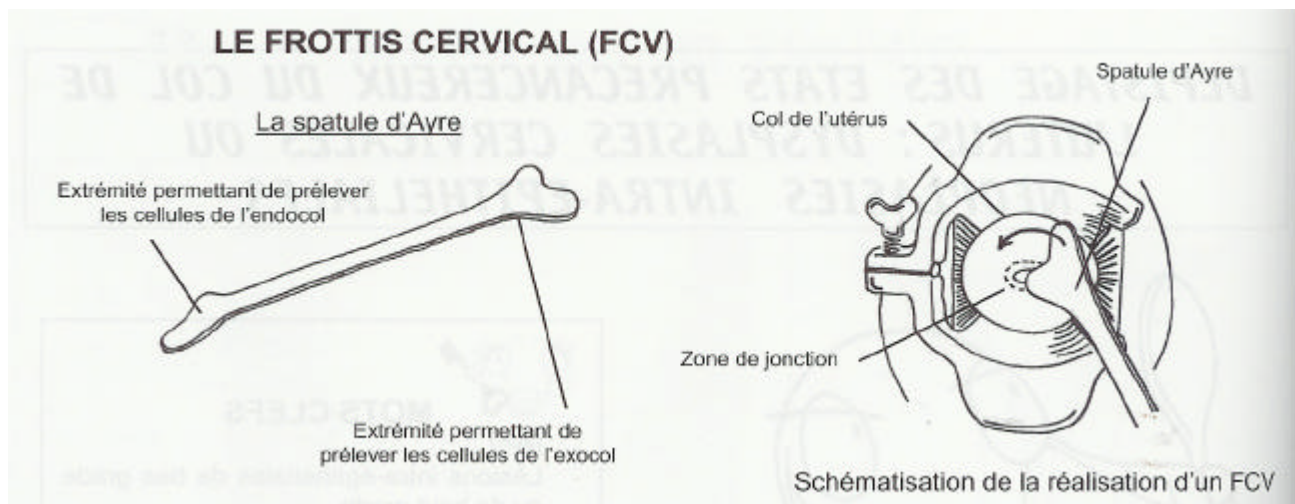
Emboles oblitération d'un conduit naturel (vaisseau sanguin) par un corps étranger en migration.

Atteinte paramétriale : atteinte des tissus conjonctifs situés de chaque coté de l'utérus, sous le péritoine.

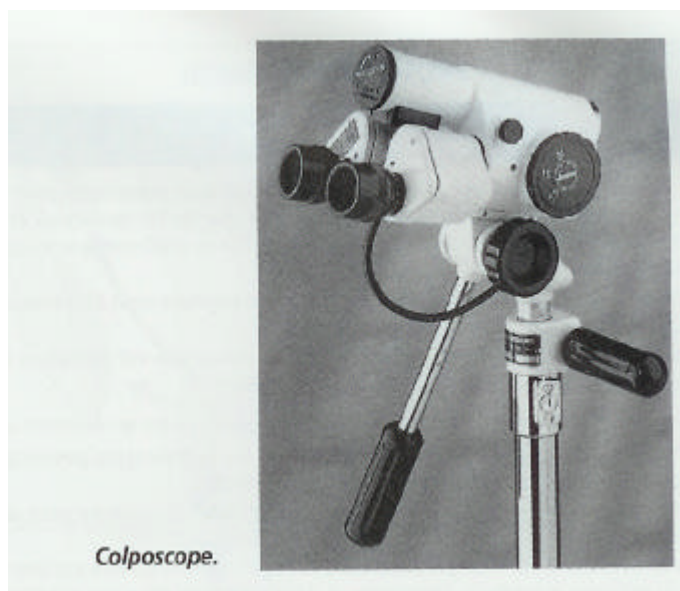
Anémie : diminution du taux d'hémoglobine dans le sang.

Annexe 2 : Planches médicales

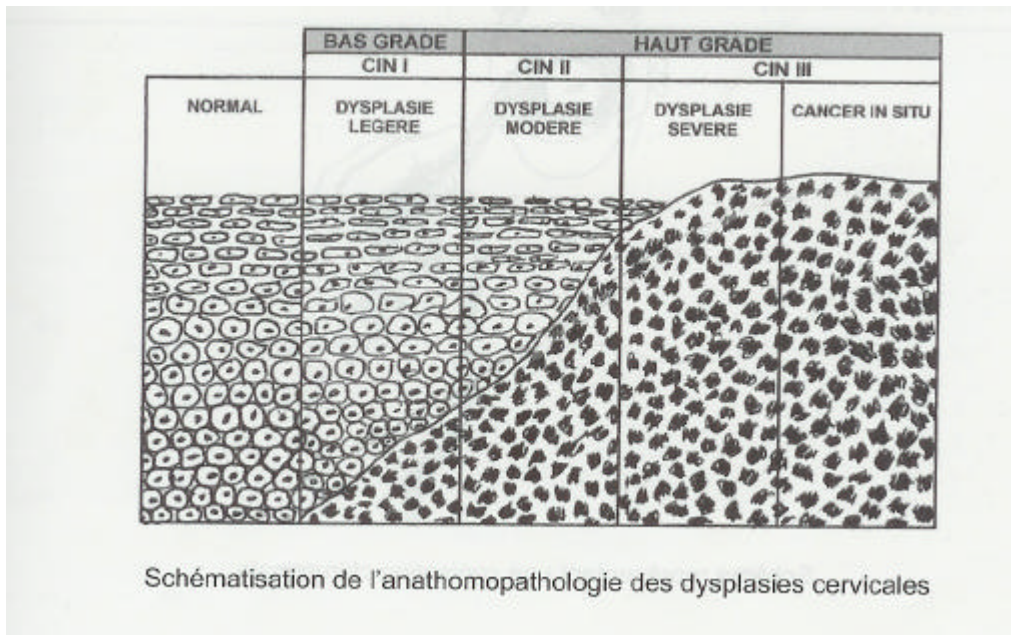
Le frottis cervical



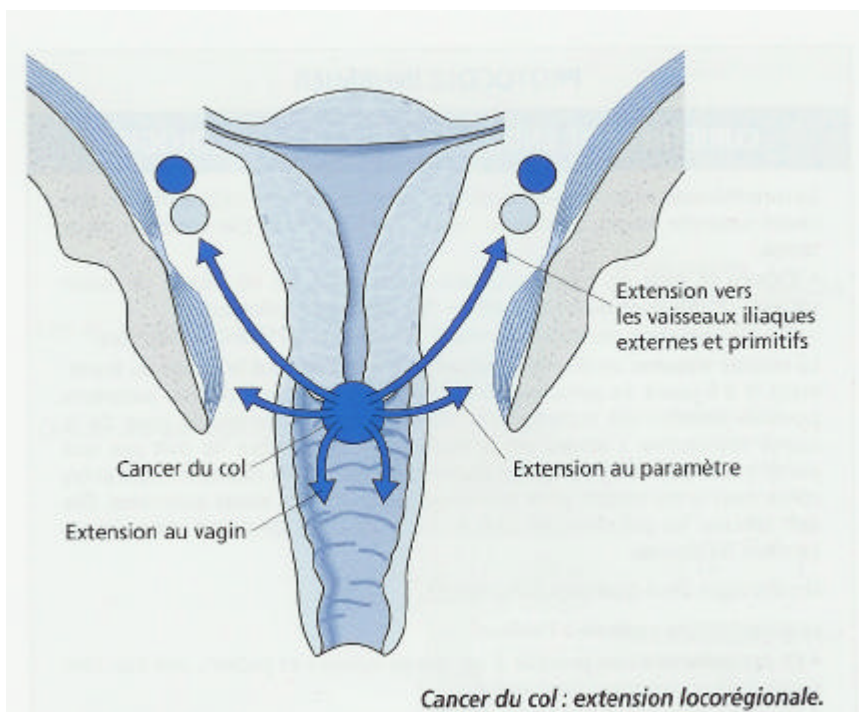
Un colposcope



Schématisation de l'anatomopathologie des dysplasies cervicales



Cancer du col : extension locorégionale



Schématisation d'une conisation

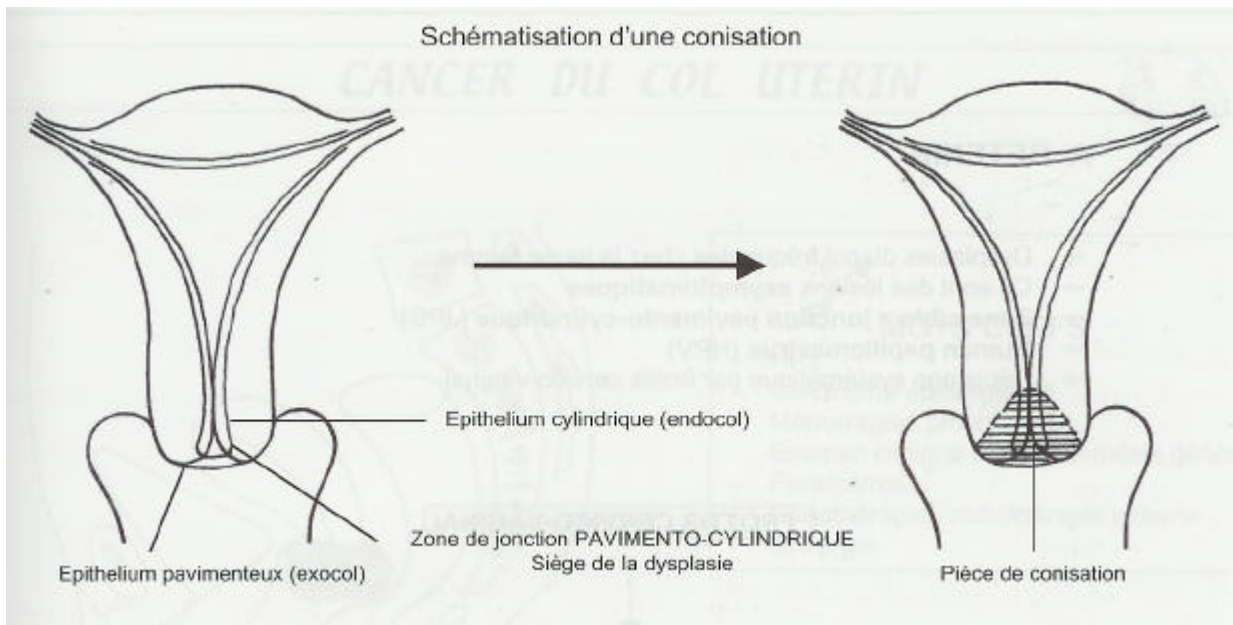
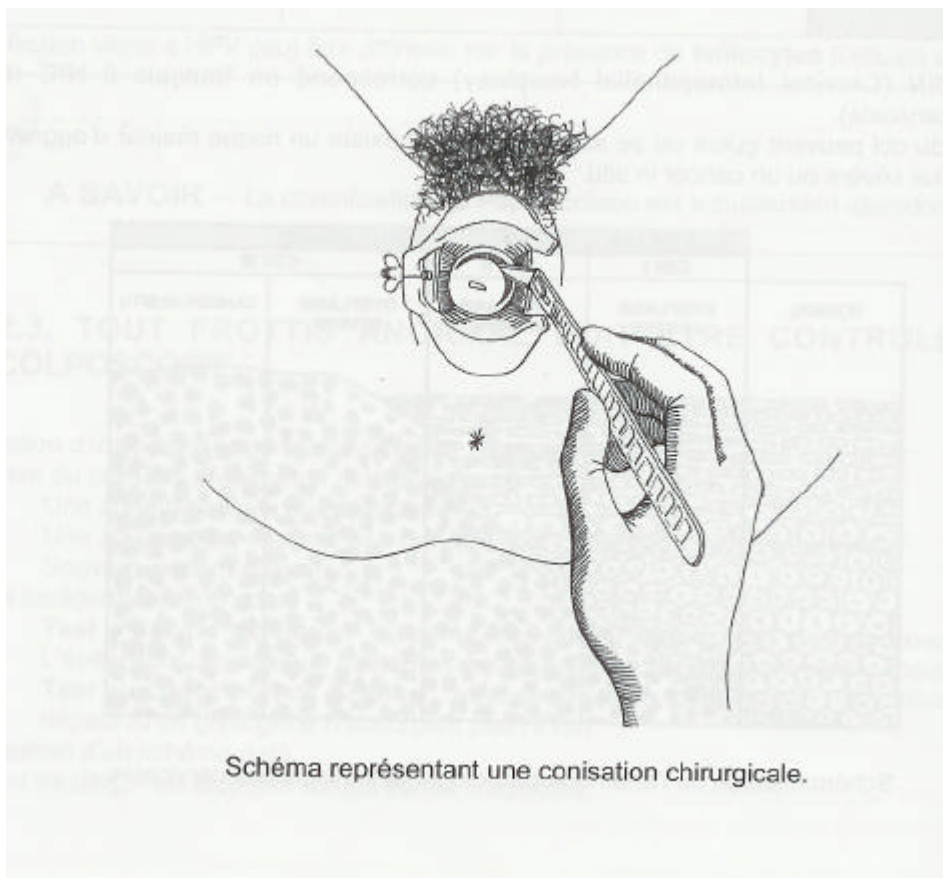


Schéma d'une conisation chirurgicale



Annexe 3 : Fiche méthodologique

La démarche méthodologique adoptée par le groupe se décompose en plusieurs étapes.

Les démarches et ressources en amont des deux semaines de Mémoire Inter-Professionnel

Le groupe a bénéficié d'une aide conséquente de la part des animatrices, médecins en santé publique du laboratoire Icones (Mmes les Dr Piette et Robert), d'une part car le dossier proposé comportait un certains nombres de repères pour traiter le sujet mais surtout des rendez-vous en vue d'entretiens éventuellement téléphonique avaient été d'ores et déjà pris. La lecture du dossier fourni avant le début de la session MIP a été accompagnée de la lecture d'autres documents : thèse conseillée par les animatrices, documents de la bibliothèque de l'ENSP, ouvrages personnels, ressources Internet. En outre, certains membres du groupe disposaient de compétences plus ou moins marquées sur le sujet et ont pu constituer une vraie ressource pour le groupe, pour leur formation (une sage-femme de formation), pour des travaux antérieurs (dans le cadre du Plan Cancer auprès de la CNAMTS).

Le choix de personnes ressources sur le sujet à rencontrer

Les animatrices du MIP nous ont conseillé de solliciter certains individus impliqués dans la question du dépistage du cancer du col de l'utérus si bien que les premiers rendez-vous sont arrivés tôt dans les deux semaines réservées au MIP. Si un large panel de compétences étaient représenté dans les entretiens prévus par nos référentes (médecin anatomo-pathologiste, personnel de la DRASS, de la CRAM, médecin de Centre d'Examens en Santé de la Cram, responsable de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans un département pilote, membre de comité féminin, personne concernée à la DGS, membre du groupe technique national), l'avis d'autres acteurs nous a semblé indispensable. Nous avons donc contacté un gynécologue particulièrement investi dans la question du col de l'utérus, un médecin généraliste de campagne conseillé lors d'un entretien de début de MIP. En effet, la nécessité d'une démarche préventive de la part du généraliste s'avère plus réelle dans les zones de faible suivi par les gynécologues de la population. Cela nous a conduit également à envisagé l'éventualité d'un entretien avec un médecin généraliste de zone défavorisée pour laquelle le même enjeu se pose, mais le temps manquait d'autant que le médecin de Centre d'Examens en Santé (Dr Pouchard)

avait abordé ce thème. Nous avons en outre jugé utile d'obtenir un entretien sur les dernières avancées de la recherche médicale concernée.

L'élaboration par le groupe d'une grille d'entretien

Elle a eu lieu dès le premier jour de la session MIP sur la base de nos travaux en amont et avec l'impératif du premier entretien dès le deuxième jour. Il s'est imposé l'idée d'une trame d'entretien commune qui serait adaptée ensuite à la spécificité de chaque entretien soit en présence du groupe entier ou simplement entre membres en mission avant chaque entretien. La trame commune avait pour vocation de balayer l'ensemble de la problématique de façon relativement générale, les ajustements visaient à préciser les questions pertinentes dans le cadre des compétences précises de la personne sollicitée. Le questionnaire, comprenant des questions le plus souvent ouvertes pour permettre aux individus d'approfondir lorsqu'ils le souhaitaient, a été testé et amélioré lors des premiers entretiens.

La conduite des entretiens auprès des personnes ressources

De trois à quatre membres du MIP ont été affectés à chaque entretien avec un professionnel sollicité, toujours en interfiliarité, pour diversifier les approches. Nous nous sommes le plus déplacés auprès des professionnels sauf lorsque cela était impossible pour des raisons de disponibilité de ceux-ci ou de coûts, auquel cas l'entretien a eu lieu par téléphone. A l'issue de chaque entretien, nous avons établi un compte-rendu écrit sur notre support informatique commun et effectué un rapport oral pour l'ensemble du groupe. Les éléments les plus pertinents ont été retenus et présentés de façon synthétique dans le rapport, en respectant l'anonymat des remarques.

La rédaction d'un rapport de synthèse de nos travaux

Le plan a été élaboré dans un premier jet en milieu de première semaine de MIP pour permettre une répartition des tâches, mais ce plan a été retouché quand cela s'est révélé justifié par notre meilleure appréhension du sujet. La rédaction du rapport final, basée sur l'analyse des entretiens et sur les lectures, s'est faite de façon collégiale. Les membres étaient répartis par groupe pour préparer la rédaction de portions relues et ajustées ensuite devant le groupe au complet. Les parties contenant des données plus spécifiquement médicales ont été rédigées par les personnes les plus compétentes eu égard à leur formation initiale, notamment une sage-femme et une pharmacienne. La portion relative aux propositions a été l'occasion d'un investissement collectif encore plus

marqué au sein du groupe. De fréquentes rencontres de mise en commun des travaux et de validation par le groupe et des animatrices ont œuvré dans le sens de la meilleure cohérence du texte, tout comme les relectures et corrections apportées par l'ensemble des membres en fin de session.

En définitive, le travail réalisé dans le cadre du MIP a suscité beaucoup d'enthousiasme dans notre groupe, qui a apprécié non seulement le travail en équipe et de surcroît en interfiliarité, mais aussi sur le thème inconnu pour beaucoup au départ du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Annexe 4 : Liste des personnes interrogées

Par chronologie des entretiens :

- Dr Fender, médecin coordonnateur de l'association Eve (Bas-Rhin)
- Dr Bretagne, médecin inspecteur, DRASS Bretagne
- Dr Pouchard, médecin, directeur du centre d'examens de santé de Rennes
- Dr Dubée, médecin conseil, CRAM Bretagne
- Dr Duport, épidémiologiste, INVS
- Dr Petitjean, anatomopathologiste, membre du groupe technique national et président d'APCC 25
- Dr Garnier, médecin coordonnateur de l'association ODLC (Is ère)
- Dr Vacher-Lavenu, anatomopathologiste, présidente du groupe technique national
- Pr Boulanger, gynécologue-obstétricien, président de la société française de colposcopie et membre du groupe technique national
- Mme Leroux, représentante des usagers, comité féminin du Finistère
- Dr Couturier, médecin généraliste à Combourg
- Dr Poveda, médecin biologiste, Institut Pasteur
- M. Seignard, président des quatre caisses de la MSA de Bretagne